

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

تلمسان الجزائر

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي .

مذكرة مكملته لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي
تخصص: "الصحة النفسية والالتماس العلاجي".

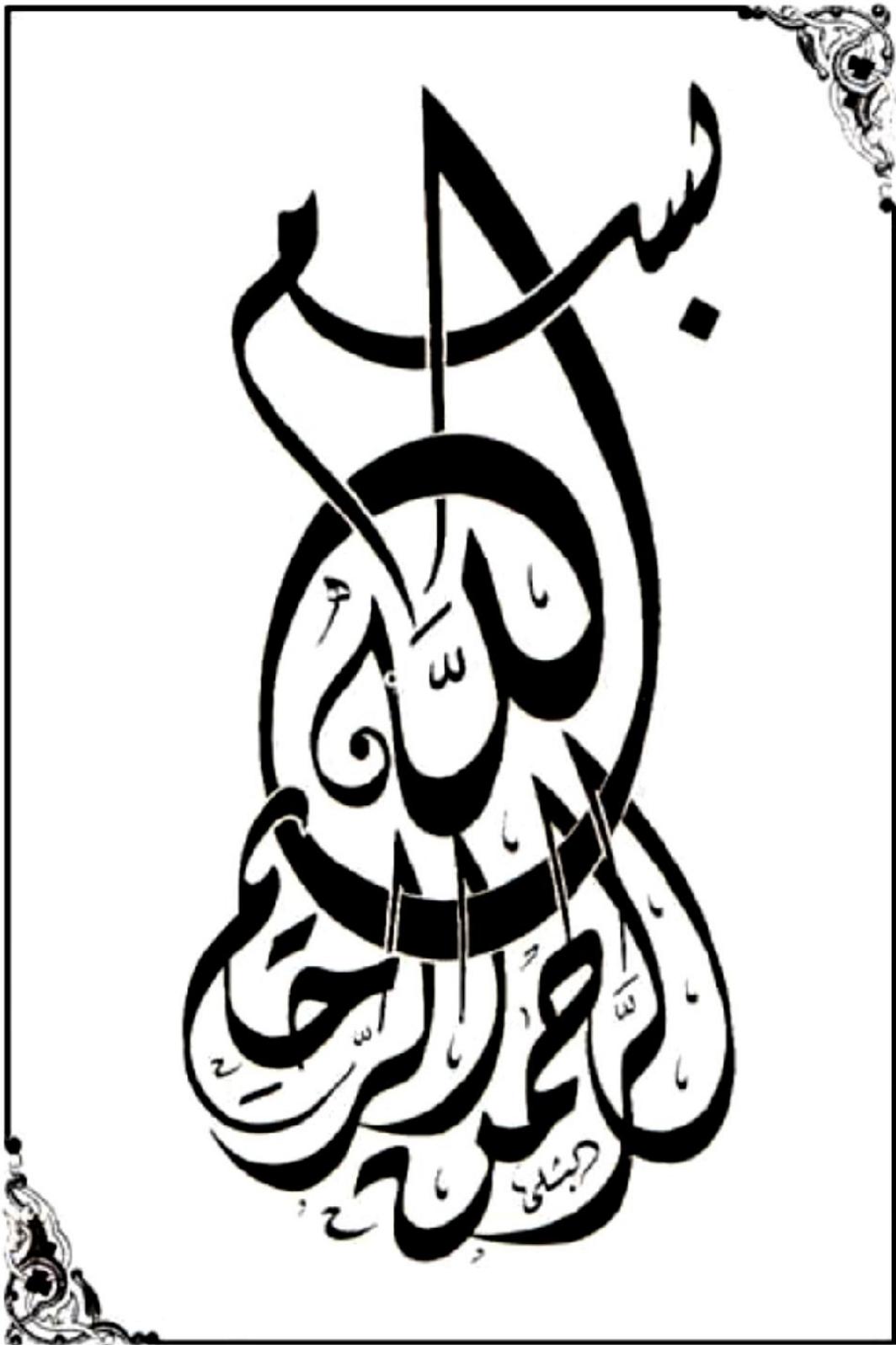
تحت إشراف:
الأستاذ الدكتور
"فقيه العيد"

إعداد الطالبة:
ميسوم ليلي

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
أ.د بشير محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيسا
أ.د فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفا ومقررا
أ.د بشلاغم يحي	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مناقشا
د بن عصمان جويده	أستاذة محاضرة (ب)	جامعة تلمسان	مناقشا

السنة الجامعية: 2013 — 2014 م



شكر وتقدير

الحمد و الشكر لله سبحانه و تعالى على نعمته على ،
بتوفيقه و تيسيره لإنجاز وإتمام هذا البحث المتواضع .
أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف " فقيه العيد " على
كل ما قدمه لي من نصائح و توجيهات حول هذا البحث..منذ
أن كان فكرة وحماسا علميا.. إلى أن صار واقعا وعملا ميدانيا.
فشكرا لك على سعة صدرك ، وطيبة قلبك ، ومكارم أخلاقك ،
وصدقك وتفانيك العلمي.

كما أتقدم بالشكر الكبير إلى الأساتذة الأفاضل

من لجنة المناقشة ، والذين حملوا على عاتقهم

مشقة قراءة ومناقشة هذه الرسالة .

والشكر الخاص والخالص إلى أفراد عينة البحث على صبرهم ،

وحسن تعاونهم ، وتفهمهم لطبيعة هذا العمل البحثي .

والى كل من ساعدني على إتمام هذا البحث ... إلى كل هؤلاء

أقول : جزاكم الله خير الجزاء وجعلكم خير

عباده الصالحين

إلى أمي

إلى روح والدي الطيبة (رحمه الله) .. و الذي كان حلمه رؤية ناجحي
.. إلى الأم الحنوننة .. منبع الحنان و رمز الثبات و العطاء .. أحامها لي
سندا ومفخرة.

إلى زوجي وشريكي في الحياة .. مصدر قوتي ودعمي المتواصلين..
إلى ابني "منصف" .. منصفي في هذه الحياة .. وأعز ما أملك في الوجود.
إلى جميع أفراد العائلة ..

إلى جميع الأصدقاء و الأحباب .

إلى الأستاذ الدكتور "فقيه العيد" .

أهدي لهم ما أكرمني به الله (عز وجل)
من عمل متواضع .

الباحثة

ملخص الدراسة :

لقد كان من المواضيع المعقدة والحساسة، والتي أثارَت الجدل والمناقشات حولها، وظفرت بعناية واهتمام المتخصصين منذ القدم؛ إشكالية المرض النفسي بكل أبعاده النفسية، والاجتماعية، والثقافية، والدينية، وذلك في ظل تعدد واختلاف التفسيرات والأطر النظرية المحددة له.

لذا حاولنا من خلال هذا البحث تسليط الضوء بالدراسة والكشف عن الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي ، وذلك بدراسة ميدانية لحالات الإصابة بـ "المس"، أو "السحر"، أو "العين" على مستوى الغرب الجزائري .

ولقد اعتمدنا على الدراسة العيادية لثلاث حالات ، وذلك باستعمال أسلوب "دراسة الحالة" ، ومختلف التقنيات والأدوات العيادية من ملاحظة ، ومقابلة ، والاختبارات النفسية ، كما اعتمدنا على الدراسة الإحصائية لـ(45) حالة مشتركة ما بين "المس"(10حالات) ، و"السحر"(18حالة) ، و"العين"(17 حالة) ، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على ما يلي :

— تتميز الحالات المصابة بـ "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ببنية نفسية مرضية هشة ، وضعيفة ، وخرافية (هيس تريونية ، ومن النمط الفصامي ، ووسواسية — قهرية) على الترتيب ، وهي تجعل هؤلاء الأفراد أكثر استعداد من غيرهم للإصابة بالمرض ، وذلك بفعل عوامل ترجع إلى ظروف الحمل والنفاس ، والطفولة المبكرة ، وضغوط المحيط الأسري والخارجي .

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

— تنتشر الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بشكل كبير بين حالات الدراسة.

— توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصحة النفسية وتقدير الذات لدى حالات الدراسة .

— لا توجد فروق دالة إحصائية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين"، من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، ومؤشرات الصحة النفسية ، ومستويات تقدير الذات .

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	شكر وتقدير.
ب	الإهداء.
ج	ملخص الدراسة.
د	فهرس المحتويات .
هـ	فهرس الجداول.
و	فهرس الأشكال.
1	مقدمة.
الفصل الأول : المدخل المنهجي للدراسة.	
7	تمهيد .
7	أولا . خلفية نظرية للدراسة.
18	ثانيا . تحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات المطروحة .
21	ثالثا . فروض الدراسة .
21	رابعا . أهداف الدراسة .
22	خامسا . أهمية الدراسة .
22	سادسا . منهجية الدراسة .
23	سابعا . التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة .
27	ثامنا . حدود الدراسة .
الفصل الثاني : البنية النفسية المرضية.	
29	تمهيد .
29	أولا . مفهوم البنية النفسية المرضية (La structure psychopathologique).
29	1 . مفهوم البنية لغة .
29	2 . مفهوم البنية اصطلاحا .

30	3. مفهوم البنية في علم النفس المرضي .
33	ثانيا . تكوين بنية الشخصية .
34	ثالثا . مكونات بنية الشخصية .
34	1 . مستوى نكوص الليبدو والأنا (التثبيت) .
34	2 . نوع القلق .
35	3 . العلاقة بالموضوع .
35	4 . طبيعة الصراع .
35	5 . الآليات الدفاعية الأساسية .
37	رابعا . البنيات الأساسية للشخصية .
37	1 . البنية العصابية .
38	2 . البنية الذهانية .
39	3 . التنظيم الحدي (البيني) .
الفصل الثالث : المحددات الثقافية الشعبية ودورها في تشكيل الاضطراب النفسي .	
46	تمهيد .
46	أولا . المحددات الثقافية الشعبية .
46	1 . تعريف الثقافة الشعبية .
47	2 . خصائص الثقافة الشعبية .
48	3 . المحددات الثقافية للشخصية الجزائرية .
62	ثانيا . الخرافة والتفكير الخرافي .
62	1 . تعريف الخرافة والتفكير الخرافي .
63	2 . كيفية تكون الخرافات .
64	3 . أسباب انتشار الخرافة .
66	4 . صفات الشخص الخرافي .
66	ثالثا : المعتقدات الشعبية الخرافية ودورها في تشكل الاضطراب النفسي

الفصل الرابع: الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي .	
70	أولا . المس .
71	تمهيد .
71	1 . تعريف المس .
74	2 . أدلة المس .
76	3 . أعراض المس .
79	4 . أنواع المس .
82	5 . أسباب المس .
84	6 . تأويلات المس .
89	7 . الوقاية والعلاج من المس .
91	ثانيا . السحر .
92	1 . المفاهيم الأساسية والمرتبطة بالسحر .
97	2 . أدلة السحر .
99	3 . أعراض السحر .
100	4 . تصنيفات السحر وأنواعه .
105	5 . النظريات المفسرة للسحر .
110	6 . الطرق المتبعة في علاج السحر .
112	ثالثا . العين والحسد .
113	1 . تعريف العين والحسد .
114	2 . الفرق بين العين والحسد .
116	3 . أدلة العين والحسد .
118	4 . كيفية الإصابة بالعين والحسد .
119	5 . أنواع العين .
123	6 . أعراض العين .
124	7 . أقسام الحسد ومراتبه .
124	8 . مميزات العائن أو الحاسد .

125	9. الوقاية والعلاج من العين والحسد .
الفصل الخامس : منهج وإجراءات الدراسة .	
127	تمهيد .
127	أولا . منهج الدراسة .
129	ثانيا . الدراسة الاستطلاعية .
129	1 . الهدف من الدراسة الاستطلاعية .
129	2 . عينة الدراسة الاستطلاعية .
132	3 . أدوات الدراسة الاستطلاعية .
152	4 . الأساليب الإحصائية للدراسة الاستطلاعية .
152	5 . حدود الدراسة الاستطلاعية .
153	6 . عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية .
154	ثالثا . الدراسة الأساسية .
154	1 . عينة الدراسة الأساسية .
157	2 . أدوات الدراسة الأساسية .
165	3 . إجراءات الدراسة الأساسية .
166	4 . الأساليب الإحصائية للدراسة الأساسية .
الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة .	
170	تمهيد .
170	أولا . عرض وتحليل نتائج الدراسة .
170	1 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى .
218	2 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية .
220	3 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة .
225	4 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة .
226	5 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة .
228	ثانيا . تفسير ومناقشة نتائج الدراسة .
228	1 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى .

232	2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية .
234	3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة .
236	4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة .
238	5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
239	ثالثا . خلاصة البحث .
قائمة المراجع	
242	1. المراجع باللغة العربية .
248	2. المراجع باللغة الفرنسية .
قائمة الملاحق	
250	الملحق رقم (1) : جدول عام للدرجات الخام .
253	الملحق رقم (2) : المشكلات النفسية والاجتماعية والمشكلات البيئية .
254	الملحق رقم (3) : سلم التقييم الشامل للأداء الوظيفي (EGF) .

فهرس الجداول

الصفحة	المحتوى	رقم الجدول
36	المقارنة بين المكونات الأساسية لبنية الشخصية.	1
61	أسباب العين عند الطفل في المعتقد الشعبي (الروح القوي والدم القوي).	2
63	المقارنة بين التفكير العلمي والتفكير الخرافي.	3
73	الفرق بين الصرع العضوي والصرع الجيني (المس الجيني).	4
130	النسب المثوية للعينه الاستطلاعية.	5
130	تقسيم العينه الاستطلاعية وفق متغير الجنس.	6
131	تقسيم العينه الاستطلاعية وفق متغير الفئة العمرية.	7
131	تقسيم العينه الاستطلاعية وفق متغير المستوى الدراسي.	8
131	تقسيم العينه الاستطلاعية وفق المتغيرات الثلاثة للدراسة.	9
136	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الأول (الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية .	10
136	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثاني (المقدرة على التفاعل الاجتماعي) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية .	11
137	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثالث (النضج الانفعالي والقدرة على ضبط النفس) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية .	12
137	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الرابع (المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية.	13
138	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الخامس (التحرر من الأعراض العصائية) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية.	14
138	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السادس (البعد الإنساني والقيمي) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية .	15
139	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السابع (تقبل الذات وأوجه القصور العضوية) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية.	16
139	مصنوفة معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الصحة النفسية السبعة وكذلك الدرجة الكلية له بالنسبة العينه السعودية.	17
140	معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينه في المرتين ، بالنسبة لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية ودرجته الكلية.	18

141	معامل ارتباط بيرسون بين الاختبار الأول والاختبار الثاني (بعد 03 أسابيع) لمقياس الصحة النفسية.	19
143	المقاييس الفرعية لمقياس "كورنل" للإضطرابات الانفعالية والمزاجية .	20
149	معاملات تمييز مقياس تقدير الذات بأسلوب المجموعتين المتطرفتين.	21
151	القيمة الناتجة لاختبار دلالة معاملات الارتباط لدرجة كل فقرة من فقرات مقياس تقدير الذات بالدرجة الكلية للمقياس.	22
153	النسب المئوية لمدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية للعينة الاستطلاعية.	23
155	النسب المئوية للعينة الأساسية.	24
155	تقسيم العينة الأساسية وفق متغير الجنس.	25
156	تقسيم العينة الأساسية وفق متغير الفئة العمرية.	26
156	تقسيم العينة الأساسية وفق متغير المستوى الدراسي.	27
157	تقسيم العينة الأساسية وفق المتغيرات الثلاثة للدراسة.	28
161	اللوحات المخصصة لكل صنف أو المشتركة بين الأصناف الأربعة من حيث السن والجنس.	29
164	شبكة الفرز لشتنوب (1990).	30
180	خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) لحالة "المس".	31
199	خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) لحالة "السحر".	32
214	خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) لحالة "العين".	33
220	النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "المس" (العينة الأساسية).	34
221	النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "السحر" (العينة الأساسية).	35
221	النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "العين" (العينة الأساسية).	36
222	المقارنة بين النسب المئوية لمدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين المجموعات الثلاثة.	37
223	النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لعينة الدراسة الأساسية.	38
224	التكرارات الحقيقية والتكرارات المتوقعة لحالات "المس" و"السحر" و"العين".	39
225	نتائج معامل الارتباط للاتفاق (C) .	40
225	نتائج معامل ارتباط بيرسون بين درجات المؤشرات الإيجابية للصحة النفسية ، ودرجات تقدير الذات للعينة الأساسية.	41
226	نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفرق بين حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية (العينة الأساسية).	42
227	نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفرق بين حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" من حيث المؤشرات الإيجابية للصحة النفسية (العينة الأساسية).	43
228	نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفرق بين حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" من حيث مستوى تقدير الذات (العينة الأساسية).	44

فهرس الأشكال

الصفحة	المحتوى	رقم الشكل
41	الشكل البنائي العصابي .	1
42	الشكل البنائي الذهاني .	2
43	الشكل التنظيمي الحدي .	3
44	تطور أشكال التنظيمات الثلاثة .	4

المقدمة

مقدمة :

عرف الاضطراب النفسي والعقلي بصور مختلفة منذ قدم الزمان، فهو ليس وليد العصر الحديث بحضارته المعقدة ، وإنما توجد شواهد تاريخية على أنه وجد منذ العصور الأولى ، غير أنه لم تجرى أي محاولات جديدة لدراسته وفهمه إلا في وقت قريب نسبيًا.

إذ كانت تكتنف هذه الدراسة صعوبة كبيرة ؛ نظرا لطبيعة المرض المعقد ، وعدم اهتمام مهنة الطب به ، وتحيز الشعور العام ضده ، كما أن نظرة الناس والمجتمع لهذه الاضطرابات ، وتفسيرهم ، وطرق علاجهم لها ، هي التي طرأت عليها الكثير من التغيرات على مر العصور .

لقد كان الناس في العصور الأولى من تاريخ البشرية ، يفسرون الاضطرابات النفسية والعقلية على أساس التملك من قبل الأرواح الشريرة التي تدخل جسد الإنسان ؛ فتسبب له اضطرابا في وظائفه الفيزيولوجية ، والنفسية ، والعقلية.

فكانت أولى الحالات الحقيقية للاضطراب النفسي قد وردت في كتب العهد القديم مثل التوراة ، إذ أن مرض الصرع هو المرض المعروف بصفة خاصة بين الأمراض العقلية لدى القدماء ، حيث كانوا يطلقون عليه اسم "المرض المقدس".

ولذلك كان المصابون بهذه الأمراض يودعون عادة إلى السجون ، وينظر إليهم باعتبارهم سحرة؛ إذ كانوا يتعرضون للتعذيب والاضطهاد أثناء معالجتهم مثل: التجويع ، والتقييد بالأغلال ، والجلد بالسياط.. إلخ.

كما كانوا يعالجون أحيانا على يد رجال الدين بالصلوات ، والأدعية ، و"التعازيم" ، والطقوس التطهيرية ، وتناول المشروبات السحرية .. إلخ ، ويحكم عليهم في الكثير من الأحيان بالموت .

لقد عُرف هذا التصور في سببية المرض وعلاجه باسم "النموذج الشيطاني"، وإلى جانب هذا ظهرت نماذج أخرى تنظر إلى الاضطراب النفسي والعقلي نظرة طبية ، وذلك بفضل "أبقراط" و"جالينوس" .

فعلاج السلوك المرضي يُستمد مباشرة من عدد من الافتراضات ، والتي يتضمنها كل واحد من النماذج المختلفة لتفسير الاضطراب النفسي ، وبالتالي ساد الصراع والتنافس بين هذه النماذج في تلك العصور ، وما زال سائدا ويسود العصر الحالي؛ إذ يقول (شيلدون كاشدان ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ، دت: 26) في كتابه (علم النفس الشواذ): "إن التحليل الوثيق يوحي بأن آراءنا الحالية الإيجابية منها والسلبية ، تضرب بجذورها في مزيج من الحقائق والأساطير الشعبية" .

إن التصورات الشعبية التي تُرجع الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية إلى الجن والمس به، يعتبر واقع لا مفر منه ، فالأرواح والشياطين هي أرواح خفية ، يمكن أن تمتلك جسد الإنسان أو جزء منه أو عقله ، وهذا الاعتقاد ليس حديثا بل بدأ مع الإنسانية ، ومازال حيا في ذاكرة الإنسان وفي عهد غزو الفضاء ، ورغم عقلانية وعلمية أوروبا وأمريكا .

ففي شهر جوان 1993 حسب ما تشير إليه (بدره معتصم ميموني ، 25:2005)، قدمت القناة الأولى للتلفزة الفرنسية TF1 روبرتاج بعنوان "Le retour des exorcistes"، وذلك حول ظاهرة التعزيم من طرف كاهن ، وأبرزت هذه الحصة أهمية هذه الأنشطة وقوة اعتقاد المصابين بتملكهم من قبل الشيطان .

وفي شهر سبتمبر 2011 قدمت القناة المغربية (1 medi) حصة "عن قرب" ، والتي خصصت عددا حول ظاهرة السحر والشعوذة في المغرب بمشاهد حية للمشعوذين والعرافين ، مع تصوير لطقوس العلاج من السحر، وقد أبرزت الحصة التفشي الكبير للظاهرة في وسط المغاربة ، ومدى إيمانهم وتصديقهم الكبير بهذا النوع من العلاج التقليدي وقدرته على الشفاء .

يعتبر المس بالجن وفقا للثقافة الجزائرية حقيقة اجتماعية ودينية ، حيث توجد العديد من الوسائل العلاجية على شكل "تعازيم"، و"حمل الطلاسم" ، والأحجبة ، وزيارة الأضرحة ، وليس الجن السبب الوحيد لإحداث الأمراض النفسية والعقلية، بل تنسب أيضا إلى العين والإصابة بالسحر.

وعلماء النفس عموما ، لا يرجعون السبب في الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية إلى هذه المعتقدات الخرافية ، ولكن رغم هذا يوجد العديد من أطباء الجسد وعلم النفس ، يرون أن هناك حالات مرضية وقف العلم حائرا وعاجزا أمامها ، ومن أشهر هذه الحالات المس الروحي الناتج عن إيذاء الجن للإنس ، والأمراض الناجمة عن السحر والعين .

ومن هنا كانت الحاجة ملحة لتسليط الضوء على بعض الجوانب الخفية والمعقدة للاضطراب النفسي في ظل خصوصية الثقافة المحلية ، لذلك جاء موضوع هذا البحث بعنوان :

" الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي" ، بدراسة ميدانية لحالات الإصابة بـ "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" (دراسة عيادية وإحصائية).

فالدراسة الحالية تعتمد على المنهج الوصفي ،والذي يجمع بين الدراسات النظرية التحليلية ، والدراسات الإجرائية في علم النفس ، والذي يركز في الأساس على الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي.

كما تعتمد أيضا على المنهج العيادي باستخدام أسلوب دراسة الحالة ، والذي يهتم بتجميع كل المعلومات عن الحالات المدروسة ، والقيام بتحليل دقيق وشامل عنها ، وذلك بهدف الوصول إلى فهم أفضل للمريض عن طريق تحديد ، وتشخيص، ووضع علاج لمشكلته .

وقد تم التطرق في هذه الدراسة إلى مجموعة من العناصر ، والتي بدأت بمقدمة وقسمين : نظري وميداني ، فالجانب النظري تضمن أربعة فصول : الفصل الأول تعلق بالمدخل المنهجي للدراسة ،

ويحتوى على خلفية نظرية للدراسة ، وتحديد مشكلة الدراسة وفروضها ، وأهداف الدراسة ، والمنهجية المتبعة ، والتعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة ، وحدودها.

والفصل الثاني تضمن مفهوم البنية النفسية المرضية لغة ، واصطلاحا ، ومفهومها في علم النفس المرضي ، وذلك بعرض لمختلف وجهات النظر فيما يخص البنية ، وتكوين بنية الشخصية ، ومكوناتها ، وأخيرا البنيات الأساسية للشخصية .

ويتناول الفصل الثالث المحددات الثقافية الشعبية ودورها في تشكيل الاضطراب النفسي، وقد تضمن المحددات الثقافية الشعبية ، والخرافة والتفكير الخرافي ، والمعتقدات الشعبية الخرافية ودورها في تشكيل الاضطراب النفسي .

والفصل الرابع شمل على دراسة الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي ، وقد تضمن "المس" ، و"السحر" ، و"العين" ، وقد تم التطرق إلى دراسة كل اضطراب من حيث التعريف ، والأدلة، والأعراض ، والأنواع ، والأسباب ، والتفسيرات ، والوقاية والعلاج.

أما الجانب التطبيقي فقد احتوى على فصلين : الفصل الأول منهما تناول منهج وإجراءات الدراسة ، وقد شمل على تحديد المنهج المتبع في الدراسة الحالية ، وخطوات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية من حيث الهدف ، وخصائص العينة ، وأدوات الدراسة ، والإجراءات المتبعة ، والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما الفصل الآخر فتناول عرض ومناقشة نتائج الدراسة ، بدءا بعرض وتحليل لمختلف نتائج الفرضيات ، ثم مناقشة وتقديم كل التفسيرات المتعلقة بهذه الفرضيات ، واختتم بتقديم حوصلة أو خلاصة عامة لنتائج هذا البحث.

الفصل الأول

المدخل المنهجي للدراسة.

تمهيد .

أولا . خلفية نظرية للدراسة .

ثانيا . تحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات المطروحة .

ثالثا . فروض الدراسة .

رابعا . أهداف الدراسة .

خامسا . أهمية الدراسة

سادسا . منهجية الدراسة .

سابعا . التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة .

ثامنا . حدود الدراسة .

تمهيد :

يتناول هذا الفصل مدخل منهجي للدراسة ، وذلك بعرض الخلفية النظرية التي يقوم عليها هذا البحث ، ويتناول مختلف الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة المباشرة أو الغير مباشرة بموضوع البحث ، ووضع تعقيب على هذه الدراسات ، وتحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات المطروحة ، وفروض الدراسة ، وأهدافها ، وأهميتها ، ومنهجيتها ، والتعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة ، وحدود الدراسة .

أولا - خلفية نظرية للدراسة :

يعتبر موضوع الثقافة والشخصية من المواضيع المهمة في البحوث الأنثروبولوجية عامة، والأنثروبولوجية السيكولوجية بصفة خاصة، بحيث يتركز فيهما على دراسة العلاقة القائمة بينهما ، وذلك في محاولة لتحقيق نقطة التقاء بين علم الإنسان وعلم النفس من أجل رؤية أكثر عمقا وشمولا ، ولفهم طبيعة الشخصية في ضوء تأثيرها بالمحيط الثقافي والاجتماعي السائد .

وهنا نرى بوضوح دور عملية التنشئة الاجتماعية في البيئات الثقافية المختلفة من خلال مختلف الأنماط السلوكية المرتبطة بانفعالات، وعواطف ، وإدراكات الفرد ، والتي يتلقنها عبر مر العصور بالنقل الشفهي ، وهذا يساهم إلى حد كبير في تبلور شخصيته ؛ فلكل ثقافة مجموعة من المعايير السائدة فيها بالرغم من أنها نسبية وتختلف في معناها ، ومدلولها ، وحدودها من مجتمع لآخر، فما هو شاذ في ثقافة معينة ؛ قد يكون سويا بالنسبة لمعايير ثقافة أخرى .

ولعل التراث الأنثروبولوجي غني بالكثير من الممارسات وفي مختلف الثقافات ، فهو يزخر قديما وحديثا بما يؤيد الدور الذي تلعبه الثقافة ، وأثرها الواضح في غرس الأفكار ، والقيم ، والمبادئ ، والمعتقدات الخاصة بكل نمط مجتمعي، وبهذا نلمس ذلك الاختلاف والتمايز الواضح بينها ، وتأثير ذلك على تكوين مقومات وخصوصيات الشخصية ومحدداتها .

ومن الأمثلة البارزة التي تدل على ذلك، نذكر اختلاف طبيعة دور الرجل والمرأة بين الثقافة البدوية ، والريفية ، والحضرية ، واختلاف النظرة إلى قيم الذكورة والأنوثة من ثقافة لأخرى... إلخ ، فعوامل الفطرة والوراثة لا تكفي وحدها لتفسير السلوك الإنساني بدون الرجوع إلى تأثير المحيط الاجتماعي والثقافي السائد .

وهذا يؤكد فعلا كون الثقافة عاملا محددًا للشخصية السوية والشاذة بأبعادها المختلفة ، فلا يمكن دراسة هذه النماذج في معزل عن بيئتها الثقافية ، ولعل واقع البحوث الميدانية يؤكد على أن نمو الشخصية وتميزها بسمات ، وخصائص ، ومقومات معينة ؛ يختلف من نمط مجتمعي لآخر بناء على مدى اختلاف المحيط الثقافي ، وصبغته الخاصة للشخصية وفي مراحلها العمرية المختلفة.

وفي هذا السياق يؤكد (بن عبد الله محمد ، 2010 :17) أن الثقافة هي التي تنتج بالفعل نفسية الفرد بل إن دورها بارز في بناء "النواة الشعيرية" لكل إنسان .

هذا الطرح يجعلنا ندخل في إشكالية تطور ومسار علم النفس عامة ، وعلم النفس المرضي بصفة خاصة في الجزائر، باعتباره المسئول عن دراسة حالات السواء والشذوذ في ظل خصوصيات الثقافة المحلية.

فالكتابات في النماذج النفسية المرضية يقول (عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، 2008 : 117-118) هي قليلة بالجزائر ، وذلك راجع إلى الافتقار إلى نماذج عيادية مؤسسة لتوظيف نفسي خاص ومتفق عليه لدى الأوساط العلمية في علم النفس المرضي ، فعالبا ما يلجأ إلى النظريات الأجنبية لتفسير الحالات العيادية ، والتي يتم الحصول عليها سواء في إطار المقابلات العيادية ذات الهدف العلاجي، أو في إطار الفحوص النفسية ذات الهدف التشخيصي أو البحثي .

فهناك تساءل عن مدى فعالية تلك الأطر النظرية في فهم سلوكيات الفرد ، والتي تختلف باختلاف البيئات والمجتمعات ، ورغم أهمية وفعالية بعض النظريات في فهم السلوك الإنساني باختلاف المكان والزمان ، وذلك بالنظر إلى الأصل المشترك للإنسان مهما تغيرت الظروف ، فهناك دائما جزء مخزن

من المعلومات عبر التاريخ لا تتغير مهما تغيرت الظروف والأحوال، فقد يظهر اختلاف في مظاهر سلوكياتنا، ولكنها تحتوي على بنية وتكوين مشترك ومتشابه .

فمفهوم "المركب الأوديبي" في التحليل النفسي حسب ما يشير إليه (عبد الرحمان سي موسى، 2008:118) نجد أنه مفهوم عالمي، وذلك من حيث التقاء المفاهيم الأساسية التي يبني عليها تكوين الفرد .

ولكن تبقى ديناميكية العلاقات الأوديبيية لينة وقابلة للتغيير من مؤسسة عائلية أو اجتماعية أو ثقافية إلى أخرى، ولكن محتواها واحد من حيث تواجد عواطف الحب والكره الموجهة نحو الأبوين، ومن هنا ظهر مفهوم (الأوديب الإفريقي) لـ " أورتيغس" و(الأوديب المغربي) لـ "بن دحمان" وغيرها من الاقتراحات.

وإلى جانب نقص الدراسات والبحوث في الجزائر ، والذي ساهم إلى حد كبير في عدم الارتقاء بعلم النفس المرضي وتطوره؛ تطرح إشكالية العلاج النفسي وقابلية الفرد الجزائري لذلك ، بحيث أن أغلبهم لا يطلب علاجاً نفسياً داخلياً معمقاً ، ويقتصر فقط على رغبتهم في تخفيف معاناتهم الشديدة ، أما البعض الآخر فيلجئون إلى العلاجات الكيميائية الطبية ، أو التقليدية السحرية .

فمعتقدات الفرد الجزائري حول طبيعة المرض النفسي ، وأعراضه، وأسبابه، وطرق علاجه ، وكيفية التعامل مع المريض مازالت ضعيفة وبدائية ، وتتسم بالكثير من الكلاسيكية ، والتقليدية ، والجهل ، وما زالت أيضاً من المواضيع التي تشكل طابوهات في المجتمع ؛ فتاريخ المريض الجزائري المليء بالتدخلات العلاجية المتعددة خصوصاً التقليدية منها قبل وصوله إلى العلاج النفسي ، يزيد من خطورة الحالة وتعقيدها ، مما يؤدي ذلك إلى صعوبة وتأخر العلاج .

فخصوصية الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي تحتاج إلى الكثير من البحوث والدراسات ، وذلك للكشف والتعمق في البنية النفسية المرضية للشخصية الجزائرية ، وتحديد مدى تأثير الثقافة والمعتقدات الخرافية في تشكيل حالات السوء والشذوذ .

وفي هذا الشأن يقول "نور الدين طوالبي" (Toualbi. N, 1974 : 75): "إننا نشاهد حاليا عودة قوية للاعتقادات والطقوس الدينية وما جاورها (الوعدة وزيارة الأضرحة) ، كوسيلة لمقاومة التجريد والتغيير الاجتماعي...".

ولكن رغم هذا النقص في البحوث والدراسات ، فهناك بعض الجهود والمحاولات التي لا يستهان بها ، والتي بُذلت لتحليل وتفسير طبيعة التوظيف النفسي للفرد الجزائري ، وذلك استنادا على النظريات الغربية وبمراعاة المعطيات الثقافية للأفراد ، والتي تناولت بالتحليل في أغلب مواضيعها السلوكيات ، والعادات ، والتقاليد ، والشعائر التي تشكل التركيبة الثقافية للمجتمع .

فلم تعثر الباحثة في حدود علمها - على أي دراسة مطابقة لموضوع هذا البحث ، وخصوصا فيما يخص دراسة البنية النفسية المرضية لحالات الإصابة بـ "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، أو دراسة لبعض المظاهر أو الاضطرابات النفسية الموجودة عندهم .

ولكن هناك بعض الدراسات العربية والأجنبية ذات العلاقة المباشرة أو الغير مباشرة بالموضوع ؛ باعتبار موضوع هذا البحث شامل وشاسع، وله علاقة بالكثير من المواضيع والتخصصات الأكاديمية، وقد وردت حسب التسلسل الزمني (سنة إنجازها أو نشرها) نشير إليها فيما يلي :

أ - الدراسات الأجنبية.

- دراسة وورد - Ward (1982): اهتمت بدراسة حالات نسائية تعرضت للمس في إحدى المجتمعات التقليدية التي تعتنق نظرية المس، وقد حاولت أن تقدم تحليلا للديناميكية النفس - اجتماعية لاختبار المس.

وقد وجدت الباحثة تأويلات لمسببات المرض النفسي النسائي ، والتي تتمثل في اعتبار المس شكلا من أشكال الصعوبات التكيفية ، وذلك بفحص لمختلف العوامل المتعلقة بالقابلية ، حيث وجدت أن المعتقدات الدينية والسحرية القائمة والتي تعبر عنها بالخرافات ؛ تشكل الخلفية والأرضية الملائمة لبروز ردود الفعل المتعلقة بالمس.

إلا أن المس نفسه ينتج عن ضغوط تعطل قدرات الفرد على التوافق، وهذا ما يتوافق مع الأبحاث التي تؤكد على أن المصادر الرئيسة للضغوط التي تتعرض لها المرأة هي: الصعوبات الأسرية، والأزمات، والمشاكل الجنسية، والتي تتمثل في الأزمات الانفعالية، ومشاعر الذنب، والإحساس بالنبذ مترافقة مع الحاجة للاتكالية ولكنها غير مستجابة .

ب - الدراسات العربية.

- دراسة عرعار.ف(1981): بعنوان "الهستيريا لدي المرأة الجزائرية، تناول عيادي واجتماعي ثقافي"، والتي حاولت فيها استخلاص مميزات الشخصية الهستيرية، وذلك اعتمادا على المعطيات العيادية واختبار الرورشاخ، وقد بينت النقائص في تعبير المرأة الهستيرية الجزائرية عن صراعاتها بالكلام، وذلك بسبب الموانع التي تُفرض عليها منذ نشأتها مما يجعلها تحول الصراع إلى الجسد .

- دراسة عبد اللطيف محمد خليفة (1982): هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن المعتقدات التي تدور حول المرض النفسي، وطبيعته، وأعراضه، وأسبابه، وطرق علاجه، وتأثير المريض على أسرته، وتعامله مع أفراد المجتمع، وعلاقة كل هذا بمستوى التعليم .

وقد أسفرت النتائج التي تتعلق بأسباب المرض النفسي، أنه كلما ارتفع مستوى التعليم يقل الاعتقاد في أن المرض النفسي يرجع إلى الجسد (61% من الأميين مقابل 7% من المتعلمين تعليم عالي)، أو العفاريت والأسياذ (64% من الأميين مقابل 7% من المتعلمين تعليم عالي)، أو مس من الأرض (58% من الأميين مقابل 0% من المتعلمين تعليم عالي)، أو عمل معمول للمريض (52% من الأميات مقابل 0% من المتعلمات تعليم متوسط)، فهذه الأسباب تأخذ حيزا كبيرا من معتقدات الناس خصوصا الأميين منهم بسبب جهلهم بالأسباب الحقيقية للمرض النفسي، وضيق دائرة معارفهم ومعلوماتهم، والذي يسبب الإيمان الكبير بهذه الأسباب الوهمية والغامضة.

- دراسة زيدان عبد الباقي(1982): بعنوان "الطب الشعبي في إحدى القرى المصرية"، حيث تبين أن هناك اعتقاد بين الأفراد في أن المريض النفسي "ملبوس" أو عليه "عفريت من الجن"، وأن هذا المريض لا يشفي من مرضه إلا بالزار أو التبرك بأولياء الله .

- دراسة عبد الرحمن العيسوي (1983): حول "سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي"، دراسة ميدانية مقارنة على الشباب المصري والعربي، بحيث قام بإجرائها على عينة من طلاب المدارس الثانوية والجامعات اللبنانية، في مدينة بيروت من المسلمين والنصارى، و التي بلغت 524 طالبا وطالبة، وقد استخدم أسلوب المقابلة وتحليل إجابات الأفراد، بحيث تضمنت ثلاثة أسئلة مفتوحة حول الخرافات، والتي يلاحظ شيوعها في المجتمع الذي يعيش فيه، كما تضمنت مواصفات الشخص صاحب العقلية الخرافية، وكذا معتقدات، وسلوك، ومظاهر الشخص الخرافي، وقد أوضحت النتائج ما يلي:

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

- الصفات التي يتميز بها الشخص الخرافي تتمثل في الجمود، وصعوبة الإقناع، والسداجة، والبساطة، وقلة التعليم، وعدم فهم الدين، والإيمان بالكائنات غير الملموسة، كما أنه يشبع الحاجات النفسية والمادية عن طريق الخرافة، وميال للتأثر كثيراً بأسرته، هو شخص ضيق الأفق، وصعب النقاش، وإيمانه صارم وخرافي، ولا يقبل الجدل، كما أنه شخص سطحي، ويمكن أن يصدق كل ما يقال له، وإن كان بعيداً عن الواقعية والموضوعية والروح العلمية.

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

- الإناث أكثر إيمانا بدور التمايم في الحماية، بينما كان الذكور أكثر إيمانا نسبياً بدورها في قضاء الحاجات، كما أفاد 41.5% من مجموعة العينة أن وضع الأحجبة والتمايم على الطفل يمنع عنه تأثير عين الحسود.

- وجد أن 20% من العينة يؤمنون بأن إطلاق البحور يجلب الحظ، 14.8% يؤمنون أن الزار فيه علاج للأمراض المستعصية، 34.9% من العينة يؤمنون بأن الدين يعترف بالسحر، 41.8% تؤمن بأن السحر كان موجودا في القديم ولكنه غير موجود الآن، 30.8% يؤمنون بأن السحر يفيد في علاج الأمراض النفسية والجسدية، كما أن 11.9% يؤمنون أن الساحر يستطيع أن يؤثر في نزول الأمطار، وأفاد 8.8% أن السحر يمكن أن يعالج العقم عند النساء.

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

- دراسة سامية حسن الساعاتي (1983): حول السحر في القاهرة بحث اجتماعي ميداني، حيث قامت الباحثة بتوزيع استمارة على 139 ساحرا وساحرة، منهم 49.64% من الذكور والباقي من الإناث، بحيث تبين أن أكثر المترددين على السحرة والمشعوذين هم من الإناث، وغالبية أعمارهم ما بين 20 إلى أقل من 50 سنة، وأن ثلثهم من الأميين، كما أن نسبة كبيرة تصل إلى الربع من الذين يقرؤون ويكتبون، وأن أكثر النصف هم من المتعلمين الموزعين على مراحل التعليم المختلفة، وأن أغلبهم هم من المتزوجين، يليهم العزاب ثم الأرمال ثم المطلقون.

- دراسة سلوى سليم (1988): حول ظاهرة السحر في مصر، وذلك من خلال استخدام أسلوب تحليل المضمون لعدد من الأفلام السينمائية حول الظاهرة، والتي كانت تبث على التلفزيون الحكومي المصري سواء كانت أفلام عربية أو أجنبية.

وقد أرادت الباحثة من وراء تحليل هذه الأفلام؛ الوصول إلى معرفة دور هذه الأفلام في معالجة ظاهرة السحر، والهدف من عرضها، والطبقات الاجتماعية المعنية بهذه الظاهرة.

وقد اختارت المؤلفة فيلمين يحتويان على ظاهرة السحر والتغلب عليهما باللجوء إلى الدين، وهما فيلما (الإنس والجن) و(التعويدة)، وقد تم اختيارهما بطريقة عمدية، لأنهما من الأعمال التي عولج فيهما موضوع السحر، كما تمت تغطيته من الناحية الدينية، بينما بقية الأفلام عاجلت الظاهرة من

الناحية النفسية ، أو عن طريق تحضير الأرواح وفكرة التناسخ ، وهي أفكار لا تتفق مع أهداف الباحثة .

ومن خلال التحليل الدرامي للفيلمين المذكورين توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- أن الهدف من عرض هذه الأفلام ، هو البحث عن حل للمشكلات التي تواجه الناس، باللجوء إلى الدين وتقوية الوازع الديني لديهم ، لأن الدين هو السند والحامي الوحيد للمؤمنين به ، من كل ما يواجههم من أفعال سحرية ، سواء كانت هذه الأفعال من صنع البشر أو من صنع الجن.

- أن الجن يمكن أن تظهر للبشر في صور متنوعة؛ لأنهم مختلفون في حوائجهم وسرعة وصولهم للإنسان ، كما أن الجن تسكن المنازل القديمة والمهجورة ، وأن أفعال السحر أصبحت لا تمارس فقط في المناطق الريفية أو لدى عامة الناس، بل أيضا تمارس في المناطق الحضرية وبين المثقفين.

- أن التفكير العقلي والعلمي ما زال دون المطلوب في المجتمع المصري ، وأن التفكير السحري يسيطر على كثير من أفراد داخل مصر وخارجها .

- **دراسة علي عويطة (1993):** هدفت إلى محاولة تقديم صورة مفصلة وشاملة عن التصورات والعلاجات التقليدية الخاصة بالمرض العقلي في المغرب العربي ، وقد توصل إلى الكشف عن أهم الخصائص الإكلينيكية المميزة للباثولوجية العقلية المغاربية ، والتي تشمل على موضوعات الاضطهاد، الهذيان، والتجسيم (La somatisation)، وتلونها بعناصر هلوسية لغوية وبصرية.

فالوجود المكثف لهذه المواضيع (سحر، أو عين شريرة ، أو تسميم..إلخ) يتعارض بشكل واضح مع الندرة الفائقة لموضوعات الشعور بالذنب ، والدونية ، والأفكار المرتبطة بلوم الذات ، وذلك على مستوى كل أصناف المرض العقلي ، سواء تعلق الأمر بالحالات العصائية أو الذهانية الحادة أو المزمنة.

والهذيان الذي يطبع كل الحالات المرضية في المغرب العربي ، ليس محصور في التصورات والهوامات الخاصة بالفرد كما هو الشأن في الغرب ، وإنما يعكس الخلفية الثقافية التي تتميز بملوسة الواقع ، أو إدراك بدون موضوع .

كما تعتبر خاصية التجسيم واحدة من أهم ثوابت الخطاب الإثنوبسيكياتري (ethnopsychiatrie) عند المريض المغربي ، فهي تصبغ معظم اللوائح السيكوباتولوجية ومن بينها الحالة الاكتئابية .

- دراسة الخوّلى (1996): قامت الباحثة بدراسة وظيفة المس لدى مجموعة من النساء المصريات من الطبقة الأدنى ، فوجدت أن المرأة تلجأ إلى المس لكونه واحدا من أشكال المقاومة ضد تسلط الرجل، فهي تعبر به عن فشلها في مقاومة قوته وجبروته ،لأنه الوسيلة الوحيدة المتاحة للمرأة في المجتمعات التقليدية للتعبير عن صراعاتها ، ورفضها للواقع على عكس المجتمعات أكثر تقدما .

كما قامت الباحثة بدراسة أكثر تعمقا للعديد من النساء المسوسات ، فوجدت أن الصراع المسيطر على المرأة المسوسة يدور حول محورين أساسيين هما الجنس والدين ، وأنها يمكنها الادعاء بموجب مرضها ، أن الجان الذي بداخلها يمنعها من الاتصال الجنسي مع زوجها، وذلك ليس بسبب نفورها الشخصي منه ، ويمكنها أن تدعي أن الجان الذي بداخلها "مسيحي" ، ويمنعها من الالتزام بالشعائر والطقوس الإسلامية ، ويشتمل ذلك على الحجاب وطقوس أخرى .

- دراسة عزة شرارة بيضون (1998): والموسومة بـ : " صحة النساء النفسية بين أهل الدين والعلم" ، والتي حاولت فيها الباحثة أن تدرس واقع الصحة النفسية لدى المرأة ، من وجهة نظر المؤمنین عليها (المختصين النفسيين ورجال الدين) ، وقد أسفرت النتائج على ما يلي :

- الغلبة المطلقة في جمهور المرضى هم النساء (المسوسات المحسودات) .

- الجن مخلوقات تستطيع أن تخرق جسد الإنسان ، والتأثير على صحته وسلوكه .

- الجن تمس الإنسان لأسباب عديدة: ومنها قابلية الشخص للمس ، وكذا طبيعة الجن نفسه.

- التأكيد على فعالية العلاج الشعبي الديني في علاج الممسوسات .

- دراسة علي أسعد وطفة (2001): الموسومة بـ : " اتجاهات التقليد والحداثة في العقلية العربية السائدة(دراسة في المضامين الخرافية للتفكير لدى عينة من المجتمع الكويتي) ، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة شملت 1003 فردا من المثقفين موزعة بين طلاب الجامعة ، موظفين ، ومعلمين ، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة ، أن شريحة كبيرة من أفراد العينة تؤمن بالخرافات والسحر، إذ أن الإيمان بفكرة الحسد تنصدر هذه المعتقدات ، ثم تأتي فكرة الخوف من الأماكن المهجورة ، والإيمان بالسحر ، وأخيرا استحضر الأرواح الشريرة وقراءة الطالع .

كما تبين وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين ، والتي تؤكد بأن الإناث أكثر إيمانا بالمعتقدات الخرافية من الذكور، وأن أبناء المحافظات التقليدية أكثر إيمانا بالتصورات والأفكار الخرافية من أبناء المحافظات المدنية .

- دراسة المختار مقسم (2002): الموسومة بـ : " المعتقد الشعبي للأمراض العقلية والعصبية : الصرع الطفولي نموذجا "، والتي أجريت في مركز للمعوقين ، بإحدى ولايات الغرب الجزائري(سيدي بلعباس).

وقد هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن الفروق الموجودة بين التصور الشعبي والنموذج الطبي لأمراض الصرع ، والاختلافات الموجودة بين المعالجين التقليديين ("الطلبة" ، والرقاة ، والعجائز) من حيث الأسباب ، والأعراض ، والعلاج ، والوقاية ، وقد تكونت العينة من 103 معالج تقليدي و15 حالة صرع .

ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن التصور الشعبي لأمراض الصرع؛ يختلف عن النموذج الطبي من حيث الأسباب ، والأعراض ، وسبل الوقاية ، والعلاج ، حيث تبين أن التصور الشعبي لمرض الصرع، يتمثل في وجود قوى غيبية لا مرئية تؤثر عن بعد فتقوم بإحداث المرض (الريح) ، وذلك عن طريق اختراقها لجسم الإنسان والاستقرار في أحد أعضائه كالرأس مثلا ، وتؤثر في الإنسان الذي لديه

القابلية للمرض ، وتكون الأساليب الوقائية للمعالجين التقليديين بمحاولة إرضاء هذه القوى وعدم إيذائها .

أما العلاج فيكون بطرد هذه الأرواح عن طريق ما يسمى بـ "المنفرات" ، والتي قد تكون عبارة عن كلمات معينة ، عقاقير ، أو مواد معينة مثل "الكافور" و "الحلثيت" ، ويكون هذا على شكل طقوس يقوم بها المعالج التقليدي ، والتي تختلف ما بين "الطلبة" ، و "الرقاة" ، و "العجائز" .

ج - تعقيب على الدراسات السابقة:

إن الدراسات التي تناولت موضوع الاضطراب النفسي من جانب الأنتروبولوجية السيكولوجية وعلم النفس المرضي ، أي دراسته في ظل خصوصية الثقافة المحلية ، والكشف عن مدى تأثيرها في تشكيل المرض النفسي هي قليلة جدا ، باستثناء بعض الدراسات - في حدود علم الباحثة التي أشرنا إليها ، وهذا راجع لعدة أسباب منها :

- اعتبار المرض النفسي ظاهرة مركبة وشديدة التعقيد، وتحتوي على متغيرات نفسية، وثقافية، واجتماعية متعددة مع تحيز الشعور العام ضده.

جهل بعض الأفراد في المجتمع الجزائري ؛ لأهمية ودور العلاج النفسي في الوقاية من الأمراض النفسية والعقلية ، وخطورة العلاج التقليدي (الشعوذة) من حيث تأثيره على تفاقم المرض النفسي وتعقيده.

تبرز الدراسات المحلية التي عرضت مدى تأثير الثقافة الشعبية في تشكيل الاضطراب النفسي ، كدراسة "ف. عرعار" سنة 1981، والتي حاولت دراسة بعض الخصائص الإكلينيكية للاضطراب النفسي في ظل خصوصية الثقافة المحلية

كما توجد بعض الدراسات العربية والأجنبية كدراسة "عبد اللطيف بن خليفة" سنة 1982، و"زيدان عبد الباقي" 1982 وغيرهم، والتي حاولت الكشف عن المعتقدات نحو المرض النفسي ، خصوصا فيما يتعلق بتأثير الثقافة على هذه المعتقدات .

ولكن لا توجد دراسات كبيرة وعميقة - في حدود علم الباحثة تبين مدى تأثير اختلاف وتباين الثقافات في تشكيل أنماط معينة من الاضطرابات النفسية خصوصا في الجزائر.

لا ننسى أهمية الدراسات التي حاولت الكشف عن سيكوباتولوجية الشخصية المغاربية ، كدراسة "علي عويطة" سنة 1993 ، ودراسة بوشامي "و" يعقوبي" سنة 1981.

أما دراسة "عزة بيضون" سنة 1998، فقد اهتمت بدراسة الصحة النفسية للمرأة ، وأهملت الرجل كشخص يمكنه الإصابة بـ "المس" .

وبالتالي يمكن اعتبار هذه الدراسة الوحيدة - في حدود علم الباحثة التي ستقوم بدراسة حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" دراسة ميدانية.

وبالتالي يمكن القول أننا استفدنا من خلال الاطلاع على هذه الدراسات في بناء فكرة الدراسة، وتحديد مشكلتها ، وصياغة تساؤلاتها ، وإعداد أدواتها ، وتحليل نتائجها.

ثانيا - تحديد مشكلة الدراسة والتساؤلات المطروحة :

ما زالت المجتمعات العربية وحتى العالمية، ورغم كل التطورات والاكتشافات مرتبطة بفكرة أن المرض النفسي أو العقلي قد يرجع إلى تأثير قوى خفية (الجن) ومعتقدات خرافية، إذ يثار نوع من التخوف الغامض حولها.

فمفسري القرآن الكريم يعتبرون الجن كواقع، أما مفكرين الإسلام بعد دراسة معمقة رفضوا وجوده، فالمعتزلة يعتبرونهم رموز دون حقيقة، ويفسرون وجود31لفظة جن في القرآن كتجريد فقط.

الجن واقع أم رمز أم تجريد ، تقول (بدره معتمم ميموني، 2005: 27) المهم أن نسبة الإصابات المختلفة إلى الجن هو واقع اجتماعي، فزبائن "الطلبة" والسحرة يأتون من كل الفئات الاجتماعية باختلاف مستواهم الثقافي والاقتصادي، وهذا يدل على أنه مهما كان التكوين العلمي والثقافي ، فإنه لا يحوي الكثير من الاعتقادات الراسخة في فكر الإنسان .

وليس الجن السبب الوحيد لإحداث الأمراض النفسية ، بل تنسب أيضا إلى العين والسحر ، فالعين الشريرة تعتبر من المعتقدات الراسخة في المخيال الشعبي ؛ فمختلف الدراسات الأنثروبولوجية والروايات توليها كل العناية والاهتمام ، لأنها تعتبر من العناصر المؤثرة في كثير من السلوكيات الاجتماعية .

أما السحر والطلسمات فإنها تنسب إلى أفعال الجن ومنهم "هاروت" و "ماروت" من عهد سليمان ، والإسلام لا ينفي مفعوله وهذا ما يعطيه قوة ووزن في التصور الشعبي ؛ الأمر الذي قد يترتب عنه اضطراب جسمي ونفسي يمكن أن يخل بصحة المستهدف .

فالمريض الجزائري يلتمس أحيانا العلة لمرضه النفسي ، بإسناده إلى هذه القوى الخفية ، رغم أن هذه المواضيع ما زالت محل جدل ، حول إمكانية أن تسكن هذه الأرواح جسد الإنسان ، ورغم وجود التشابه الكبير بين بعض أعراض "المس" ، و"السحر" ، و"العين" وحالات أخرى كالهستيريا ، واضطرابات الشخصية ، والتوهم المرضي ، وحالات القلق ، والاكتئاب ، والفصام ، والصرع ، وغيرها من الاضطرابات النفسية والعقلية .

فعلماء النفس لا يعترفون بهذه الحالات ، ويصنفونها ضمن الاضطرابات النفسية والعقلية ، إذ يشير (بن عبد الله محمد ، 2010 : 90) في هذا الصدد أن الحالات السيكوباتولوجية المشبعة بالخلفية الثقافية ، والتي تغذيها المعتقدات والتصورات السائدة في المجتمع المغربي ؛ يدرجها بعض الإكلينيكيين ضمن ما يسمونه بالنشاط الهذيان الهلوسي ويصنفونها ضمن "ذهان الهلوسة المزمن" (PHC).

ولكن يعتبر بعض الباحثين في علم النفس أن هناك حالات مرضية ما زالت تحير الكثيرين ، وتحتاج إلى الكثير من البحث والتقصي ، ومنها المس الروحي والأمراض الناتجة عن السحر والعين .

وما بين الجدلية المعقدة والقائمة بين التصور الشعبي ،والذي يؤيد بقوة فكرة تأثير القوى الخفية على إحداث المرض النفسي ، وبين علم النفس الذي يتأرجح ما بين الرفض المطلق وبين إمكانية حدوث ذلك ، وما بين الدين الإسلامي الذي يؤكد حدوثها بكتاب الله (عز وجل) والسنة المطهرة ، وفي ظل كل هذه الآراء وهذه التعقيدات ، فالسؤال الذي يطرح بقوة وإلحاح :

هل هناك حالات مرضية ناتجة عن الإصابة بـ "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" لم تعرف ولم تصنف بعد ؟ أم هي مجرد اضطرابات نفسية أو عقلية معروفة في علم النفس المرضي ، وتشبعت بالدلالات الثقافية والاجتماعية السائدة في المجتمع فأخذت هذه التسميات؟

وإذا كانت المحددات الثقافية للشخصية الجزائرية تؤيد إمكانية حدوث "المس" ، و "السحر" ، و "العين" ، فهل كل فرد هو معرض للإصابة بها ؟ أم هناك مميزات وخصائص تتوفر بالشخص المستهدف تسهل إمكانية حدوث ذلك؟

ولتحديد مشكلة الدراسة وصياغتها بشكل أفضل ، وأوضح ، وأكثر دقة نطرح التساؤلات التالية :

1 – هل الحالات التي تُشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالة "مس" ، أو "سحر" ، أو "عين" تتميز ببنية نفسية مرضية ؟

2 – هل تندرج الحالات التي تعاني من "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي ، وغير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4 (DSM IV)؟

3 – ما مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين حالات "المس" ، و "السحر" ، و "العين" ؟

4 – هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصحة النفسية وتقدير الذات لدى حالات الدراسة؟

5— هل توجد فروق دالة إحصائية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، ومؤشرات الصحة النفسية ، ومستويات تقدير الذات ؟

ثالثا - فروض الدراسة :

1 — تتسم الحالات التي تُشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالات "مس"، أو "سحر"، أو "عين" ببنية نفسية مرضية تجعلها أكثر استعدادا للمرض .

2 — ندرج الحالات التي تعاني من "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي ، وغير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4 (DSM IV) .

3 — تنتشر الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بشكل كبير بين حالات الدراسة.

4 — توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصحة النفسية وتقدير الذات لدى حالات الدراسة.

5 — توجد فروق دالة إحصائية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية المزاجية ، ومؤشرات الصحة النفسية ، ومستويات تقدير الذات .

رابعا - أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

- الكشف عن مدلول وماهية الحالات التي تُشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالات "مس"، أو "سحر"، أو "عين" من حيث تميزها ببنية نفسية مرضية ، والتي تجعل أصحابها أكثر استعداد للمرض .

– الكشف عن مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من خلال دراسة العلاقة الارتباطية بين حالات ("المس"، و"السحر"، و"العين") والاضطرابات الانفعالية والمزاجية .

– الكشف عن الفروق الموجودة بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين"، من حيث الاضطرابات الانفعالية و المزاجية ، ومؤشرات الصحة النفسية ، ومستويات تقدير الذات .

خامسا- أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة في موقعها المهم ما بين علم الأنتروبولوجية السيكولوجية، وعلم النفس الاجتماعي ، وعلم النفس المرضي؛ فهذا الموقع يمكن الاستفادة من نتائجه على مختلف المجالات والأصعدة .

فيمكن بذلك الاستفادة من الحقائق التي تكشف عنها هذه الدراسة في مجالات الخدمة الإكلينيكية ، وبالتالي الرفع من كفاءة التشخيص والعلاج النفسي ، والمساعدة على التخطيط لوضع برامج تأهيلية ، وتطوير خدمات الصحة النفسية بصفة عامة .

وتظهر أهميتها في كونها الدراسة الوحيدة - في حدود علم الباحثة التي حاولت دراسة "المس"، و"السحر"، و"العين" من الناحية السيكولوجية، وبالتحديد من حيث البنية النفسية المرضية، وبالتالي سيساهم هذا البحث في إثراء و تزويد المعرفة والبحث العلمي بنتائج جديدة.

سادسا – منهجية الدراسة :

يعتمد هذا البحث في الإجابة على تساؤلاته على منهجين ؛ الأول يتمثل في المنهج العيادي ، والذي نحاول البحث من خلاله والكشف عن إمكانية وجود بنية نفسية مرضية لدى الحالات التي تشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالات "مس"، أو "السحر"، أو "العين" ، وذلك باستعمال تقنيات الملاحظة ، والمقابلة ، والاختبارات النفسية والاسقاطية.

أما الثاني فيتمثل في المنهج الوصفي ، والذي نحاول فيه دراسة(45) حالة مشتركة ما بين "المس" ، و"السحر" ، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، مؤشرات الصحة النفسية ، ومستوى تقدير الذات ، وذلك باستخدام مختلف الأساليب الإحصائية المناسبة لفرضيات هذا البحث ، كالمتوسطات الحسابية ، الانحرافات المعيارية ، التباين ، النسب المئوية ، التكرارات ، تحليل التباين أحادي التصنيف . إلخ .

سابعاً - التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة :

الاضطراب النفسي : يعبر عن حالة من سوء التوافق أو التكيف مع النفس أو الجسد أو مع البيئة ، سواء كانت طبيعية أو نفسية أو اجتماعية ، فهو ينتج عن تفاعل خاطئ أو سيء ، حدث بفعل ظروف معينة غير مناسبة تعرض لها الفرد أدت إلى إصابته بالمرض ، فيعبر عنه بدرجات متفاوتة من القلق ، والتوتر ، والإحساس باليأس ، والقهر ، وليس له بالضرورة أسباب عضوية معروفة ، وإنما هو نتيجة تفاعل أكثر من عامل ، ويمس الإضراب النفسي البعد الانفعالي للشخصية غالباً ، دون أن يمس البعد المعرفي ، لذا يظل الفرد المضطرب متصلاً بالحياة الواقعية ، قادراً على الاستبصار بحالته ، ضابطاً لسلوكه ومسئولاً عنه إلى حد كبير ، وذلك على عكس الفرد المصاب بالأمراض العقلية .

علم النفس المرضي : يعرف على أنه العلم الذي يهتم بالشق المرضي للظاهرة النفسية ، بدراسة التطور النفسي للفرد واضطراباته ، بهدف تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية وتحديد أسبابها ، عن طريق استعمال الاختبارات النفسية ودراسة تاريخ الحالة المرضية ، والاعتماد على الأساليب النفسية في العلاج ، وبالتالي الابتعاد قدر الإمكان عن استعمال الأدوية .

المنظور الثقافي الشعبي : يعبر عن تلك الرؤية التي تحددتها الجماعات ، أو المجتمعات التقليدية ، أو الشعبية ، والتي تتميز بنمط خاص من الثقافة ، والسلوكيات التقليدية ، والأفعال التلقائية ، والعادات ، والتقاليد ، والأعراف ، والمعتقدات الشعبية وخصوصاً الخرافية منها ، والإيمان بالقوى الخارقة للطبيعة .

الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي : يشمل كل الحالات التي تُشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالة من "المس"، أو "السحر"، أو "العين"، وذلك من طرف أحد المعالجين التقليديين، سواء كان ذو طابع ديني أو سحري أو كلاهما معا، مثل الرقاة ، العجائز ، و"الطُلبة"، و"الشوافات"، و "القلاعات" ..إلخ.

المس : حالة من اقتران الجن أو الشياطين لجسم الإنسان ، والاستحواذ عليه وأذيته له ، وقد يكون هذا الفعل داخليا أو خارجيا أو كلاهما معا ، كما قد يكون كليا(دائما أو عارضا) ، وقد يكون بتأثير عضوي أو بدونه ، ويسمي المريض في ثقافتنا الشعبية بعدة أسماء ك"المسكون"، أو "المضروب"، أو "المخطوف"، أو "المملوك"، أو "المصروع"، أو "المركوبة" ، وتشخص الحالة من طرف أحد المعالجين التقليديين المذكورين سابقا .

السحر : ممارسة خرافية خارقة تتضمن اعتقادات كفرية ، والتي تعتمد على مجموعة من الطقوس، والشعائر، والطلاسم ، والتعاويد ، والعزائم ، والعقد ، وتستخدم للتأثير على القوى الخارقة للطبيعية، فتؤثر على الإنسان غالبا بالسلب أي بالمرض (السحر الأسود)، كما يمكن أن تؤثر عليه بالإيجاب (السحر الأبيض)، وأعراضه تتشابه مع بعض أعراض "المس".

العين : تأثير يحصل من نفس "المعيان " أي الذي تصدر منه العين ، على " المعيون " أي المصاب بالعين ، سواء كان بهدف الاستحسان والإعجاب وهي أقل ضررا ، أو بهدف الحسد والبغض والكراهية، وذلك بسبب مال أو جاه أو جمال أو صحة وغيرها من الأسباب ، وهي أكثر ضررا خصوصا إذا كانت مقرونة مع الرغبة في زوال النعمة من "المعيون" والحصول عليها من طرف "المعيان" ، فتظهر على المريض مجموعة من الأعراض الجسدية والاجتماعية من أهمها : البكاء بدون سبب واضح ، التثاؤب المستمر والغير طبيعي ، فقدان المال أو المنصب ..إلخ .

البنية النفسية المرضية : تنظيم نفسي لا واعي ومستقر ، ترتبط بالتاريخ المبكر والمعاش للفرد ، وتعبر عن الاستعداد النفسي ومدى قابلية الفرد للإصابة بالمرض ، نتيجة وجود إنزلاقات سيكومترية أو تثبيات تخص مرحلة من مراحل النمو (الفمية ، أو الشرجية ، أو الأوديوية) حسب نظرية "جون بارجوري" ، وذلك بسبب وجود إحباطات أو صدمات قوية وأساسية ، فتتشكل هذه البنية وتكون كامنة ، وعندما تتوفر العوامل المثيرة أو المساعدة (les facteurs déclenchant) يمكن أن تصبح البنية النفسية المرضية اضطراب نفسي حقيقي.

المعالج التقليدي : هو الممارس لمهنة الطب الشعبي أو التقليدي وله عدة تسميات :

الطَّالِب : جمع "طُلبه" ويسمى أيضا بـ "الفقيه" ، وهو الممارس لمهنة العلاج التقليدي، وقد زاول دراسته بالكتاتيب القرآنية المنتشرة عبر أنحاء الوطن ، ويعتمد في علاجه على كتابة آيات ، أو جداول ، أو طلاس غير مفهومة ، ويُعتَقَد أنها أسماء للجن الذي يسخره .

الرَّاقِي الشرعي : جمع رقاة ، وهم فئة من المعالجين لا يستعملون إلا الآيات القرآنية والأدعية النبوية للعلاج، يقرؤونها في إناء به ماء ثم يشرب منه "المسحور" أو "الممسوس" أو "المعيون" ، وتسمي هذه العملية بالرقية الشرعية.

العجوز(العجائز) : تستعمل في العلاج بعض الطقوس، أو الأعشاب ، أو العقاقير الطبية ، وكذا زيارة الأضرحة ، وقد تلجأ إلى "الطُّلبه" أحيانا .

القَلَاع(ة) : وهو من يقوم بفك السحر ، ويستعمل في ذلك بعض الوسائل كإذابة الرصاص في الماء ، أو المفاتيح ، أو الخيط والذي يسمى بخيط "النيرة".

الشَوَاف(ة) : وهو من يقوم بالكشف عن الطالع أو المستقبل سواء بورق اللعب "الكارطة" ، أو الرمل... إلخ.

المؤشرات الايجابية للصحة النفسية : يعرفها إجرائيا " عبد المطلب القريطي " و " عبد العزيز سيد الشخص" في مقياس "الصحة النفسية للشباب " المستخدم في هذه الدراسة ، بأنها : " تمتع الفرد ببعض الخصائص الايجابية التي تساعد على حسن توافقه مع نفسه ومع بيئته (الاجتماعية أو المادية) ، وكذلك تحرره من تلك الصفات السلبية أو الأعراض المرضية التي تعوق هذا التوافق " .

تقدير الذات : يرتكز كمفهوم إجرائي في مقياس تقدير الذات لـ "عبد العزيز الدريني " و " محمد أحمد سلامة " سنة 1983 ، والذي قام بتعديله " إبراهيم بن محمد بلكيلاني " سنة 2008 ، وهو المستخدم في هذا البحث على تقدير الفرد لأهمية كل مجال من المجالات التالية على حدة (الصحة الجسدية ، والصحة النفسية ، والقدرات العقلية ، والهئية والمظهر الخارجي ، والعلاقات بالأسرة ، والعلاقات بالأصدقاء ، وتحقيق السعادة ، والاستمتاع بوقت الفراغ ، وتكوين الفلسفة الشخصية ، وتحقيق الأهداف) ، وتقدير الفرد لنفسه في كل مجال ويتجسد ذلك في المعادلة التالية :

$$\text{تقدير الذات} = \frac{\text{مج أ} \times \text{ب}}{\text{مج أ}}$$

حيث تمثل (أ) درجة تقدير الفرد لأهمية كل مجال ، وتمثل (ب) درجة تقديره لنفسه في ذلك المجال المعين .

الاضطرابات الانفعالية و المزاجية : مجموعة من الاضطرابات النفسية تمس الانفعال والمزاج ، بحيث يقاس كل اضطراب انفعالي ومزاجي من خلال المشاركة وحصول الفرد على الدرجات في كل مقياس فرعي من قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصائية (الانفعالية والمزاجية) ، والتي قام بتعريبها وإعدادها "محمود أبو النيل" سنة 2001 ، والتي حددت في ستة اضطرابات وهي :

عدم الكفاية: يعكس ضعف الأداء الوظيفي للفرد مصحوب بالارتباك ، والحيرة ، ومشاعر نقص الخبرة في الحياة العامة ، والخمول ، والاتكالية .

الاكتئاب: يتمثل في الشعور العام بالعزلة ، والحزن المصحوب باليأس، والتشاؤم، والملل السريع من كل شيء ، والرغبة في الانتحار.

القلق: هو شعور عام ، وغامض، وغير سار بالتوقع، مع الإحساس بالخوف ، و الاستياء ، والضجر، والشعور بالتعب لأقل مجهود ، وضعف التركيز، وسرعة الانفعال والتوتر.

الحساسية: شعور عام بالحساسية الزائدة ، والخجل، وتوقع الأذى من الآخرين ، وسرعة الغضب والانفعال.

الغضب: يعبر عن حالة من الشعور العام بالاهتياج ، والاستثارة الزائدة ، والانفعالات الحادة ، وغالبًا ما يكون مصحوبًا بعدوانية مباشرة أو غير مباشرة .

التوتر: يتمثل في العصبية الشديدة ، وارتجاف الأطراف، والخوف الشديد.

ثامننا - حدود الدراسة .

1 - حدود الدراسة الموضوعية :

حدد هذا البحث بدراسة البنية النفسية المرضية لثلاث حالات أثبت المعالج التقليدي أنها تعاني سواء من "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، وذلك بالاعتماد على المنهج العيادي المتمثل في "دراسة الحالة" ، باستخدام مختلف الأدوات والوسائل العيادية من ملاحظة ، ومقابلة ، والاختبارات النفسية المذكورة في أدوات البحث .

كما حددت بدراسة الصحة النفسية ، الاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، ومستوى تقدير الذات لـ(45) حالة مشتركة ما بين "المس" ، و"السحر" ، و"العين" ، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي المتمثل في الدراسة الإحصائية ، وباستخدام مختلف الأساليب الإحصائية كالمتوسطات ، والانحراف المعياري ، والنسب المئوية ، وتحليل التباين ، وغيرها من الأدوات المذكورة سابقا .

2- حدود الدراسة المكانية :

يقتصر هذا البحث على دراسة الحالات المذكورة (العيادية والإحصائية) بمواصفات عينة البحث ، وذلك على مستوى الغرب الجزائري .

3- حدود الدراسة الزمانية :

يقتصر هذا البحث على دراسة الحالات المذكورة (العيادية والإحصائية) بمواصفات عينة البحث ، خلال السنة الدراسية 2012 / 2013 م .

الفصل الثاني : البنية النفسية المرضية.

تمهيد .

أولاً. مفهوم البنية النفسية المرضية .

1. مفهوم البنية لغة .

2. مفهوم البنية اصطلاحاً .

3. مفهوم البنية في علم النفس المرضي .

ثانياً . تكوين بنية الشخصية .

ثالثاً . مكونات بنية الشخصية .

1. مستوى نكوص الليبدو والأنا (التثيت) .

2. نوع القلق .

3. العلاقة بالموضوع .

4. طبيعة الصراع .

5. الآليات الدفاعية الأساسية .

رابعاً . البنيات الأساسية للشخصية .

1. البنية العصابية .

2. البنية الذهانية .

3. التنظيم الحدي (البني) .

تمهيد :

يتناول هذا الفصل البنية النفسية المرضية ، حيث يتضمن مفهوم البنية النفسية لغة واصطلاحا ، ومفهومها في علم النفس المرضي ، وذلك بطرح مختلف وجهات النظر المحللة لهذا المفهوم ، وكيفية ومراحل تشكل بنية الشخصية ، ومكوناتها ، والبنيات الأساسية للشخصية ، والمتمثلة في البنية العصابية ، والبنية الذهانية ، والتنظيم الحدي أو البيئي ، مع رسوم وأشكال توضيحية لمختلف هذه البنيات.

أولاً- مفهوم البنية النفسية المرضية (La structure psychopathologique).

1 - مفهوم البنية لغة:

يذكر (ابن منظور، 1119: 79) أن كلمة بنية تشتق من الفعل "بنى"، والذي يدل على معنى التشييد والعمارة والكيفية التي يكون عليها البناء.

وفي النحو تتأسس ثنائية المعنى والمبنى على الطريقة التي تبنى بها وحدات اللغة العربية ، والتحويلات التي تحدث فيها ، فالزيادة في المبنى زيادة في المعنى ، وكل تحول في البنية يؤدي لتحول في الدلالة .

2 - مفهوم البنية اصطلاحا :

يرى "جون بياجيه - J.piaget" في (عبد الحميد وحسن علي ، 2007 :2) أن البنية هي: "نسق من التحويلات يحتوي على قوانين خاصة ، وهذا النسق يظل قائما ويزداد بفضل الدور الذي تقوم به هذه التحويلات ، ودون أن يكون من شأن التحويلات أن تخرج عن حدود ذلك النسق " .

ويعتبر البعض بأن : " موضوع البنيوية هو كل هذه الأشياء المحسوسة أو المتصورة أو المدركة ، وأن التصور البنيوي للأشياء هو الذي يمنح البنيوية طابعها الشمولي.. بمعنى استغراقها لتلك الأشياء تصوريا " .

والبنية حسب (بدره معتصم ميموني ، 2005 : 57) هي: "نوع من التركيب الخاص بالكائنات أو الأجسام ، ونوع التركيب هو الذي يعطي نوع البنية".

كما تذكر أن البنية عند الجشطالتيه هي: "مجموع لا يتجزأ مدرك كلياً من طرف الفرد ، وليس للجزء معنى إلا بالكل".

3 – مفهوم البنية في علم النفس المرضي :

يعرف "جون.بارجوري – J.Bergert" البنية النفسية في (بدره معتصم ميموني، 2005 : 57) بقوله: "البنية هي تنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتاسيكولوجية (*Elément métapsychologique*) أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية".

كما يرى في (نفس المرجع السابق : 57) أن "فرويد . S.Freud" حاول إعطاء مفهوم للبنية من خلال قوله : "إذا سقط بلور من الكريستال ، فإنه لا ينكسر بأي حال من الأحوال ، بل حسب خطوط الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه ، وهي خاصة بكل جسم ، وهذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور ، أو يوضع تحت جهاز خاص ، وبالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المدرج".

وقد ربط "بارجوري" في (عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة ، 2008 ، ج1: 37) مفهوم البنية في إطار علم النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء واللاسواء ، مركزاً على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما ، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سوياً وينتكس ، ودون أن يناقش بالضرورة وضعه السوي السابق ، بشرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي (*anaclitique*) ، لأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة.

كما يرى أن تشخيص السواء يتطلب فحصاً للطريقة التي يتلاءم بها الشخص مع بنيته النفسية الخاصة ، فمفهوم السواء لديه يتعلق "بحالة التلاؤم الوظيفي الناجح ضمن بنية ثابتة فقط ، سواء كانت عصائية أو ذهانية ، في حين تناسب المرضية انقطاعاً ضمن نفس الخط البيوي".

ويتفق "بارجوري" في (نفس المرجع السابق : 38) مع فرضية "ر. دياتكين . *Diatkine.R* " القائلة بأن : "مفهوم السواء يجب أن يكون مستقلا عن مفهوم البنية ، لذلك فإن الفرد بإمكانه أن يكون سويا دون أن يبلغ المستوى الأوديبى ، بشرط أن يكون قد حقق بنية مؤكدة ، فالبنية ذات النمط الأوديبى ، يجب أن تصنف ضمن مستوى أعلى من التنظيم البنيوي الذهاني".

إذ يعمل "بارجوري" حسب (المرجع نفسه : 38) بمفهوم **الطبع** ، الذي يشكل حسبه "الصدى العلائقي الغير مرضي للبنية" ، والذي يفترض أن : " أي تنظيم بنيوي للشخصية يمكن أن يتجلى في الحياة العلائقية ، سواء على شكل عناصر للطبع في حالة التكيف السوي ، أو على شكل أعراض في حالة اللاتكيف والمرض" .

كما يعمل أيضا بمفهوم **سمات الطبع** ليعين أنه في : "حالة وجود نقص في البنية القاعدية ، لا يبدو الطبع في حد ذاته مجهزا لإنجاز مهمته العلائقية بطريقة متكيفة ، لذا يلجأ الأنا إلى سمات الطبع كوسيلة نجاة من الاضطرابات ، فهي تمثل إذن عمليات طبيعية إضافية ، والتي تظهر سواء في عناصر دفاعية (سمات طبع بنيوية) ، أو في عناصر نكوصية (سمات طبع نزوية) ، وعليه فإننا نجد سمات الطبع تساهم في الإجراءات الوظيفية ، سواء لبنية ما مندرجة في حالة السواء ، أو لبنية أخرى نجدها في حالة معروفة على أنها مرضية" .

ويشير "بارجوري" في (عبد الرحمان سي موسي، 2008: 39) أنه قد استخلص من خلال تطرقه للسواء المرضي من أعمال فرويد أن : " الهوة لا تكون بين الأسوياء من جهة والمرضى (العصابيين والذهانيين) من جهة أخرى ، بل تكون بين العصبيين والأسوياء في كفة واحدة من جهة ، ومجموعة (غير الأسوياء) التي تضم بقية الأفراد في كفة من جهة أخرى ، وهي التي وصفت بالذهانيين وما قبل الذهانيين على اختلاف أنماطهم ، بما فيها الحالات الحدية ، والطبعية ، والانحرافية".

وعلى هذا الأساس فإنه قد قابل بين ما سماه البنيات الحقيقية (العصابية والذهانية) ، مع أو بدون هيئة مرضية ، وبين التنظيمات البسيطة الهشة التي تصارع ضد الاكتئاب ، وذلك بواسطة الحيل الطباعية أو السيكوباتية المتنوعة والمسماة بـ "شبه السوية" .

ويقترح أيضا "بارجوري" في (نفس المرجع السابق : 39) مفهوم الانتكاس (Décompensation) ، والذي يعتبره : " انقطاع للتوازن الأصلي الذي أقيم بين الاستثمارات النرجسية والموضوعية ، وذلك في إطار إعداد خاص وضمن بنية قاعدية مستقرة " .

فهو يعتبر في (المرجع نفسه : 39) أن : " استقرار البنية يحدد تطورا خطيا لتنظيم نفسي إما عصابي أو ذهاني ، ويكون معوضا بنجاح عن طريق التسوية في إطار نفس الخط ، وإذا لم يسعفه التماسك بين تلك الاستثمارات النرجسية والموضوعية ؛ ينتكس الفرد في إطار ذلك الخط العصابي أو الذهاني " .

ويدقق "كورنو - J. Cournut " في (المرجع نفسه : 40) في مفهوم البنية معتبرا إياها : " كيفية لبناء الأنا في انبثاقه عن الهو وتحت رقابة الأنا الأعلى ، لذلك فهي توصف بمفهوم موقعي وبالتطور السابق ، أي أنها ثابتة ومكتسبة ، وعليه يكون التوظيف النفسي في حالة دينامية واقتصادية ، بما أنه يحدد كيفية سير تلك البنية في حركية وضمن الحالة الراهنة للأفراد " .

ولكن "شابير - C. Chabert " تنتقد في (عبد الرحمان سي موسي، 2008: 40) مفهوم التنظيم النفسي الخطي الذي اقترحه "بارجوري" انطلاقا من اعتبارها أن : " البنية كطاقة كامنة للتحويلات تفسح المجال لإمكانية إنزلاقات سيكومرضية من خط لآخر ، ودون أن تشمل ديناميكية التغير النفسي ، لذا فإن حركات التنظيم والاختلال (أي السواء واللاسواء) ، لا تندرج في محور وحيد ، بل تنتشر على عدة سلاسل تطويرية ذات علاقة فينا بينها ، وتبقي المسافة ضيقة بين البنية التي تحدد التطور، والظرف (conjoncture) الذي يقرب البنية " .

وبذلك تعتبر "شابير" أن هدف التناول البنيوي هو: " التحكم في دينامية التوظيف العقلي الذي يعتبر كنتاج لتجمع أنظمة محدد بعدد من العمليات والأفعال ، ومرتبطة ببعضها البعض عن طريق شبكات منفردة " .

ثانيا - تكوين بنية الشخصية :

يتطرق "ج.بارجوري" في (بدرة ميموني معتصم ،2005: 57) إلى مراحل تكوين البنية ويشرحها كالتالي :

- المرحلة الأولى : تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفسي جسدي ، ولكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجيا مع خروجه من الهو، وهذا تحت تأثير النضج ،والعناية ،والعلاقة مع الأم ، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة ، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت كما يقول "فرويد" .

- المرحلة الثانية : يتطور الليبدو ويتقدم في سيرورته ، وتتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية ، والأنا يتطور ويستعين بالآليات الدفاعية ، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره ، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية ، وهنا يتطور الليبدو ويتقدم تبعا ل :

- العلاقات مع الوالدين ، وخصوصا الأم ثم العلاقات مع أفراد المحيط.

- تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصددمات وتقمصات إيجابية.

- تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية.

- تنتظم تدريجيا نفسية الفرد ، وتصنف حسب العناصر الأولية ، فتنتج منظمة داخلية ذات خطوط انشطار وتلاحم ، والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد.

- المرحلة الثالثة : مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير في توجهها الأساسي ، ما دام صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحباط أساسي أو صراعات قوية... إلخ) ، فيبقى ذا بنية عصائية أو ذهانية سوية ، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخا في البنية ، وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها.

فالبنية العصابية يتمركز الصراع فيها ما بين الأنا والنزوات ، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرت الدفاعات القديمة ، وتوجد ما بين هاتين البنيتين ، ما يعرف بالتنظيمات الحدية أو البينية ، وتضم الأمراض السيكوسوماتية والسيكوباتية والانحرافات . وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات (organisation) قابلة للتغير ، وليس كبنية ثابتة لأنها ممكن أن تتطور إلى مسار الذهان أو العصاب.

ثالثا – مكونات بنية الشخصية :

تحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية ، حسب ما تشير إليه (بدرة ميموني معتصم ، 2005: 58) بخمسة أبعاد ، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات:

1 – مستوى نكوص الليبدو والأنا (التثبيت) .

▪ البنية الذهانية : النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى ، والأنا ينكص إلى مرحلة اللاآتمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفا ، فهو لا يلعب دور الوسيط ، فيقع تحت سيطرة الهو.

▪ البنية العصابية : يرجع نكوص الليبدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية ، مثل ما هو في (العصاب الاستحواذي) ، وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية ، الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.

▪ التنظيم البيني : يرجع النكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية ، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي ، الأنا تمايز لكن مازال اتكاليا ، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي (intégrité) ، مما يؤدي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

2 – نوع القلق .

▪ البنية الذهانية : هو قلق التجزء ، والتفكك ، واليأس ، والتلاشي ، والموت ، لأن الأنا تفكك وانشطر بعدما كانت وحدة الأنا متماسكة.

- البنية العصابية : مهما كان نوع العصاب ، فإن قلق الإخصاء (Castration) هو المسيطر على هذه البنية ، أو قلق الإثم والخطأ ويُعاش في الحاضر ، وهو مُرَكِّز على ماضي شهواني (Erotisé).
- التنظيم البيئي : هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيار.

3 - العلاقة بالموضوع .

- البنية الذهانية : نجد علاقة نرجسية كاملة ، لأنها مدمجة في نرجسية الألم ، وتؤدي إلى التوحد (L'autisme) ، والانطواء والتخلي عن الموضوع ، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد من خلال الهذيان والهلوسة ، فهي إذن علاقة أحادية حيث يعتقد أنه وأمه شخص واحد.
- البنية العصابية : علاقة ثلاثية تناسلية : " طفل - أم - أب "
- التنظيم البيئي : علاقة ثنائية إتكالية : " طفل - أم " وليست اندماجية.

4 - طبيعة الصراع .

- البنية الذهانية : يكون الصراع بين الهو والواقع ، ولا يكون بين الأنا والواقع ، لأن أنا الذهاني غير موجود أو بدائي ، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يرفض سيطرته.
- البنية العصابية : يكون الصراع جنسي بين الأنا الأعلى والدوافع " رغبات ونزوات " ، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلق الإخصاء.
- التنظيم البيئي : يكون الصراع بين مثال الأنا والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي ، أما الأوديب لم يلعب دوره المنظم ، ويبقى ذو طابع نرجسي مع قلق فقدان الموضوع والتهديد بالانهيار.

5 - الآليات الدفاعية الأساسية .

- البنية الذهانية : النفي (Deni) أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.

▪ البنية العصائية : هنا الآليات متطورة أهمها : الكبت والتحويل.

▪ التنظيم البيني : ازدواج الصورة الهوامية (dédoublement des imagos) ، مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزئين :

- الأول : تقدير وفهم صحيح للواقع ، ويعني ذلك تكيف صحيح.

- الثاني : تقدير مثالي للواقع ، وفي نفس الوقت نفي له.

فازدواج الصورة الهوامية لا يعني تجزأ للواقع ، بل هو نوع من الدفاع ضد تحديد التجزأ ، وفي هذا الشأن يقول "فرويد" في (نفس المرجع السابق: 60) : " لكي لا يتجزأ الأنا (se déforme) فإنه يعوج ويتشوه دون أن ينكسر".

ويشرح "بارجوري" (J. Bergeret , 1974 : 140) في الجدول التالي المكونات الأساسية لبنية الشخصية :

الجدول رقم (1) : يبين المقارنة بين البنيات الأساسية للشخصية.

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانيزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوي نكوص الليبدو والأنا (التثبيت)
البنيات العصائية	الأنا الأعلى	الأنا الأعلى مع الهو	من الإحشاء	الكبت ، والعزل والتكوين العكسي	تناسلي	المرحلة الأوديبية
البنيات الذهانية	الهو	الهو مع الواقع	. من التفكك . من الموت . من الفناء	. نفي الواقع . ازدواج الأنا	إندماجي	المرحلة الفمية
التنظيمات الحدية	مثال الأنا	مثال الأنا مع : الهو والواقع	من فقدان الموضوع	. ازدواج الصورة الهوامية ، والإنشطار	إتكالي	المرحلة الشرجية

ومما سبق يظهر جليا أن البنية لا تكتمل نهائيا إلا بنهاية مرحلة المراهقة ، فالنسبة للطفل لا نتكلم عن بنية ذهانية أو عصابية ، بل عن تنظيمات ذهانية أو عصابية قابلة للتغيير ، وذلك بفضل عدة عوامل داخلية وخارجية.

ومع ذلك نستطيع أن نستفيد من مفهوم البنية عند الطفل ، لأن الاضطراب عند الطفل والمراهق يبين للنفساني خطوط الضعف والقوة في نموه ، فإذا ظهرت عند الطفل أعراض ذات طابع عصابي ، فهذا لا يعني بالضرورة أنه سيكون عصابي أو ذا بنية عصابية ، ولكن يمكن وهو في سيرورة النمو أن: - يشفى وهذا بفعل الإمكانيات التطورية الهائلة التي يملكها.

- يطور عصابا منظما على أساس بنية عصابية منظمة.

- ينكص أكثر مع رداء الظروف الداخلية والخارجية ، ويطور ذهانا أو بنية ذهانية.

ويشير "بارجوري" في (بدرة ميموني معتصم ، 2005: 61) أنه في المراهقة يمكن لتنظيم ذهاني أن ينقلب إلى تنظيم عصابي ، وذلك بفضل علاجات نفسية معمقة ، كما أن العديد من الاضطرابات تأخذ طابعها النهائي في المراهقة ، مثل عصاب الوسواس القهري والفصام (ذهان المراهقة والشباب).

إذن فمفهوم البنية في الطفولة والمراهقة يساعد على التبصر بخطورة الاضطرابات ، وأهمية التشخيص المبكر والعلاج ، وذلك لكي لا تترسخ وتتطور الاضطرابات فيما بعد .

رابعا - البنيات الأساسية للشخصية :

توجد ثلاث بنيات نفسية مرضية أساسية للشخصية وهي : البنية العصابية ، والبنية الذهانية ، والتنظيم الحدي أو البيني ، والتي سنحاول شرحها فيما يلي :

1 - البنية العصابية (La structure névrotique):

عند الولادة يكون المولود الجديد في مرحلة اللاآتمايز النفسي الجسدي ، ثم يمر بتطور عادي في مرحلة

الطفولة الأولى ، ولكن الخلل يحدث في المرحلة القضيبيية ، إذ لا يستطيع الطفل حل الصراع الأوديبي .
فالفترة المسؤولة عن هذه البنية عند الذكر حسب "ج.بارجوري" (J. Bergeret , 1982 :191) ،
تعود إلى نهاية المرحلة الشرحية (القبض أو الاحتباس - rétention) ، ونتيجة للصراع الأوديبي
وتغيراته ؛ تحدث تثبيبات قوية أو نكوصات جد مهمة .

الأنا سيكون قبل تنظيمي بطريقة ثابتة ونهائية ، وذلك حسب نظام علائقي ودفاعي للشكل
العصابي ، أي يمكن أن يكون للفرد استعداد عصابي لكن لم يتم بعد .

في هذه اللحظة الصراعات الداخلية والخارجية تبدو أكثر حدة ، والأنا وصل تقريبا إلى إفساد
العلاقة الإيجابية ، كما أنه لجأ إلى استعمال أنظمة دفاعية علائقية أكثر إتكالية ، والتي تجاوزت التوفير
البيسط للغرائز - الأنا الأعلى .

هذا التنظيم لا يستطيع التغير بعد ذلك إذا تعرض صاحب هذا الخط للمرض ، وبالتالي لا يمكن
أن يشكل إلا واحدة من هذه العصابات المعتادة : هستيريا القلق ، أو التحول ، أو العصاب
الوسواسي .

والشكل رقم (1) في (المرجع نفسه :192) ، يوضح أكثر كيفية تشكل البنية العصابية .

2 – البنية الذهانية (La structure psychotique):

يشير "بارجوري" في(نفس المرجع السابق :189) أن الباحثين المعاصرين يرون أن البنية الذهانية
موسومة عند نقطة الانطلاق بمجموعة من الإحاطات المبكرة ، والتي تعود في الأصل إلى العلاقة بالأم
، فالأنا تعرض إلى تثبيبات أساسية ونكوصات مهمة ، وتكون ما قبل تنظيمية على هذا المستوى
وبصفة ذهانية.

ويحدث هذا أثناء المرحلة الفمية ، أو أثناء الجزء الأول من المرحلة الشرجية (Phase de réjection anale) ، صيغة هذا التنظيم تتعرض لصمت متطور أثناء مرحلة الكمون ، فيحدث توقف للتطور البنيوي.

وقدوم مرحلة المراهقة يفجر ويخرج كل الاضطرابات والتشوهات البنيوية ، فتحدث تغيرات واضطرابات معتبرة ، والتي تعرف على المستوى البنيوي.

في هذه اللحظة الكل يصبح محل تساءل ، والفرد يملك حظا قليلا أن يرى محور تطور أنه ، ويترك الخط الذهاني الذي لم يكن مثبت بالكامل ، و الذي سوف يجمد تطوره القادم في إطار البنية العصائية ، في هذه اللحظة الأخيرة يمكن في حالة المرض إعطاء ميلاد عصاب كلاسيكي من النوع المهستيرى أو القهري.

أثناء مرحلة المراهقة وفي أغلب الحالات ، الأنا قبل التنظيمي ذهانيا يكمل ببساطة تطوره في صميم الخط الذهاني ، والذي كان موجودا فيه من قبل ، وملتزما بطريقة كافية ، وسينتظم بطريقة نهائية تحت شكل البنية الذهانية حقيقية ومستقرة.

وإذا وقع الفرد تحت المرض أي "انكسر الكريستال" بسبب حادث داخلي أو خارجي ، يمكن أن نرى بروز الذهان بعدة أشكال حقيقية ، ولكن بدون احتمال مرضي آخر.

والشكل رقم (2) في (المرجع نفسه :190) ، يوضح أكثر كيفية تشكل البنية الذهانية.

ج - التنظيم الحدي (Aménagement limite) :

يقع التنظيم الحدي ما بين البنية العصائية والبنية الذهانية ، إذ يؤكد "بارجوري" (J. 1982 :193 Bergeret) أن الأنا يكون متجاوزا وبدون عوائق ، في حين تُحدث إحباطات السن الأول تثبيطات ما قبل ذهانية ملتصقة ومؤسفة ، وأثناء الاستعداد للتطور الأوديبي العادي ، يتعرض الفرد لصدمات نفسية مهمة.

تأخذ هذه الصدمة طابع عاطفي وجداني ، بحيث تكون مسؤولة عن إحداث هياج أو ثورة غريزية ، والتي تظهر على شكل أنا غير منتظم وغير ناضج على مستوى التجهيز (équipement) ، والتكيف ، والدفاعات (les défenses).

ونأخذ مثال على ذلك ، في حالة الإغواء الجنسي من طرف راشد ، فإن الطفل يكون مشبع في هذه اللحظة وبشكل جد مبكر ، وجد عنيف ، وجد مكثف بعلاقته بالمعطيات الأوديوية ، وهذا التأثير أو الهياج التناسلي (émoi génital) المبكر يشكل صدمة عاطفية حقيقية.

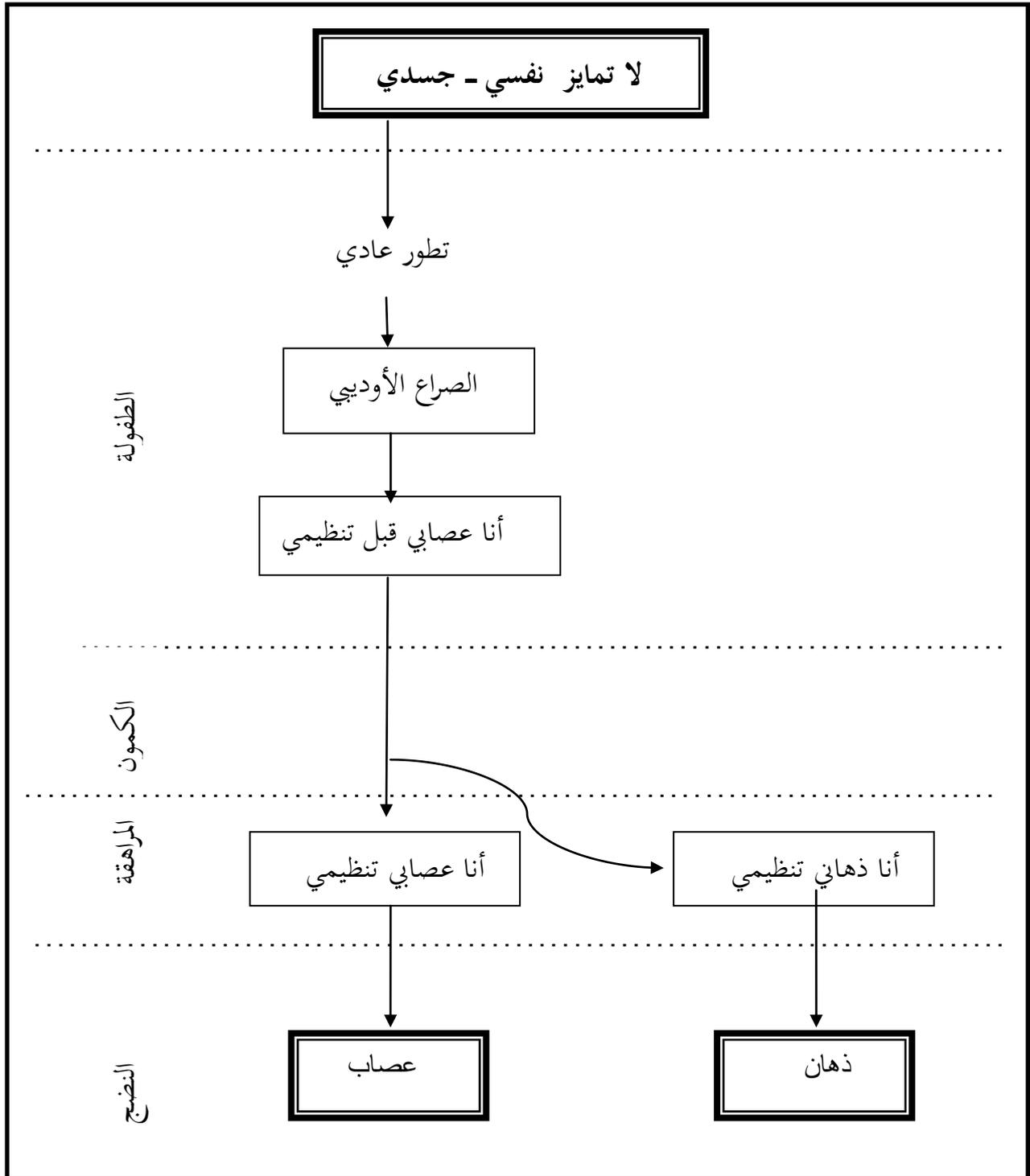
تلعب هذه الصدمة دور المفسدات الأولى للتنظيم (premier désorganisateur) وللتطور النفسي للفرد ، فهي تبقى عالقة ومتوقفة في حقل التطور الليبيدي ، و الشكل رقم (3) في (المرجع نفسه : 194) ، يوضح أكثر التشكل التنظيمي الحدي.

هذا التطور يشاهد في الحال ، وأحيانا لمدة جد طويلة ، فيدخل الفرد في شبه كمون (pseudo-latente) جد مبكر وجد مستمر من الكمون العادي.

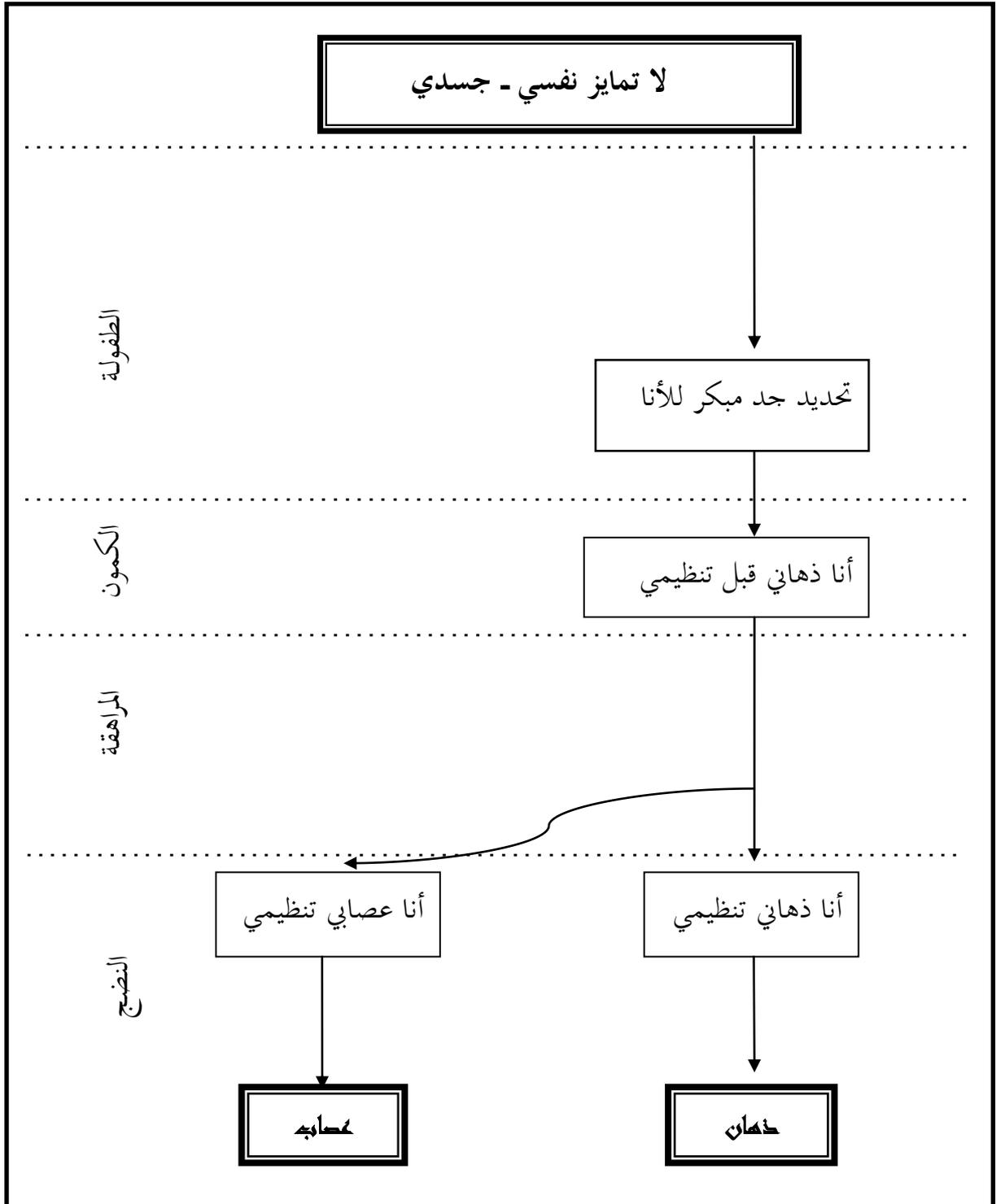
يشكل شبه الكمون المبكر تأثير كبير ، ويكون المسؤول على سيرورة المراحل اللاحقة ، خصوصا مرحلة الثوران والغليان العاطفي والوجداني المعروفة في المراهقة ، إضافة إلى عدم النضج العاطفي فيتشكل ما يسمى بـ "الجذع التنظيمي المشترك" للحالات الحدودية.

ولا يمكن اعتبار هذا الجذع المشترك كبنية حقيقية ، بمعنى البنية الذهانية أو العصابية ، فبأخذ المعايير العيادية للتثبيت ، والصلابة في الأنواع ، والخصوصية النهائية لأي تنظيم ؛ فالحالات الحدودية تقع في وضعية "منتظمة" ، ولكنها ليست مثبتة بنيويا ، فهي عبارة عن جهد بسيط نسبيا غير مستقر ، ومكلف بالنسبة للأنا ، والذي يقع بين خطين كبيرين للبنيات الحقيقية ، الأول (الخط الذهاني) ، والذي يكون متجاوز ، أما الثاني (الخط العصابي) ، فلا يمكن أن يصاب من حيث التطور الغريزي ونضج الأنا.

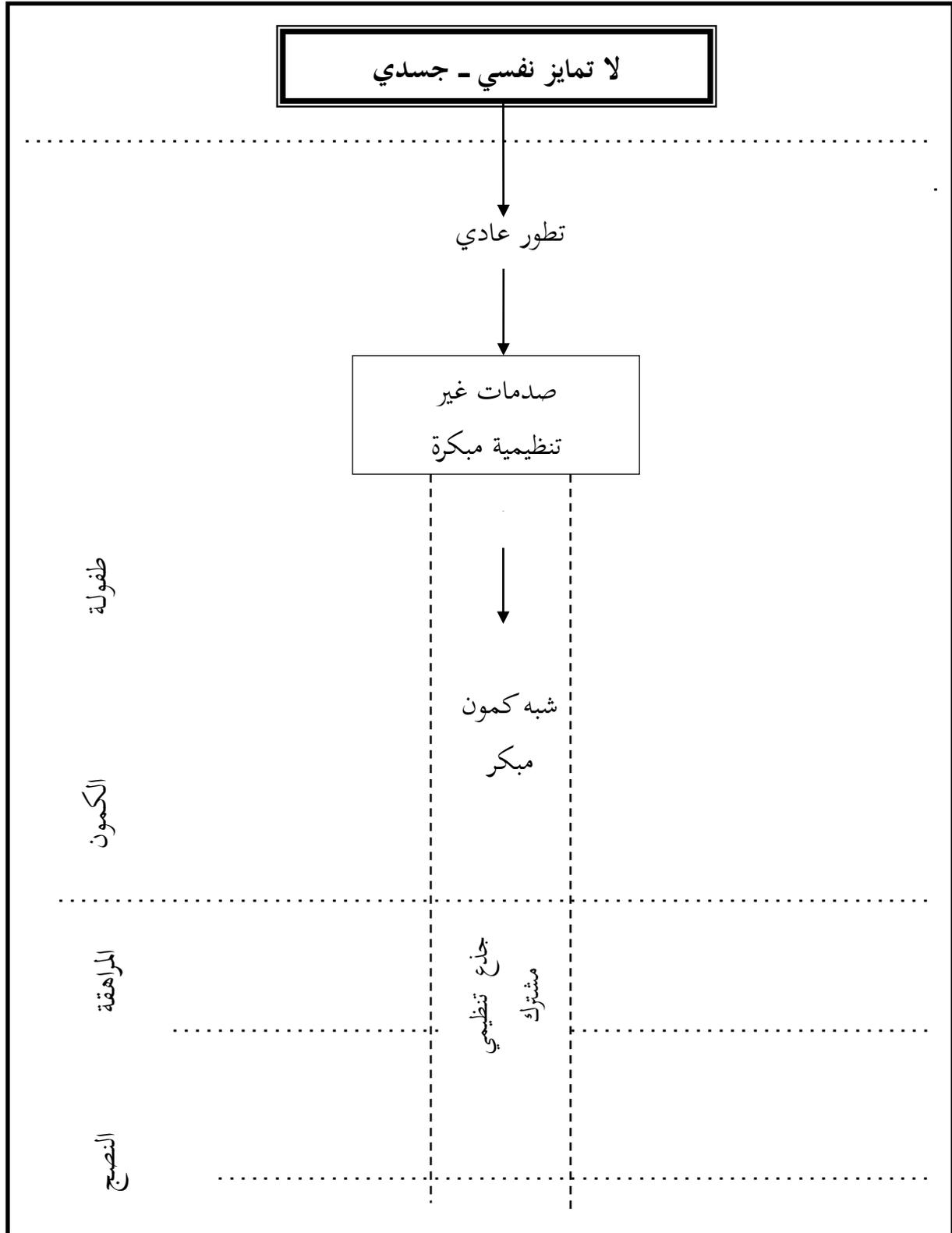
وأخيرا الشكل رقم (4) في (نفس المرجع السابق : 199) ، يوضح تطور أشكال التنظيمات الثلاثة.



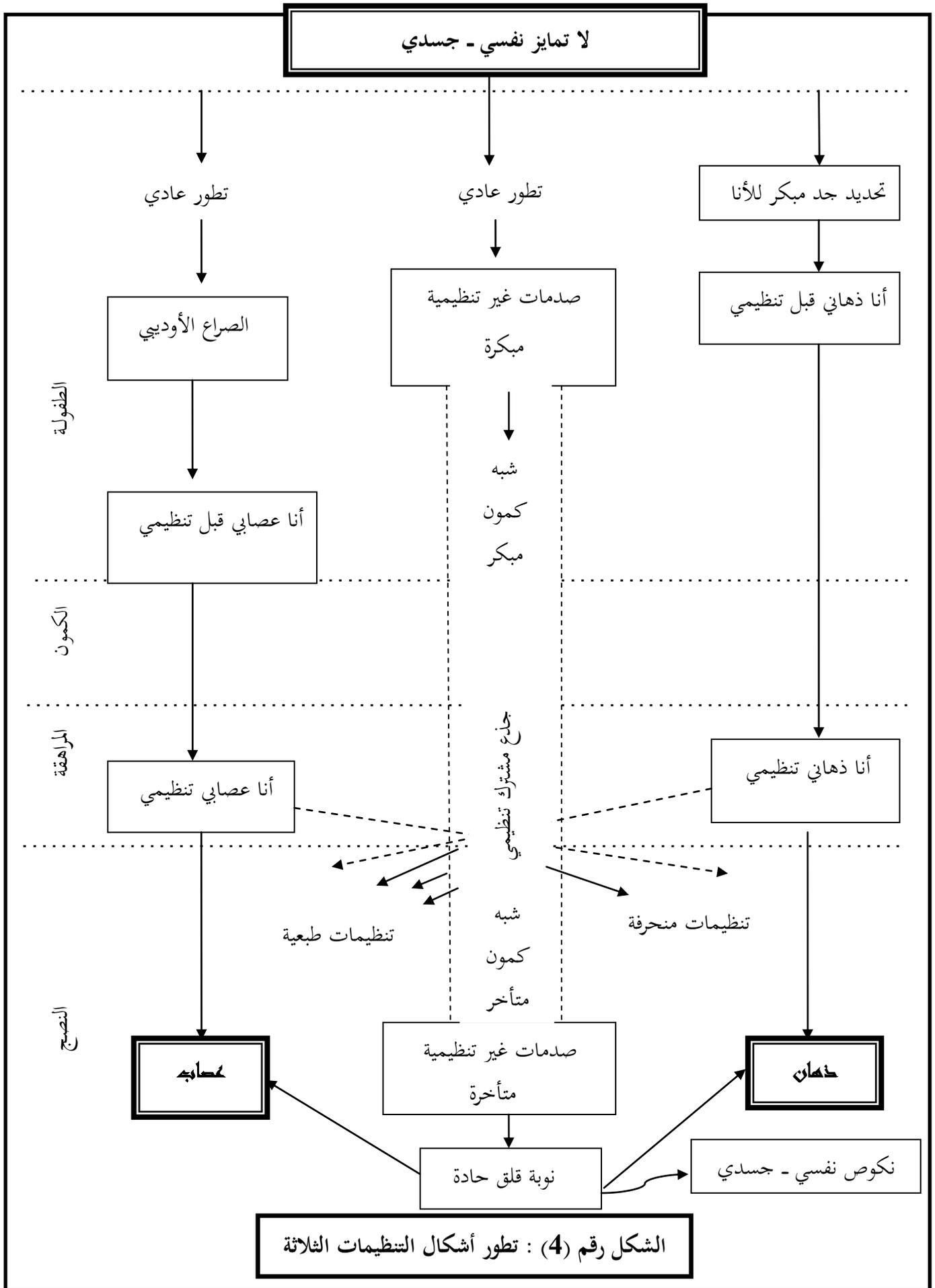
الشكل رقم (1) : الشكل البنائي العصابي.



الشكل رقم (2) : الشكل البنائي الذهاني .



الشكل رقم (3) : الشكل التنظيمي الحدي



الفصل الثالث :

المحددات الثقافية الشعبية ودورها

في تشكيل الاضطراب النفسي.

تمهيد .

أولاً. المحددات الثقافية الشعبية .

1 . تعريف الثقافة الشعبية .

2 . خصائص الثقافة الشعبية .

3 . المحددات الثقافية للشخصية الجزائرية.

أ . الدين .

ب . اللغة .

ج . المعتقدات الشعبية .

ثانياً . الخرافة والتفكير الخرافي .

1 . تعريف الخرافة والتفكير الخرافي .

2 . كيفية تكون الخرافات .

3 . أسباب انتشار الخرافة .

4 . صفات الشخص الخرافي .

ثالثاً . المعتقدات الشعبية الخرافية ودورها في تشكل الاضطراب

النفسي.

تمهيد :

يتناول هذا الفصل المحددات الثقافية الشعبية ودورها في تشكيل الاضطراب النفسي ، حيث يتضمن أولا المحددات الثقافية الشعبية عن طريق تعريف الثقافة الشعبية ، وتحديد أهم خصائصها ، ثم التطرق إلى المحددات الثقافية للشخصية الجزائرية ، والتي تتمثل أساسا في الدين ، واللغة ، والمعتقدات الشعبية ، والتي تمت دراستها من حيث المفهوم ، والخصائص ، والتصنيفات والتي تظم "المس" في المعتقد الشعبي ، و"السحر" في المعتقد الشعبي ، و"العين" في المعتقد الشعبي .

ويتضمن هذا الفصل أيضا تعريف الخرافة والتفكير الخرافي ، وكيفية تكون الخرافات ، وتصنيفاتها ، وأسباب انتشارها ، وصفات الشخص الخرافي ، وأخيرا المعتقدات الشعبية الخرافية ودورها في تشكل الاضطراب النفسي .

أولا – المحددات الثقافية الشعبية.

1 - تعريف الثقافة الشعبية :

يعتبر مصطلح الثقافة الشعبية مصطلحا مركبا من لفظين اثنين ، الثقافة والشعبية ، إذ يعرف "بولز - *F. Boas*" الثقافة في (سامية حسن الساعاتي ، 1983 : 35) قائلا : " الثقافة تضم كل مظاهر العادات الاجتماعية لجماعة ما ، وكل ردود أفعال الفرد المتأثرة بعادات المجموعة التي تعيش فيها ، وكل منتجات الأنشطة الإنسانية ، التي تتحدد بتلك العادات " .

أما مصطلح الشعبية فيعتبره (محمد بزيكا ، 1982 : 13) : "صفة مشتقة من مصطلح الشعب ، الذي ألهمها المادة والروح من حيث الطرح اللغوي والدلالي والرمزي ، والشعبية صفة لكل ما يصدر عن الشعب قولاً ، وممارسة ، وسلوكاً ، وتصوراً للحياة والأشياء ، ويندرج ضمن هذه الدائرة المعلوماتية لمفهوم الشعبية أيضا كل ما هو موجه للاستهلاك الشعبي سواء أكان ماديا أو معنويا".

2 - خصائص الثقافة الشعبية :

يذكر (جلال مدبولي ، 1979 : 123) أهم خصائص الثقافة الشعبية نشرحها فيما يلي :

■ **الإلزام** : هو ذلك التبع والالتزام بمجموعة المعايير والعادات وطرق التصرف ، التي تفرضها علينا الثقافة ، وذلك من خلال مراحل التنشئة الاجتماعية منذ الصغر .

■ **التلقائية** : إن الثقافة الشعبية عملية تلقائية وغير واعية ، لأن أساسها المحاولة العشوائية في سد وإشباع الحاجات الطبيعية الضرورية ، والتي تتحول مع الوقت إلى عادات فردية وجماعية ، والتي اعتبرها "دوركاييم" من نتاج العقل الجمعي ، فهي مستقلة عن غيرها من الظواهر الاجتماعية ، لأنها من صنع الأجيال السابقة .

■ **غير مدونة**: وهي مسألة طبيعية كون المجتمع لا يتصدى لبناء ثقافته الشعبية، وعاداته وتقاليده بعمل شعوري واعى لذلك هو لا يدونها، وإذا أردنا الوقوف عندها، فهي في الذاكرة الجماعية محفوظة ويتم تناقلها بدقة متناهية .

■ **الاستمرار والثبات** : نقصد بهذه الخاصية انتقال تلك الثقافة من جيل إلى جيل، دون تغيير أو تحريف في الأسلوب العام مع قابلية نسبية للتعدي ، وذلك تبعاً لظروف جديدة مبنية على فعاليات مقصودة .

■ **الجاذبية** : تبقى الثقافة الشعبية مقبولة ومرغوبة ؛ بالرغم مما فيها من إلزام وقهر ، فهي تنطوي على ما تواضع عليه أفراد الجماعة من أفعال سلوكية ، هذه الخاصية تفسر مدى اختلاف الثقافات باختلاف الجماعات ، بل وحتى ضمن المجتمع الواحد وذلك باختلاف العصور.

3 - المحددات الثقافية للشخصية الجزائرية :

تعتبر مقومات الشخصية الجزائرية ؛ محور أساسي في رسم الإطار الثقافي والاجتماعي لهذا المجتمع ، وفي رسم وحدة ثقافية بكل سلوكياتها ، وعاداتها ، ومعتقداتها ، والتي تُكون في أغلب الأحيان هوية هذا الشعب وهذا المجتمع ، وعلى الرغم من التباين الكبير في تركيبته الاجتماعية .

والشخصية كما يراها (تركي رابح ، 1975 : 23) هي نتاج للتفاعل الاجتماعي ، ومقوماتها تقوم جميعا على أسس ثقافية واجتماعية ، فلا يمكن دراسة الشخصية في معزل عن دراسة الثقافة والمجتمع .

فلقد اختلف الباحثون في العصر الحديث في تحديد المقومات الأساسية للشخصية الجزائرية ، إذ ذهب البعض كما يرى (ساطع الحصري ، 1959 : 25 - 26) إلى اعتبار اللغة المشتركة ، والتاريخ المشترك مقومين أساسيين ، كما أضاف آخرون حسب (أبو الفتوح ، 1965 : 74 - 75) مقومات أخرى إضافة إلى ما ذكر : الوحدة الدينية ، والمذهبية ، والثقافة المشتركة ، والموطن .

ومما لاشك فيه أن الثقافة تلعب دورا أساسيا في تكوين الشخصية الجزائرية ؛ لأن الشخصية القومية المشتركة هي في المقام الأول نتاج للثقافة المشتركة ، والثقافة هي الوسيلة الرئيسية والوحيدة في إبقاء حياة المجتمع وشخصيته ، فالثقافة لا تنشأ إلا بنشوء المجتمع ، والمجتمع لا ينشأ إلا على دعائم وهيكل مؤسسية وثقافية ، وهذا بالطبع لا ينقص من أهمية باقي المقومات ، لأنها جميعا تساهم في تكوين هذه الشخصية .

ويحدد(بن عبد الله محمد، 2010 :69) أهم المحددات الثقافية والاجتماعية التي تساهم في بناء وصقل الشخصية الجزائرية وصبغ خصائصها ، والتي تساعد في التعرف على العناصر العميقة لها ، وكذا تحديد خصوصياتها ومميزاتها عن باقي الشعوب ، والتي سنحاول شرحها باختصار فيما يلي :

أ - الدين :

يعتبر الدين أحد أهم الثوابت الثقافية والاجتماعية، والتي لم تتغير ولم تندثر رغم كل التقلبات الفكرية والتطورات العلمية ، ويعتبره (بن عبد الله محمد ، 2010 : 70) : " عنصر بارز من العناصر

المغذية للثقافة والمشكلة لعقل الإنسان ووجدانه ونفسيته وشخصيته " ، فهو السلاح الفعال لأحياء قيم العصر ومواجهة الفراغ الروحي والانحراف الأخلاقي .

إذ يؤكد "ابن خلدون" في (نفس المرجع السابق : 73) أن الدين عامل مهم في تقوية الجماعة ، ووسيلة مثلى لتنقيتها من الشوائب التي تعيق توحيد تعاونها وانسجامها .

فالإنسان يتأثر بثقافة المحيط الذي يعيش فيه ، والذي يتزعزع داخله ويطلع مزاجه ، فهو ابن عوائده وابن بيئته ونفسيته ، قد يتأثر بأسلوب التنشئة الاجتماعية أو الدينية التي يخضع لها في صغره ، أو في الوسط الذي يعيش فيه .

وهذا ما يؤكد " روجي باستيد - Roger Bastid " في (المرجع نفسه: 74) في كون العامل الديني له دور كبير في إدماج الفرد داخل الجماعة ، وفي حمايته من الاضطرابات النفسية والعقلية ، إذ يلاحظ أن نسبة هذه الاضطرابات تزداد وترتفع ، كلما تلاشي التنظيم داخل الجماعة الدينية ، وكلما كان النمط التربوي السائد فيها مبني على التسلط .

ويعتبر "مونتسكيو - Montesquieu" في (بن عبد الله محمد ، 2010 : 71) أن الدين من العوامل الأساسية التي تساهم في إشاعة وبث الاستقرار الاجتماعي وتعزيزه ، ويؤكد على العلاقة التي تجمع بين وظائف المعتقدات الدينية والنماذج المختلفة للمجتمع ، ويؤيد بتأثيره الكبير على بنية العلاقات الاجتماعية وأتماطها .

وينظر بعض الباحثين أمثال " نبيل علي" و " أحمد بن نعمان" وغيرهم في (بن عبد الله محمد ، مرجع سبق ذكره : 75) أن الدين مرتبط بما يوفره من الاطمئنان النفسي ، والألفة ، والتآخي ، والإحساس بالذات والهوية ، والدعم لتماسك الأنا الاجتماعي .

ب - اللغة :

لكل أمة ولكل شعب لسانه ولغته التي تميزه عن غيره من الشعوب ، فهو يعبر بها عن شخصيته وهويته وسيادته ، فاللغة كما يقول الطبيب النفسي "يحي الرخاوي" في (نفس المرجع السابق : 78) هي : "الوسيلة التي يمرض بها مرضانا ، بها يَشْكُونُ ، بها يعالجون ، وبها تشرح حالتهم".

ويعتبر "جاك برك - Berque J" في (المرجع نفسه : 79) النص القرآني أهم مرجع لغوي بالنسبة للفئات المثقفة ، فهو يمثل القاعدة الأساسية التي تبنى عليها تربية الصغار ، فحروفه المقدسة التي تمتزج بشخصيتهم منذ الصغر ؛ تترك آثار جد نبيلة في نفوسهم ومشاعرهم ، فتحمي بذلك هويتهم من التشوهات وتحصنهم من مخاطر التشتت والتدهور النفسي .

كما توصل "جاك سولوس - Jacques Selosse" في (بن عبد الله محمد ، 2010: 84) في إطار دراستين حول الشخصية المغاربية وخصائصها الفردية والجماعية ، إلى أن الأفراد الذين خضعوا للتعليم المزدوج يعيشون أزمة ضمير حقيقية ، يتولد عنها إحساس شديد بالذنب ، مصحوب بالقلق والغيرة واضطرابات في الشخصية .

وحسب هذا الباحث هم يعيشون "ازدواجية مرعبة في إطار عزلة مزدوجة" ، فهذه العزلة عن الجماعة هي التي تجعلهم ينظرون إلى الآخر كشريك مما يشعرهم بالمسؤولية ، فهو يعتقد أن امتلاك اللغة الأجنبية ، يؤدي حتما من التنصل من الجماعة وتبني الفردانية ، ويتسبب في انفصام الشخصية الذي حذر منه "جاك برك - Berque J" في وقت مبكر .

وأما الذين يتعلمون باللغة العربية ؛ فإنهم يُظهرون تعلقهم بالبنيات التقليدية ، وتمجيدهم للماضي ، وتمسكهم بالتاريخ الذي يوفر لهم الاطمئنان والتفاؤل .

وللتخلص من هذه التشوهات التي لحقت باللسان العربي ، ومن الصراعات الناجمة عن تشتت الذات ، فإن عددا من الباحثين أمثال : "جاك برك - Berque" ، "برتولي - Berthelie" ، "عبد المالك مرتاض" ، و "نبيل علي" ينصحون في (نفس المرجع السابق: 85) بتبني خيار

"الازدواجية الايجابية والحضارية"، والذي يجمع بين الحسنيين ، ولا يعيق عملية التعريب ، ولا يسبب ازدواجا في الانتماء ، ولا يمزق شمل الأمة .

ج - المعتقدات الشعبية :

إن الشخصية في المجتمع الجزائري والمغاربي تبدو مشبعة بمجموعة من المعتقدات الغيبية، والتي يعتبرها البعض فوق طبيعية (Sur naturelle) ولا عقلانية ، لأنها ترتبط في تقديرهم بالعالم المقدس والمبهم .

هذه المعتقدات التي تطبع الهوية الثقافية وتشترط الكثير من السلوكيات ؛ تشتمل على ما يعرف منذ زمن "ابن خلدون" بعالم السحر والطلاسم ، وعالم المس والعين الشريرة .

فالمخيلة الجماعية تبدو مصبوغة بتصورات تتعلق بكائنات غيبية أو ما ورائية ، تربطها بالشخص الجزائري إما علاقة ود وتقارب ، وإما علاقة تخاصم وتنافر ، إلى جانب أن بعض التصورات الشعبية ، تعتقد أن هذه المخلوقات تمثل في بعض الحالات سببا من أسباب اختلال الشخصية وفقدان توازنها .

هذه المعتقدات تبدو في نظر المجتمع التقليدي الجزائري ، العناصر الفاعلة التي تكمن وراء مجموعة من الأشكال النفسية المرضية .

ويشير (جلال مدبولي، 1979: 121) في كتابه "الاجتماع الثقافي" أن التراث الشعبي يتضمن اعتقادات متنوعة يلخصها فيما يلي :

- الاعتقاد بالكائنات العلوية والسفلية، كالجن ، والعمارات ، والهواتف ، وأرواح الموتى ، وأرواح الأشياء ، وكيفية تعاملها مع الإنسان حلولا به أو خروجًا منه.

- طقوس الدخول والخروج الواجب إتباعها ، مثل دخول مكان أو الانتقال إلى طور جديد من أطوار الحياة (دخول العروس إلى منزل الزوجية ، أو سقوط الأسنان عند الأطفال ، أو الختان..إلخ) .

- الاعتقادات الخاصة بالتشاؤم ، والتفاؤل من أشياء أو أفعال ، والحذر مما يجلب النحس (الأحجبة) بهدف استدرار القوى الغير منظورة ، والتبرك ، والعين ، والتي يظن أن لها أثراً طيباً أو رديئاً ، وحتى الأيام فهناك من أيام الأسبوع وأخرى على مدار السنة لها تأثير جيد أو سيء يخشى عاقبته.

- استقراء الغيب والكشف عن المستقبل ، وذلك بقراءة الكف أو الورق أو ما يطلق عليه بـ "ضرب الودع" .

- الإيمان بالسحر والتعزيم من خلال أخذ الأثر ، والخواص السحرية لبعض المعادن والأشكال.

- الاعتقاد بالأولياء ، والوسطاء ، والإيمان بالهبات والقرايين .

- الاعتقاد بالطب الشعبي مثل العلاج بالكلي، والأعشاب ، والرقية، والزار...إلخ

- العادات المرتبطة بدورة الحياة ، والتي تدور حول الولادة ، و"السبوع"، والختان ، والخطبة ، وهدايا العروس ، والزفاف ، والمرض، والموت..إلخ .

- المواسم الزراعية أو الزمنية ، الأعياد ، والموالد "المولد النبوي الشريف" .

- مراسيم الاستقبال ، والتوديع ، والعلاقة بين الفرد والمجموعة بما فيها العلاقات الأسرية .

- الاعتقاد باللائق وغير اللائق، وعادات المأكل والمشرب ، وأوقات الزيارات وغيرها.

إن الاعتقاد بـ "المس"، و"السحر"، و"العين" ، تعتبر من أقوى الاعتقادات تأثيراً في حياة الناس وفي سلوكياتهم ، وأفكارهم ، وعلاقاتهم ، وفيما يلي أهم هذه المعتقدات :

1 - المس في المعتقد الشعبي :

يُعتبر المس ، والاستحواذ ، والاقتران ، والصرع ، من المفاهيم التي تستخدم كنموذج لتفسير بعض المظاهر النفسية المرضية التي تنتشر في الوسط الجزائري ، فمفهوم "المس" في المعتقد الشعبي

حسب ما يذكره "علي عويطة" في (بن عبد الله محمد ، 2010 : 86) مرتبط بفكرة احتلال أو امتلاك الجن أو الشيطان لجسم الإنسان ، دون أن يكون لهذا الأخير علم مسبق ، أو نصيب من المسؤولية فيما يحدث له.

ويعتبر "سفريري - Sefrioui . A" في (نفس المرجع السابق : 88) أن : "الجن بالنسبة للفرد المغاربي مخلوقات مؤدبة ، تعاقب وتؤدب كل من يسعى إلى إهانتها ، كما أنه يتمتع بما يسمى بـ (قبشعور) ، وهو يعُجُ بمخلوقات أسطورية دؤوبة الحركة تأتي الإهانة ، وهي مصدر لكثير من الأمراض الوهمية".

فمعلومات الناس عن عالم الجن ، مستوحاة من ينابيع ومصادر عديدة ، فمنها ما هو نابع من معتقدات بدائية ، تكونت من خوف الإنسان من الطبيعة ، منها ما هو إسقاط لتصورات ورغبات خفية ، منها ما هو عائد إلى أساطير وقصص وخرافات ، منها ما هو من وسوسة الشيطان ، ومنها ما هو من الشرع الحنيف أو تحريفا له .

ولأن الجن يقر بوجوده النص القرآني ، ويتحدث عن بعض خصائصه ، كما كله ، ومشربه ، وقوته ، وزواجه ، وأدواره في أكثر من موقف ، ولأن هذه الخصائص وهذه الوظائف امتزجت بالكثير من المعتقدات والخرافات والتصورات ؛ فإن هذا يعطيها القوة والصلاحية في السيطرة والتأثير على المخيلة الجماعية والضمير الشعبي ، والذي لم يتردد في تضخيمها وجعلها محل عناية واهتمام بين الناس .

والجن بحكم تأثيريتهم كما يقول (السيد الجميلي ، دت : 103) يستطيعون أن يخرقوا جلد الإنسان والسكن في جسده ، مما يعطيهم سلطة التأثير على صحة الشخص "المضيف" وعلى سلوكه.

إن العديد من الأمراض النفسية والعصبية ما زالت إلى يومنا هذا ؛ تفسر على أنها حالات من "المس" ، فمرض الصرع عند الطفل ؛ مازال يُفسر في المعتقد الشعبي على أنه حالة من وجود قوى غيبية لا مرئية .

ويشير "مولود فرعون" في (بن عبد الله محمد ، 2010: 88) أن الأم التي تعرضت لمثل هذه الأمراض الوهمية وجب عليها التخلص منها ، وذلك بأن تضحى بتيس أسود ، لكي تتقي شر هذه المخلوقات ، لأنها ستغادرها بمجرد رؤيتها للدم يسيل .

كما قد تلجأ المرأة أحيانا إلى طقوس أخرى ، وتستعملها كسلاح نفسي لتفادي القلق الناجم عن التفكير في الأضرار التي يمكن أن تلحق بها ، وذلك من جراء الاعتداءات المحتملة لهذه القوى ، فتستخدم نباتات ذات رائحة كريهة لطردها ومحاربتها بما يسمى بـ "التبخيرة" ، أو تستغل بعض المواسم لتقدم لها الهدايا والقرايين حصولا منها على الترضية ، والود ، ولاتقاء شرها ، أو الحصول على مساعدتها لتحقيق أهدافها في إطار عملية السحر والشعوذة .

وتوجد في ثقافتنا الشعبية عدة أسماء للجن ، وهي معروفة ومتداولة من خلال الروايات والحكايات التي نسمعها عنهم ، مثل "ترْقُو" ، و "قُونَدَا" ، و "زُقُون" وغيرها من الأسماء .

وتظهر الأساليب التي تستخدمها هذه القوى الخفية ، في الاستحواذ على الشخص المستهدف حسب المنظور الثقافي الشعبي ، من خلال اللائحة الإكلينيكية التي يشير إليها الدكتور (فقيه العيد ، 2010: 1) ، والتي تتميز بمجموعة من السمات نشرحها فيما يلي :

● المسكون : هو الشخص الذي يسكن أو يقتحم جسده الجن ، ويتحكم في سلوكه وتفكيره ، فيصبح الإنسان كالسكن ، وهنا تغيب الشخصية الأصلية ، وتحل محلها شخصية أخرى تتميز بمجموعة من الأعراض منها الإغماء ، والارتعاشات ، والتشنجات ، والهديان ، و لهلوسة ، و روب الأفكار ، وكلام غير منسجم وغامض وغير منطقي كالاطلاع على الغيب ، وغالبا لا يقوم المريض بأعمال عنيفة اتجاه الغير ، فتشبه هذه الحالة ازدواج الشخصية في علم النفس المرضي .

● المضروب : هو الشخص الذي يتعرض للضرب من قبل الجن ، فيقال فلان "ضرب" أو "شُحط" أي "مشحوط" ، أو "شَحَطَةُ الجن" وأسقطه أرضا ، وتتم عملية الضرب بسرعة فائقة ، وعادة ما يكون مكان الإيذاء في المجاري المائية ، أو الأماكن المهجورة ، أو المزابل... إلخ .

أما الزمان فعادة ما يكون ما بين العصر والمغرب ، وهو وقت انتشار هذه المخلوقات ، وشدة الضربة تتوقف على درجة إيذاء الإنسان للجن ، ومكان وزمان الضربة ، فتظهر مجموعة من الأعراض أهمها : الدهول ، والحيرة ، والقلق مع حالة من الاستثارة ، وهنا لا يفقد المريض التوجه الزماني والمكاني عكس الهجمة الهذيانية.

وقد ينتج عن هذا الإيذاء حسب (بن عبد الله محمد ، 2010 : 90) شلل جزئي ومفاجئ للجسم ، أصمم ، أعمى ، أو شلل في الشفتين ، أو شق في الوجه ، ويكون الاستحواذ على جسد "المضروب" أقصر من ذلك الذي يتعرض له "المسكون" .

● **المركوبة** : هي امرأة لم تتزوج بعد أي عانس ، غالبا ما تقارب 40 سنة ، تعيش حالة قوية من الاضطراب الدوري ، تشتكي هذه المرأة من علاقة جنسية عنيفة مع الجن ، تسبقها مرحلة تحضيرية غالبا ما تكون طويلة ، فتحس المرأة بالقلق ، والحيرة ، وأرق ليلي ، وفقدان في الشهية ، وأحلام مزعجة ، حيث ترى فيها أن الجن يكلمها ، ثم يتعدى ذلك إلى مرحلة اليقظة ، فتظهر عليها بعض الأعراض المرضية كالهلاوس (Les hallucinations).

وأثناء ظهور الجن يظلم المكان ، ويبدأ بالتودد لها والاقتراب مع رفض هذه الأخيرة ، فهي لا تستطيع الهروب منه ، وعند عملية الإيلاج في العلاقة الجنسية تبدأ بالصراخ على شكل نوبات هستيرية (تشبه نوبات "شاركو" في الهستيريا) ، حتى يتمكن في النهاية من السيطرة عليها ، ويخبرها أنه يريد كجارية ، فيصبح بذلك الجن حقيقة وواقع .

● **المملوك** : يوجد في المعتقد الشعبي زواج الرجل الإنسي من الجنية ، وعلى هذا الأساس فـ "المملوك" هو رجل متزوج ، إلا أن له زوجة أخرى (جنية) تسكن معه في البيت ، فهو يصرح أنه الوحيد الذي يراها ، كما يصرح أهل البيت أحيانا أنهم يشعرون بوجودها ويسمعون صوتها ؛ إذ تساعدهم في بعض الأعمال المنزلية كغسل الأواني مثلا .

فالمملوك إنسان يرفض إقامة علاقة جنسية غير شرعية معها ، وهنا يقع الصراع بين الرغبة والواقع ، حيث تظهر الجنية فجأة وتودد ، فترغمه على إقامة هذه العلاقة ، وتقول أنها تريد العيش معه

لأنه أعجبها جسده ، فتقدم له وعودا بالثراء ، فيقابلها المريض برفض شديد ، وبذلك تظهر عليه نوبات دورية من القلق والحيرة مثل "المركوبة" ، مع محافظته على الإدراك ، ثم يعود إلى حالته الطبيعية.

وغالبا ما يكون "المملوك" شخص متدين ، وبالرغم من صده المتكرر لها بالتعاون والطقوس؛ إلا أنها تستمر في ملاحظته ، فيقع في الإغراء حتى تتمكن من الزواج منه .

● **المخطوف** : يستخدم هذا المفهوم للدلالة على الجنون ، أي على الحالة التي يفقد فيها الإنسان عقله ، وتفكك فيها شخصيته جراء استحواذ الجن عليه .

فـ "المخطوف" هو من تعرض لنوع من الخطف والإفراغ، فينسحب من العالم ويصبح عاجزا عن التواصل مع الغير ، وغير واع بالأحداث الخارجية ، وذلك بسبب التأثير السيئ لعملية الاستحواذ ، والتي تدخله في نوع من الذهول والغشاوة ، فهذه الحالة تشبه كثيرا حالة الاكتئاب.

● **المصروع** : " المريوح" أو "المرياح" هو كل شخص تعرض لهزات متكررة نتيجة استحواذ الجن عليه ، فتتجسد في السقوط على الأرض نتيجة الإغماء ، وتكون مصحوبة بحركات متشنجة ؛ وتستدعي من المحيطين بالمريض استعمال مفتاح لإسعافه والعودة به إلى حالته الطبيعية .

وإلى جانب كل هذه المفاهيم وذلك للتمييز بين مختلف الأشكال ، والحالات المرضية الناجمة عن المس والاستحواذ ، يظل مصطلح "المجنون" هو السائد والشائع في المجتمع الجزائري ، للدلالة على من استحوذ عليه الجن ، إما بالسكن في جسده ، أو الضرب ، أو الركوب ، أو الامتلاك ، أو الخطف ، أو الصرع ، أو بالإيذاء بصفة عامة.

2 - السحر في المعتقد الشعبي :

يحتل السحر والشعوذة حيزا هاما في تصور ومعتقد الفرد الجزائري ، إذ تفشت هذه الظاهرة بطريقة رهيبية في كل ربوع الجزائر الشاسعة ، من شرقها إلى غربها ومن شمالها إلى جنوبها ، حيث

يوجد ما بين 15 إلى 20 ألف مشعوذ ، تلجأ إليه الأغلبية الساحقة من النساء خاصة العوانس ، وذلك من أجل جلب فارس أحلامهم.

كما أشارت بعض الإحصائيات في الجزائر أن 70 % من النساء يلجأن إلى المشعوذين ، و65 % بين 20-30 سنة من كلا الجنسين ، والباقي أكثر من 40 سنة ، وأن أغلبهم ذوي مستوي ثانوي أو جامعي أو حاملي شهادة الدكتوراه .

وعليه لوحظ أن القاسم المشترك بينهم هو الجهل وليس الأمية ، وبالتالي فإن تفشي ظاهرة السحر بالجزائر وخاصة في أوساط المثقفين ، تعود بالأساس إلي ابتعاد الإنسان عن دينه ، وقيمه ، ومبادئه الإسلامية .

وما هو شائع في المجتمع الجزائري ؛ إرجاع كل إخفاق ، أو فشل ، أو مشكل ، أو مرض ، أو طلاق ، أو خصام إلى عمل سحري ، عُملَ من طرف بعض الأعداء ، والذي عادة ما يُعتقد أنهم من أهل أو قرابة المريض ، وذلك لسهولة الحصول على المادة السحرية من أثره كالشعر أو الأظافر من جهة ، ولأنهم الوحيدين الذين يرغبون بإلحاق الأذى به من جهة أخرى ، تماشياً مع المثل الشعبي الذي يقول "دَمَك هو هَمَك " .

ومن الوسائل الشائعة في السحر والمستعملة في المجتمع الجزائري والمغاربي بصفة عامة ، والتي يتحدث عنها "سيلفان ماطو — Sylvain Matton" في (نفس المرجع السابق: 94) صاحب كتاب "السحر العربي التقليدي" ، ما يسمى بـ "العقدة السحرية" ، والتي يرى أنها تلحق الأذى بالشخص في الحين ، بمجرد تعيينه والإشارة إليه بالأصبع ، فالعقدة هي " رمز لكل نقص ولكل فشل يواجهه الإنسان في حياته الشخصية ، أو الاجتماعية ، أو العلائقية ، أو الأسرية ، أو المهنية .. إلخ " .

والذي ينتج عن هذه العقدة يقول (بن عبد الله ، 2010: 94) يعود من منظور المخيلة الجماعية المغاربية ، إلى النشاط الخفي والرهبان للمرأة الفاعلة في العقد ، وهي تعقد العقد بخيط أو منديل ، وتنفت فيها كتقليد من تقاليد السحر والإيحاء .

إذ يشير "نور الدين طوالبي" في (نفس المرجع السابق : 94) أن المرأة تعتمد إلى السحر للتنفيس عن كراهيتها ومآسيها ، ولاسترجاع سلطتها المفقودة والانتقام من كل اضطهاد يصيبها ، وتعبيرا عن حالة الضعف التي تنتابها والمعاناة النفسية التي تعيشها أمام ما تعتبره تسلطا من قبل الرجل أو قمعا أو ظلما ، وفي محاولة لإرغامه على الاستسلام والرجوع إلى الصواب .

ومن الممارسات السحرية الشائعة ، والتي تشتهر بها المرأة في الوسط الجزائري ؛ الطريقة التي تسمى بـ "التوكال" أي السحر عن طريق الإطعام ، وعادة ما يعتمد فيه على أنواع من الأغذية ، والتي تنتقي بدقة وبدهاء وبالخبرة التي تحقق الهدف المطلوب بإلحاق الأذى بالمسحور .

فيقوم الساحر باختيار الأكلة المفضل للضحية لكي يأتي بالنتيجة المطلوبة ، ويضع فيها أحد المواد السامة أو النجسة المعروفة مثل: مخ الضبع ، أو الحرياء المجففة ، أو دم الحيض ، أو الصابون أو الماء الذي يُغسل به الميت.. إلخ ، وغالبا ما يسبب هذا النوع من السحر أمراض مستعصية كبعض أنواع السرطانات .

ف " التوكال" يبقى في نظر "علي عويطة" في (المرجع نفسه : 94) الطريقة المفضلة لتصفية الحسابات بين النساء والرجال ، وقد تنسحب صفة الساحر على كل من يقوم بهذه الأعمال الممقوتة بما في ذلك "الفقيه" أو "الطالب" ، وهو الذي يحاول إفساد العلاقات ، وتخريب عقول الناس ، وإثارة التفرقة بينهم باستخدامه لـ "الكتابة الشريرة" .

ومن أخطر أنواع السحر وأشدّها تأثيرا وفتكا في المجتمع الجزائري ، ومن أهم الوسائل المستعملة في عمل السحر أو إخراجه نذكر : استعمال الماء الذي يغسل به الميت أو جزءا من جسمه ، وسحر القبر المهجور أو المنسي ، والسحر بجناء العروسة ، وسحر رمي الحناء في البحر لجلب العريس ، وسحر استرجاع الزوج أو العشيق أو ما يسمى بـ "التجليب" ، وإذابة الرصاص لاستخراج السحر .

ونذكر أيضا سحر " الربط" أو "الرباط" ، وهو جعل الفرد غير قادر على الممارسة الجنسية (العجز الجنسي المؤقت أو الدائم) ، وسحر "الحرقة" وهي حرق قلب المعشوق من طرف العاشقة ،

والذي يحتل الصدارة بين الشباب ، و"سحر" التقريحة " وهو التفريق بين الأحباب وكسر الود بين الأفراد (اتصال غير وظيفي) ، و"سحر" التنكير " وهو التفريق بين المرء وزوجه ، و"سحر" أعفاس" وهو تكبيل إرادة شخص آخر (تخفيض إرادة وسلطة الزوج مثلا) .

وبصفة عامة يشتهر المجتمع الجزائري حسب (طواهري ميلود، 2008: 52) بنوعين من الممارسات السحرية وهما: السحر العلاجي وقراءة الطالع ، ويدخل ضمن النوع الأول أغلب الممارسات السحرية لاعتقاد العامة أن كل ما يلحق الفرد من شر سواء كان مرضا عضويا (عقم ، أو حمى .. إلخ) ، أو نفسيا (جنون ، أو صرع .. إلخ) تندرج ضمن أعمال السحر العدواني ، وليست وليدة ظروف ذاتية أو اجتماعية ، وهذا التصور المرضي هو خصوصية و ميزة أساسية يتميز بها الفضاء والمعتقد الثقافي الجزائري والمغاربي .

وتعود الأهمية التي يحتلها هذين النوعين من السحر في مجتمعنا ، إلى أن المرض والشك هما أشد وأقسى أسباب القلق الشخصي والاجتماعي ، وهذا القلق هو الذي يفسر الكثرة العددية لـ "الشوافات" والفقهاء المعالجين .

ومن خلال كل هذه المعطيات ، نكتشف أن أغلب الأهداف التي يسعى السحر الجزائري إلى تحقيقها تكون : إما بالسيطرة على الزوج ، وترويضه ، وجعله يُطيع أوامر زوجته دون أن ينافسها ، وذلك لأسباب كالتخلي عنا أو خيانتها لها مثلا .

وإما لجلب العريس ، أو الترويج لتجارة ما ، أو المحافظة على المنصب ، أو السلطة ، أو الجاه .. إلخ ، ويكون هذا إما بدافع تبرير فشل قد يصيب الفرد ، أو تجاوز نقص معين ، أو التخفيف من الأخطار والتهديدات التي تحدق به ، أو اتقاء شرور النفوس التي تريد الاعتداء على أمنه وأمن جماعته المتماسكة .

3 - العين الشريرة في المعتقد الشعبي :

تحضي فكرة العين والحسد مكانة مهمة في المعتقد الشعبي ، فهي تضرب بجذورها عمق التاريخ ، وتُعد تفكير قديم قدم الحضارات والثقافات ، إذ يشير (محمد سعيدي ، 1996 : 60) أن بعض القبائل العربية قديما ، كانت تفتخر ببعض الأفراد الذين ينتمون إليها ، والذين يتميزون بقوة عيونهم ، فوظفوها كسلاح لإلحاق الضرر بالجهات الأخرى .

والعين كظاهرة اجتماعية ونفسية ، كثر الحديث عنها في حوض البحر الأبيض المتوسط قديما وحديثا ، وما هو دارج بكثرة في الأوساط الشعبية ؛ الاعتقاد والإيمان بوجود العين الإنسانية أكثر من العين الجنية ، وسبب ذلك هو تدنى المستوى الثقافي للأفراد وتشبع الأذهان ببعض الخرافات .

إن مواقف الأفراد حول ظاهرة العين يقول (سبوح رشيد ، 2000 : 106 - 114) هي متناقضة مع المستوى الثقافي والمركز الاجتماعي الذي يحظى به البعض ، ولقد استطاع الباحث من خلال دراسته الميدانية الموسومة بـ " المعتقدات الشعبية في الجزائر - ظاهرة العين نموذجاً " ، أن يفسر مجموعة من المظاهر والتي وجدها تشكل صراعا بين فئات مختلفة من المجتمع ، والتي أفرزتها علاقة هؤلاء الناس بهذا المعتقد ، فقسم هذه الفئات إلى أربعة أصناف :

- الصنف الأول :

تمثله فئة كبيرة من الناس والتي اتخذت من الظاهرة مذهبا لها ، فهم يعتقدون في وجودها اعتقادا مطلقا ، ويرجعون أي تعثر ، أو خسارة ، أو فشل ، أو مرض في الحياة إلى الإصابة بالعين ، إذ خلقوا لأنفسهم عالما ولغة خاصة عند الشعور بأخطار العين .

إن الاعتقاد بالعين يتجه في أغلب الأوساط العائلية نحو الطفل ، وقد يتكرر هذا نتيجة الاعتداء على روحه ، والتي لا ترجع بالضرورة إلى روح أقوى منه ، وإنما إلى نوعية دم المعتدى (الدم الحبيث ، الروح الحبيثة ، الجسم الحبيث ، وقوة البالغ) والجدول رقم (2) يوضح ذلك :

الجدول رقم(2): يبين أسباب العين عند الطفل في المعتقد الشعبي (الروح القوي والدم القوي).

الدم القوي		الروح القوي	
قوة المرضى	قوة البالغ	قوة المرضى	قوة البالغ
<p>أ - نظرة إنسان .</p> <p>- في غير يومه أو في غبطة لا متناهية .</p> <p>- دم حبيث .</p> <p>- دم مريض .</p> <p>ب - نظرة</p> <p>- امرأة حائض .</p> <p>- غير مستقرة جنسيا .</p>	<p>- رائحة دم .</p> <p>- حيوان مصاب .</p>	<p>- نظرة فرد :</p> <p>- ذو روح خبيثة .</p> <p>- ضعيف الإيمان .</p> <p>- لا يحب الطفل .</p>	<p>- رغبة غير ملحة في التعرف على المولود الجديد</p> <p>- طبيعة الحنان عند الأب.</p> <p>- نظرة أو وجود بالغ قوي .</p>

- الصنف الثاني :

هو نقيض الصنف الأول ، حيث لا تعتقد هذه الفئة من الناس مطلقا بالإصابة بالعين، ويعتبرون الظاهرة خرافة وشعوذة تسيطر على بعض الذهنيات نتيجة الجهل والتخلف الفكري .

- الصنف الثالث :

يحتوى على أفراد متذبذبين في موقفهم اتجاه العين ، فهم في عمق شعورهم يعتقدون اعتقادا مطلقا بالظاهرة ، ولكن الظاهر يقول عكس ذلك ، إذ يظهرون لا مبالاةهم سواء من حيث الإيمان بها ، أو من حيث طريقة الوقاية أو العلاج منها .

- الصنف الرابع :

تمثله فئة ضئيلة من الناس ، والتي لا تعتقد في الإصابة بالعين ، لا من المنظور الشعبي الخرافي ولا الديني ، وإنما تتجه اتجاهها علميا لتفسير الظاهرة ، فالعين حسبها هي أداة للتدمير بحكم التركيب

الكيميائي ، فهي تحتوي على أشعة كهربائية محرقة ومدمرة ، لأشياء تحمل هي أيضا عناصر ذات تركيب كيميائي خاص ، وعند الالتقاء يحدث الانفجار .

ثانيا - الخرافة والتفكير الخرافي .

1 - تعريف الخرافة والتفكير الخرافي:

يعرف (سعد الزهران وعلي الحكمي ، 2006 : 17) الخرافة بأنها: " مجموعة من الاعتقادات والممارسات التي تخالف الحقائق ، ولا يمكن ربط مقدماتها بنتائجها بطريقة موضوعية، يتمسك بها الأفراد ويعتقدون بصحتها بصورة شبه مطلقة ، ويعتمدون عليها في تفسير بعض ما يقع لهم من أحداث في حياتهم اليومية " .

ويعرف "يونس - Young .K" في (نفس المرجع السابق : 14) الخرافة بأنها : " اعتقاد راسخ في القوى فوق الطبيعية ، وفي الإجراءات السرية أو السحرية المنحدرة من التفكير الخيالي ، والتي أصبحت مقبولة اجتماعيا " .

ويرى (العيسوي ، 1983: 101) أن : " التفكير الخرافي يغلب عليه أن يكون غيبيا وميتافيزيقيا ، يستند إلى أمور كالأرواح ، والشياطين ، والسحر، والحظ ، أو(المثل) في الفكر الفلسفي والوصفات البلدية أو الشعوذة والأمثال الدارجة " .

كما يؤكد الباحث في (نفس المرجع السابق : 26) أن: "العقلية الخرافية هي التي يكون للخرافة فيها دور بارز في تفسيرات الأحداث وتعليلها وفي نقل المعلومات ، وهي التي تحاول تحقيق أهداف الفرد والمجتمع بأساليب بعيدة عن العلم والعقل والمنطق " .

ويحدد الباحث مجموعة من الفروق بين التفكير العلمي والتفكير الخرافي نحدددها فيما يلي :

الجدول رقم (3) : يبين المقارنة بين التفكير العلمي والتفكير الخرافي .

التفكير الخرافي .	التفكير العلمي (المنطقي) .	
	يقوم على أساس إدراك علاقة العلية أو السببية العلمية .	المبدأ
يُرجع الظواهر الطبيعية إلى أسباب غير طبيعية.		
- تفسير الظواهر التي تحيط بالفرد بغية التحكم بها وضبطها ، وذلك بغض النظر عن مدى صحتها أو ملامتها له وللمجتمع (كالسحر و"التعازيم" مثلا). - يزيل الغموض، والقلق ، ويدفع المخاطر والأضرار.	- رغبة الإنسان في اختبار صحة أفكاره وإخضاعها للقياس ، والتجريب ، والملاحظة . - اختراع بعض الأساليب التي تضبط انحرافاته وتحيزاته.	الهدف
- ينظر في الظواهر بشكل حاسم ونهائي ، وإن كان خاطئا ، فهو يميل إلى التعميم والإطلاق . - يكتفي بمجرد الربط بين ظواهر الأشياء المباشرة ، أي بين بدايات ونهايات الأحداث . - الاعتماد على فكرة الحركة الذاتية ، فهو يكتفي بمجرد اتخاذ الأسماء كعلل مفسرة لحدوث الأشياء .	- يمتاز بالمرونة والقابلية للتغيير كما يعتمد على الاحتمال. - حقائقه نامية ومتطورة بحكم تراكم المعلومات. - عدم الجزم في الظواهر والنظريات، وإمكانية إرجاء الحكم فيها حتى يأتي العلم بالجديد . - وجود صلات وثيقة بين الحقائق العلمية، فإذا حدث تغير في أحد حقائق العلم أو نظرياته تبع ذلك إعادة النظر في غيرها من النظريات.	الخصائص

2 - كيفية تكون الخرافات :

يشرح (عبد الرحمان العيسوي ، 1983: 18) كيفية تكون الخرافات ، وذلك عن طريق تتبع الأسباب التي أدت إلى نشأتها ، فالارتباط العرضي بين بعض الأحداث يؤدي إلى تكون الخرافة والإيمان بها .

فمثلا التشاؤم من اليوم قد يرجع إلى أنه يسكن في الأماكن الخربة ويظهر ليلا ، كما قد يرجع النظر إلى المرأة على أنها كائن محرم أو نجس إلى ارتباطها بدم الحيض ، وارتباط هذا الأخير بالحوادث والقتل والكوارث .. إلخ .

ويشير الباحث أنه يمكن إرجاع بعض الوصفات الشعبية وانتشارها إلى مجرد الارتباط العرضي ، فمثل قد يجرب المريض الذي يتألم من شدة الوجع أي مادة دوائية لكي تخفف آلامه ، وقد يحدث أن يكون المرض في طريقه إلى الزوال تلقائيا بعد انتهاء دورته ، فيربط بين تناوله هذه المادة وبين شفاؤه .

ومما يساعد في انتشار هذه الخرافات ، أن تتضمن بعض الوصفات الشعبية ، بعض العقاقير والنباتات التي تحتوي على مواد ذات فائدة طبية ، فيلجأ الناس غلى تعميم استعمالها ، وهذا موجود أيضا في الأوساط ذات المستوى التعليمي المرتفع ، خصوصا عندما يبأس المريض من الشفاء بعد تجريب مختلف العلاجات الأخرى ، فالإنسان في وقت الشدة يبحث عن أي مخرج حتى وإن كان خرافيا .

3 - أسباب انتشار الخرافة :

يقول (عبد السلام أبو قحف ، 1999 : 30) : " إننا نعيش في مجتمع غارق في الشائيات ، فنحن نتعامل مع الحقائق والخرافات ، والمعقول واللامعقول ، والأبيض والأسود ، والفضيلة والرذيلة ، والواقع والأسطورة .. وغيرها " .

فلا يوجد مجتمع في العصر الحالي يخلو تماما من الخرافات ، مهما بلغ من تقدم علمي ، وإن كانت ذاهبة للزوال بعد اقتحام العلم والتجريب لمضمون هذه الخرافات ، كما أن ما يعتبره شعب معين من حقائق ؛ قد يعتبره شعب آخر خرافة كنظرية النشوء والارتقاء لـ "داروين" وفيما يلي أهم هذه الأسباب :

- الخرافات تتعلم بالاكتساب والاحتكاك وهذا ما يجعلها في استمرار .

- تتوارث بعض الخرافات عبر الأجيال ، وهذا لا يعني مصداقيتنا ، وإنما تنتقل بفعل اللاشعور الجمعي الذي تحدث عنه "يونغ . Young" ، والذي يراه أنه عام بين الناس .
- التناقضات الثقافية والفراغ الثقافي يعتبر حقلا جيد لنمو الخرافات وانتشارها .
- قصور المعرفة ، والجهل ، وانخفاض الوعي الديني ، وضعف الإيمان وسطحيته .
- الاهتمام بالشكل على حساب المضمون ، وعدم استخدام العقل والمنطق .
- اكتساب الخرافة في بعض الحالات صفة القدسية ، وهذا ما يجعلها صعبة المقاومة .
- يصعب إثبات عكس الخرافات ، لأنها بعيدة عن القياس والإدراك ، ومن ثم تأتي صعوبة التطبيق .
- فقدان الاعتقاد بالقيم الأخلاقية ، كالولاء ، والصدق ، والأمانة ، والفراغ ، مما يساهم في التمهيد للتهيؤ لإطلاق أو قبول الخرافة .
- إخفاق الفرد المستمر للتكيف مع جماعة العمل ، أو الأسرة ، أو الأصدقاء ، أو المجتمع ، مما يوصل الخرافة إلى مرحلة الاستقرار الشعوري لدى الفرد .
- سلب الحرية والانحياز اللاإرادي لنوع معين من السلوكيات أو الأفكار ، وفشل الفرد في إدراك التناقض في الفكر والممارسة .
- عدم الإجماع على نظام معين للقيم وقواعد السلوك ، والذي يعتبر شرط أساسي لإرساء الثقافة .
- غياب التوحيد الثقافي ، أي في حالة التنوع الثقافي ، فإن الصراع يؤدي إلى انهيار البناء الكامل ويفتح ثغرة كبيرة لظهور وانتشار الخرافات .

4 - صفات الشخص الخرافي :

يذكر (عبد الرحمان العيسوي، 1983: 101) بعض الصفات والمميزات التي تمتاز بها الشخصية الخرافية أو ذات التفكير الخرافي نذكرها فيما يلي :

- الجمود وصعوبة الإقناع .
- البساطة ، والسذاجة ، وقلة التعليم والثقافة.
- لا تفهم الدين على حقيقته ، وهي متعصبة دينيا .
- تؤمن بالخرافات تلقائيا دون تفكير أو نقد ، كما أنها تؤمن بالكائنات غير الملموسة .
- تشبع حاجاتها المادية والنفسية عن طريق الخرافة .
- ميالة كثيرا للتأثر بأسرتها.
- تعتبر شخصية ملتصقا بمجتمعها ، ولم تفتح بعد على المجتمعات الأخرى .
- تعتبر شخصية ضيقة الأفق ، وصعب النقاش معها في الأمور الخرافية.
- شخصية سطحية ، وتصديق كل ما يقال لها ، وإيمانها صارم ، وخرافي ، ولا يقبل الجدل.
- تعتبر شخصية بعيدة عن الواقعية ، والموضوعية ، وبعيدة عن الروح العلمية .
- شخصية ميالة إلى أن تكون كبيرة السن ، ومتواكلة ، وهي شخصية في بساطة القروي .

ثالثا - المعتقدات الشعبية الخرافية ودورها في تشكل الاضطراب النفسي :

تساهم المحددات الدينية بشكل كبير في تشكيل وتبلور الاضطراب النفسي ، وبما أن المعتقدات تشكل الجزء الأكبر من الديانة ؛ باعتبار أن التفكير الديني يحتوي على المعتقدات والطقوس الدينية،

وأن الخرافات هي عبارة عن رواسب معتقدات دينية قديمة ، فإن الدين يعتبر محدد أساسي في تشكيل الاضطراب النفسي .

وهذا ما يؤكد " روجي باستيد . *Roger Bastide* " حينما أشار إلى أهمية العامل الديني في إدماج الفرد داخل الجماعة ، وفي حمايته من التعرض للاضطرابات النفسية والعقلية ، حيث تزداد نسبة هذه الاضطرابات كلما تلاشى التنظيم داخل الجماعة الدينية .

وبما أن ضعف أو انخفاض الوعي أو الوازع الديني ، يعتبر من أهم الأسباب للتعرض للكثير من الأمراض النفسية ، كما أنه من أهم أسباب انتشار الخرافات أيضا ، فإن الخرافات تعتبر عامل مهم في تشكل أرضية متينة لظهور الأمراض النفسية .

إن عملية تأكيد دور المعتقدات الشعبية والخرافية في تشكل الاضطراب النفسي ، أمر يحتاج للكثير من الاجتهادات والمقاربات النفسية ، والاجتماعية ، والأنثروبولوجية ، فالكثير من الباحثين والمختصين يؤكدون على أن انتشار الخرافة والإيمان بها ؛ هو دليل أحيانا على وجود حالة من الفراغ النفسي ، ودليل على فشل الفرد في تحقيق التكيف مع جماعة العمل ، أو الأسرة ، أو الأصدقاء ، أو المجتمع .

والإنسان يشبع العديد من الحاجات المادية والنفسية عن طريق الخرافة ، فهي تحقق نوع من الهدنة النفسية للفرد ، وإن كانت غير حقيقية أو لفترة مؤقتة ، كما أن الفرد يقبلها وينسجها كنوع من التنفيس الانفعالي ، والذي يكون في حقيقة الأمر نوع من خداع النفس بصحة ما يسمع أو يعتقد أو يقوله ، ولكن إذا تمكنت منه تحولت إلى مرض نفسي .

والأسطورة هي جزء من المعتقدات الشعبية ، كما أنها تعبر عن قصة مرتبطة بمظهر ديني خرافي ، أي أنها تحتوي على أحداث خرافية ، إذ يشبه " *أطو بانك . Otto Bank* " في (سبوح رشيد ، 2000 : 29) الأسطورة بالحلم ، من حيث كونها مخرجا ومتنفسا يعبر به الفرد عن مجموعة من الدوافع والمشاكل الداخلية المعقدة كالخوف ، والقلق ، والرغبة ، وذلك على شكل صور ورموز، فتتحول من تلقائها إلى موضوع حكاية .

ويؤكد "إبراهيم بدران" في (عبد الرحمان العيسوي ، 1983 :29) أن : " العقلية الخرافية لا تختفي بمجرد الانتقال من بيئة حضارية متخلفة إلى بيئة حضارية متقدمة ، ولا تختفي بمجرد الحصول على شهادة جامعية ، وإنما هي جزء أساسي من التركيب الذهني والنفسي للفرد ، ولذلك يلزم الاهتمام بتربية الأطفال تربية علمية منذ الصغر".

و في هذا الشأن يشير (العيسوي ، 1983:30) أن الباحثة "جهودا - G.Jahoda" قامت سنة 1968 في غينيا ، بدراسة تجريبية حول المعتقدات فوق الطبيعية بين طلاب الجامعة ، وكان من أهم نتائجها وجود نسبة عالية من متخلفات المعتقدات التقليدية بين الطلاب ؛ فالتعليم الجامعي ليس له تأثير يذكر على المعتقدات الخرافية ، كما أن إيمان صغار السن بها أكثر من كبار السن ، وترى أن مثل هذه المعتقدات قد رسخت بطريقة انطباعية في ذهن الفرد منذ الطفولة.

وهذا ما يؤكد الباحث (عاطف وصفي،1981:239) حينما أشار إلى بعض أساليب التنشئة الاجتماعية في القرى المصرية ودورها في تكوين الخرافات ، حيث أكد أن أسلوب تخويف الأطفال كوسيلة من وسائل التربية والتهذيب في فترة الطفولة المبكرة ، يؤدي إلى بذر اتجاهات الغيبية والخرافة ، وتبقى تلك الاتجاهات مع الطفل حتى بعد نموه في مراحل البلوغ ، لأن كثيرا ما يخيف الآباء أطفالهم من العفاريت ، والجن ، والغولة ، والظلام .. إلخ .

وفي المجتمع الجزائري مازال يُعتمد في تنشئة الأطفال ، على أسلوب التخويف من خلال سرد القصص حول "الغول" ، والجن، و"بنسنس" ، والذي يأتي في الظهيرة ليسرق الأطفال، "قوندَة"، و"ترْفُو" .. وغيرها من الأسماء .

ويستعمل هذا الأسلوب سواء كوسيلة للتربية والردع ، أو لجلب انتباه الطفل ، أو لتحسيسه بالمغامرة والتشويق ؛ لأن مثل هذه القصص قد تكون محبوبة لدى بعض الأطفال ، فيرغبون في سماعها خصوصا قبل النوم ، ولكن هذا الأسلوب قد يكون أساس لزرع الخرافة مبكرا في فكر الطفل .

الفصل الرابع :
الاضطراب النفسي من
المنظور الثقافي الشعبي .

تمهيد .

أولا – المس .

ثانيا – السحر .

ثالثا – العين والحسد .

أولاً : المس .

1. تعريف المس .

أ. تعرف الجن .

ب. تعريف مس الجن .

2. أدلة المس .

أ. من كتاب الله (عز وجل) .

ب. من السنة المطهرة .

3. أعراض المس .

أ. الأعراض أثناء الرقية الشرعية .

ب. الأعراض في اليقظة .

ج. الأعراض في المنام .

4. أنواع المس .

أ. أنواع المس من حيث التأثير .

ب. أنواع المس من حيث الأعراض في اليقظة والمنام .

5. أسباب المس .

أ. أسباب تتعلق بحكمة الله ومشيئته .

ب. أسباب تتعلق بطبيعة الجن .

ج. أسباب تتعلق بالإنسان نفسه .

6. تأويلات المس .

أ. علماء الدين .

ب. علماء النفس .

ج. علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا .

7. الوقاية والعلاج من المس.

أ. علاج يدفعه (الوقاية) .

ب. علاج يرفعه .

تمهيد :

يتناول هذا الفصل دراسة الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي ، وذلك بدراسة ظاهرة "المس" ، و"السحر" ، و"العين" من حيث المفاهيم ، والأدلة من الكتاب والسنة المطهرة ، والأعراض، والأنواع، والأسباب ، والتفسيرات ، والتأويلات ، وسبل الوقاية والعلاج .

1- تعريف المس .

أ- تعريف الجن.

11 - تعريفه الجن لغة :

جاء في مجمع ألفاظ القرآن الكريم في (أدهم إبراهيم كمال، 1993: 15) أن أصل الجن: ستر الشيء عن الحاسة، يقال جن الشيء تخنه جنا مثل ستره.

وكل شيء ستر عنك فقد جن عنك، وجن عليه وأجنه أي ستره، كما جاء في (سورة الأنعام: الآية 76) قوله عز وجل : ﴿فَلَمَّا جَنَّ لِمَلِيهِ اللَّيْلُ رَأَىٰ كَوْكَبًا﴾.

ويقال لمن حيل بينه وبين عقله مجنون أي به مس من الجنون ، وذلك كما جاء في (سورة الحجر: الآية 6) قوله تعالى: ﴿وَقَالُوا يَا أَيُّهَا الَّذِي نُزِّلَ عَلَيْهِ الذِّكْرُ إِنَّكَ لَمَجْنُونٌ﴾.

21- تعريفه الجن اصطلاحاً :

يعرفه (أبو البراء المعاني، 2000، ج 6 : 23) بقوله : " الجن نوع من المخلوقات ذات أجسام وأرواح ، وهي عاقلة مدركة مريدة مكلفة على نحو ما عليه الإنسان، خلقوا من مادة أصلها مارج النار وهو خالصه وأحسنه ، وطبيعة خلقتهم لها ماهية لا يعلم كنهها وكيفيتها إلا الله ، مستترون عن الحواس في أصل خلقتهم ، لا يرون على طبيعتهم ولا بصورتهم الحقيقية ، ولهم قدرة على التمثل وعلى التشكل ، يأكلون ويشربون ويتناكحون ويتناسلون وهم محاسبون على أعمالهم في الآخرة ،

وأجسام الجن قد تكون كثيفة وقد تكون رقيقة ، وهذا الذي عليه أهل السنة والجماعة ، ولعالم الجن ناموسهم أي قانونهم ونظامهم الذي يعيشون ويموتون ويتنقلون بموجبه " .

ب - تعريف مس الجن .

١- تعريف مس الجن لغة :

قال "ابن منظور" في (أبو البراء المعاني، 2000، ج6: 182) : " ثم استعير المس للجنون كأن الجن مسته يقال به مس من جنون . "

٢- تعريف مس الجن اصطلاحاً :

يعرف (أبو البراء المعاني، 2000، ج6: 182) المس بقوله : " المس هو تعرض الجن للإنس بإيذاء الجسد خارجياً أو داخلياً أو كليهما معا ، بحيث يؤدي ذلك للتخبط في الأفعال ، مما يفقد المريض النظام والدقة والأناة والروية في أفعاله ، وكذلك يؤدي للتخبط في الأحوال فلا يستقر على حالة واحدة " .

ويُعرفُ المس أيضا بالصرع، وما نقصده هنا هو الصرع الجني ، لأن الصرع نوعان صرع جني وصرع عضوي.

والصرع العضوي أو الداء التشنجي (L'épilepsie) ، أو الصرع الطبي أو داء الأخلاط ، هو حالة تشنجية مع حركات لا إرادية تحدث نتيجة وجود خلل مؤقت في وظيفة الجهاز العصبي .

ولقد اجتمع معظم الأطباء والباحثين حسب (المرجع السابق :96) على مجموعة من نقاط الاختلاف بين الصرع العضوي والصرع الجني ، نذكرها في الجدول التالي :

الجدول رقم(4) : يوضح الفرق بين الصرع العضوي والصرع الجني(المس الجني) .

الصرع الجني (المس الجني)	الصرع العضوي
يعود المرض إلى تسلط شيطاني على جسد الإنسان.	هو مرض عصبي يحدث على شكل نوبات من التشنج والاختلاج القوي ، ويتبعها استرخاء قد يؤدي إلى النوم العميق .
قد تستمر النوبة لعدة ساعات، وقد يتعدى ذلك في بعض الحالات ليوم أو أيام.	تصل مدة النوبة إلى دقيقة واحدة أو أكثر.
النوبة ليس لها طبيعة أو شكل معين ، وذلك يعود إلى طبيعة تصرف الروح الصارعة (الجن) .	النوبة لها نمط وشكل معين وهو معروف عند الأطباء.
يتمكن المريض أحيانا من التحدث أثناء النوبة ، والحركة، والتحكم في أطرافه ؛ لأن الجن يمكن أن تتحدث على لسان المصروع والتحكم فيه.	لا يتمكن المريض من التكلم أثناء النوبة أو التحكم بأطرافه بسبب التشنج العصبي .
يندر ظهور تلك الأعراض في هذه النوبة .	غالبا ما يصاحب المريض زرقة شديدة نتيجة صعوبة التنفس، أو تبول لا إرادي ، أو خروج زبد من الفم (رغوة بيضاء) ، أو الضغط الشديد على الفكين ، أو العض على اللسان.
النوبة لا تحدث إلا في حالة الرقية الشرعية، أو الضيق ،أو الغضب ،أو الفرح ،أو الحزن ، أو الانبهار الشديد ، ولا يشعر المريض بقرحها إلا في الحالات المذكورة.	تحدث النوبة في أي وقت ليلا أو نهارا ، ويكثر حدوث ذلك عند النوم، كما أن المريض يشعر بقرحها بدقائق .
يتم الكشف عن المرض بواسطة الرقية الشرعية التي يستعملها بعض الإخوة المعالجين .	غالبا ما يتم اكتشاف النوبة عن طريق تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG).

ويشرح " محمد المهدي " في (أبو البراء المعاني ،2000، ج11: 79) " المس " وكيفية حدوثه بقوله: " المس حالة يقوم فيها اللاشعور بوظيفة دماغية لمصلحة توازن المريض، فتحدث حالات إغماء أو الصرع المستيري ، ويتصرف الشخص الذي يواجه ضغوطا نفسية معينة وكأنه شخص آخر ، ليعبر عما لم يستطع التعبير منه في الحالات العادية ، فيتغير صوته ويأتي بأفعال تثير خيالات العامة ودهشتهم " .

ولقد حاول العديد من الأطباء البحث والتقصي عن حقيقة "المس" وكيفية حدوثه، وشرحه وتفسيره من الناحية العلمية، ومنه ما يذكره الدكتور " عبد الرزاق نوفل" في (أبو البراء المعاني، 2000، ج6: 169) عن المس بأنه: "غزو روح مشاغب لهالة إنسان، أي حلوله في مجموعة الاهتزازات الأثرية التي تعلق الرأس، والتي يوجد فيها العقل ومراكز الحس جميعها، فيسبب أمراضا عصبية أو عضوية مستعصية "، ويطلق اسم الروح المشاغب أو النجسة على الشيطان أو الجن، وليس على الإنسان.

2 - أدلة المس.

أ - من كتاب الله (عز وجل):

قال الله تعالى في (سورة البقرة : الآية275) : ﴿الَّذِينَ يَأْكُلُونَ الرِّبَا لَا يَقُومُونَ إِلَّا كَمَا يَقُومُ الَّذِي يَتَخَبَّطُهُ الشَّيْطَانُ مِنَ الْمَسِّ﴾.

ويقول "الطبري" في تفسيره لهذه الآية في (أبو البراء،2000، ج6: 41) أن : " يتخبطه في الدنيا من المس أي من الجنون ، أي من الجنان " .

وقال الله تعالى في (سورة الأعراف: الآية201): ﴿إِنَّ الَّذِينَ اتَّقَوْا إِذَا مَسَّهُمْ طَائِفَةٌ مِّنَ الشَّيْطَانِ تَذَكَّرُوا فَإِذَا هُمْ مُبْصِرُونَ﴾.

ويفسر " ابن كثير " هذه الآية في (المرجع نفسه: 43) بقوله: (إذا مسهم أي أصابهم طيف وقرأ الآخرون طائف ، وقد جاء فيه حديث وهما قراءتان مشهورتان ، فقيل : بمعنى واحد .

ب - من السنة المطهرة :

إن الأحاديث النبوية الدالة على مس الجن للإنسان كثيرة ومتعددة، وسنحاول أن نورد بعضها منها :

عن أنس - رضي الله عنه - : (أن النبي- صلى الله عليه وسلم - كان مع إحدى نساءه ، فمر به رجل ، فدعاه فجاء فقال : يا فلان هذه زوجتي فلانة ، فقال : يا رسول الله من كنت أظن به فلم أكن أظن بك ، فقال رسول الله- صلى الله عليه وسلم - : «**إن الشيطان يجربى من الإنسان مجربى الدم**» . (أخرجه الإمام أحمد في مسنده) .

ويفسر " ابن القيم الجوزية " هذا الحديث في (أبو البراء المعاني، 2000، ج6:61) بقوله : "وقد جعل الله للشيطان دخولا في جوف العبد ، ونفوذاً إلى قلبه وصدرة ، فهو يجري منه مجرى الدم ، وقد وكل بالعبد ، فلا يفارقه إلى الممات" .

وعن جابر بن عبد الله - رضي الله عنه قال: قال رسول الله- صلى الله عليه وسلم - : «**كفوا صبيانكم عند العشاء ، فإن للجن انتشاراً وخطفة**» . (أخرجه الإمام أحمد في مسنده) .

وجاء في تفسير هذا الحديث قول "الحافظ ابن حجر" في(نفس المرجع السابق:74) : " قال ابن الجوزي : إنما خيف على الصبيان في تلك الساعة ، لأن النجاسة التي تلوذ بها الشياطين موجودة معهم غالباً ، والذكر الذي يحرز منهم مفقود من الصبيان والشياطين عند انتشارهم .. فلذلك خيف على الصبيان في ذلك الوقت ، والحكمة من انتشارهم حينئذ أن حركتهم في الليل أمكن منها في النهار ، لأن الظلام أجمع للقوى الشيطانية من غيره ، وكذلك كل سواد " .

3 - أعراض المس :

توجد العديد من الأعراض التي تدل على مس أو اقتران الجن بجسد الإنسان ، وحسب (أبو البراء المعاني ، 2000 ، ج 11 : 284- 289) هناك أعراض يشعر بها المريض أثناء الرقية الشرعية ، وفي يقظته، وفي منامه .

ولعل مصطلح التخبط في الحركة، والقول ، والفكر ، والعمل يختصر أو يجمع معظم هذه الأعراض ، وسنحاول ذكرها في ما يلي :

أ - لأعراض أثناء الرقية الشرعية :

- الإغماء وتشنج الأعصاب .
- الترميل في بعض الأطراف .
- الصراخ الشديد والبكاء .
- شحوص البصر ، وطرف العينان يمنة أو يسرة ، أو ما يسمى بـ "الرأرة" .
- تغير في حجم بؤبؤ العين ، واحمرار العينين بشكل غير طبيعي .
- إغلاق العينين بسرعة وبصورة متكررة .
- انتفاخ الأوداج والصدر .
- القوة والقدرة الغير طبيعية .
- حركة غير طبيعية وغالبا ما تكون في منطقة البطن .
- القيء والاستفراغ .

- الاهتزاز والرجفة الشديتين.
- تغير الصوت كلياً في بعض الحالات ، أو إصدار أصوات غريبة .
- ب - الأعراض في اليقظة :
 - اليأس والإحباط المستمر ، والإحساس بالاختناق ، وضيق في التنفس .
 - سرعة الغضب والبكاء ، أو الضحك والبكاء بدون سبب أو لسبب تافه .
 - الصرع والتشنج خاصة في حالة الغضب أو الحزن الشديد .
 - الوسوسة والريبة التي تنتاب الممسوس ، والشك فيما يقوله وما يفعله باستمرار ، وذلك في أقرب الناس إليه.
 - الصدود عن المذاكرة ، أو الدراسة ، أو العمل ، أو الزوجة .
 - الحزن ، والاكتئاب ، والإحساس بالضغينة والبغضاء لأحب الناس إليه .
 - الصداع الدائم بلا سبب عضوي ، والشروذ الذهني .
 - الارتياح والتلذذ بقذارة الثوب ، والبدن ، والمكان .
 - التزيف عند بعض النساء ، وذلك بدون تحديد سبب طبي واضح .
 - الخمول ، والكسل ، وعدم وجود الرغبة أو الدافع لأي عمل ، والإحساس بآلام في الأعضاء بدون سبب عضوي واضح .
 - الامتناع عن الصلاة ، أو سماع القرآن الكريم ، أو البعد عن ذكر الله عز وجل .
 - الانكباب على المعاصي بشتى السبل والوسائل .

- الشراهة في الأكل والشراب .
- الكراهية الشديدة للمعالجين ، أو سماع أخبارهم ، أو ارتياد أماكنهم.
- آلام في الظهر والركبتين ، وكدمات بلون أسود مائل للزرقة أو الخضرة خاصة في الذراعين أو الفخذين ، وذلك بدون تحديد أسباب طبية .
- الإحساس بالمتابعة والملاحقة من قبل أشخاص، أو الشعور بوجود نفس بمحاذاة الشخص؛ وهو على فراشه استعدادا للنوم .
- التشكل بطرق مختلفة كالكلاب ، والققط ، والحيات، وذلك لترويع المريض وإيذائه .
- سماع أصوات أو رؤية أشباح ؛ تلمح من أمام الشخص بسرعة فائقة ، أو رؤية أنوار أو خيالات أو غيرها.
- الأرق والقلق ويكون ذلك ؛ إما بحدوث تقطع في النوم وعدم انتظامه أثناء الليل، أو عدم القدرة على النوم من أساسه.
- ج - الأعراض في المنام :
- الأحلام المزعجة والمتكررة ، كرؤية الققط والكلاب والحيوانات المفترسة (الأسود ، النسور ، الثعابين ، والعقارب خاصة ذات اللون الأسود).
- المشي دون الشعور بذلك ، أو البكاء ، أو الضحك أثناء النوم .
- الفرع الشديد بطريقة ملفتة للنظر أثناء النوم .
- رؤية أشخاص غريبة، أو سود الوجه ، أو طولي القامة ، أو الاعتداءات المتكررة من قبل بعض الرجال والنساء ، أو رؤية أشباح .
- القرص على الأنياب ، أو التأوه ، أو الكلام أثناء النوم .

- الشعور دوما أثناء النوم بشيء يجثم على الصدر (الجاثوم) .

- رؤية الممسوس لنفسه في المنام ؛ وكأنه يسقط من مكان عال ، أو طائرا في الهواء أو ماشيا على الماء .

- رؤية الممسوس لنفسه ؛ وكأنه في مقبرة أو مزبلة أو في خراب.

4- أنواع المس :

للمس أنواع وأشكال متعددة، وعادة ما يقسم من حيث تأثيره على الإنسان أو خطورته ، أو من حيث أعراضه في اليقظة والمنام وغيرها من التقسيمات ، وفيما يلي أهم هذه الأنواع :

أ - أنواع المس من حيث التأثير.

11- المس الكلبي :

يتميز هذا النوع حسب (أبو البراء المعاني، 2000 ، ج11:187) بوجود الجن في بدن المصروع، وبالتحديد في دماغه ، ويكون إما بشكل دائم ومستمر ، فتظهر أثناء الرقية وتتحدث على لسان المريض فيتعرض لغيوبة كاملة ، وقد تصرخ وتتوعد ، وتتأذى إيذاء شديد نتيجة لقراءة آيات من القرآن الكريم ، ويكثر حدوث هذا النوع من المس بسبب السحر ، أو الإيذاء والعشق الشديد للإنس.

كما قد يكون بشكل عارض ، ويتميز هذا النوع من المس بتواجد هذه الأرواح (الجن) بشكل مستمر ودائم ، وبحصول قراءة القرآن على المريض ؛ يفر الشيطان حين الانتهاء من الرقية ، ثم يعود مرة ثانية .

21- المس الكلبي بتأثير محسوس : يتميز هذا النوع من المس حسب (نفس المرجع السابق:189) بتواجد الجن بشكل مستمر ودائم، ولكن في عضو من أعضاء المريض، أو منتقلا من عضو لآخر مسببا آلام ، وأوجاع ، ومضاعفات، أو إصابة العضو بالشلل أو العطل لفترة وجيزة .

31 - المس الخارجي :

هو نوع من تواجد الجن خارج جسد المريض ، ومحاولة إيذائه بكل الطرق ، وحسب (المرجع نفسه :191)، قد يكون هذا المس دائم ومستمر ، بحيث لا تظهر أية أعراض أثناء الرقية ، بسبب عدم تلبس تلك الأرواح جسد المريض ، وهروبها أثناء أو قبل الرقية الشرعية ، ويكثر حدوث هذا النوع عن طريق السحر ، إيذاء الإنسان للجن ، أو العشق الشديد له ، وقد تتمثل بأشكال مختلفة كالكلاب ، والققط ، وغيرها من الحيوانات .

كما قد يكون هذا النوع عارض، بحيث تتواجد الجن بشكل مؤقت خارج جسد المريض لسبب عارض، كإيذاء بسيط تعرضت له من قبل الإنسان، فيحصل منها إيذاء بنفس القدر أو يزيد عنه، ويستمر لفترة قصيرة إلى أن ينتهي تدريجياً .

41 - المس المؤدي للمرض :

ويحدث هذا المس بطريقتين مختلفتين؛ إما بتأثير دون حصول أي أعراض طبية متعلقة بالمرض ، وبالتالي لا يتم معاينتها من خلال الفحص الطبي أو من خلال الرقية الشرعية .

وقد يكون التأثير مع ظهور الأعراض المرضية الخاصة بالمرض ، وقد يكون هذا النوع أيضاً إما بتأثير على الأمراض المرضية التي يعاني منها المريض أصلاً ، ويستفيد الجن من وجود ذلك المرض فيؤثر عليه بالزيادة مع استمرار العلة دون الاستجابة للأدوية الطبية .

كما قد يكون التأثير بإيجاد أمراض عضوية متنوعة ، والتي يكون منشؤها الجن والشياطين دون وجود أسباب عضوية معينة، نتيجة الإصابة ب "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ،

51 - مس الطائف (الجاثوم أو الكوايبس) :

يحدث هذا النوع من "المس" عند النوم، وهو نوع من تسلط الجن على الإنسان لفترة بسيطة لا تستغرق أكثر من دقائق ، فتحدث له مجموعة من الكوايبس ، قد تكون عارضة أو متكررة بسبب تسلط الجن وإيذائه للإنسان ولكن يمكن لهذه الأعراض أن تنتج عن أسباب طبية بحتة .

61- مس التابحة :

قال (ابن منظور، 1119 ، ج92:8) أن : " التابحة : الرئي من الجن ، ألقوه الهاء للمبالغة أو لتشنيع الأمر أو على إرادة الداهية ، جنية تتبع الإنسان ، وفي الحديث : أول خبر قدم من المدينة يعني من هجرة النبي - صلي الله عليه وسلم- امرأة كان لها تابع من الجن ؛ التابع ههنا : جني يتبع المرأة يجبها ، والتابحة ، جنية تتبع الرجل تحبه ، وقولهم : معه تابعة أي من الجن " .

71- مس الزار :

يعرفه "محمد سيد محمود" في (أبو البراء ، نفس المرجع السابق:218) بقوله : " الزار حفلة نسائية فيها الإسراف ، يُمَحَى فيها الاحتشام وأكبر الباعث عليها الآن التقليد والفخر والمباهاة ، والاستماع بكثير من الشهوات الحسية والمعنوية ، ومنشؤه مرض عصبي أو مس شيطاني يعتري النساء والرجال على السواء ، يزيده الغم والحلم والاحتباس في البيوت، والامتناع عن ذكر الله سواء بالصلاة أو العبادة ، ويخفف من حدته المحافظة على الصلاة والوضوء والاستغفار والدعاء " .

ويذكر الشيخ " أحمد هريدي" في (نفس المرجع السابق:218) أن : " الزار نوع من دجل المشعوذين الذين يوحون إلى ضعاف العقول والإيمان بأن المريض أصابه مس من الجن ، وأن لأولئك الدجالين القدرة على علاجه ، ومكثها إقامة الحفلات المشتملة على الاختلاط بين النساء والرجال بصورة غير محتشمة والإتيان بحركات وأقوال غير مفهومة " .

ب - أنواع المس من حيث الأعراض في اليقظة والمنام:

يقسم "المس" أيضا حسب (نفس المرجع السابق:243) من حيث مدى ونسبة ظهور الأعراض في اليقظة والمنام ، ويتراوح ما بين المس البسيط إلى غاية المس الخطير ، ونذكر هذه الأنواع فيما يلي:

1- المس البسيط : تظهر أعراض المس يقظة ومناما قليلة نسبيا ، حيث تتراوح نسبة ظهورها من 20 - 50% تقريبا .

2- **المس الوسيط** : هذا النوع أشد خطورة من السابق ، إذ تتراوح نسبة الظهور يقظة ومناما ما بين 50 - 70%، كما تظهر أحيانا بعض التصرفات عند المريض كالعدوانية ، خصوصا إذا تعرض للمضايقات من قبل الغير .

3- **المس الجسيم** : تشتد الأعراض في اليقظة والمنام كما تشتد العدوانية ، ويعتمد ذلك على طبيعة وقوة مس الجن ، وتتراوح نسبة ظهور الأعراض ما بين 70 - 90% تقريبا.

4- **المس الخطير** : في هذا النوع تظهر تقريبا جميع أعراض المس يقظة ومناما، ويصاحب ذلك ظهور حالة من الهبل والخبل والميول العدوانية، كالضرب، والشتم، والسب و، التكسير، والاعتداء بالأقوال والأفعال وما شابه ذلك .

5 - أسباب المس:

هناك العديد من الأسباب التي تتضافر بعضها أو جميعها لإحداث "المس"، نشرحها فيما يلي:

أ- أسباب تتعلق بحكمة الله ومشيئته :

قد يكون مس الجن للإنس نوع من ابتلاء الله (عز وجل) لعبده ، أو نوع من العقوبة الإلهية نتيجة اقتراف بعض الذنوب والمعاصي ، أو الانكباب على الشهوات ، فكلما ابتعد الإنسان عن ربه ، ونسى ذكره سبحانه وتعالى ؛ كان فريسة سهلة لاستحواذ الجن والشياطين عليه.

ب - أسباب تتعلق بطبيعة الجن :

- يكون المس نتيجة شهوة ، وهوى ، وعشق الجن للإنسان ، ويعتبر هذا من الفواحش التي حرمها الله ، كأن تخفف المرأة من ثيابها وتعرض نفسها أمام المرأة.

- يكون المس عن بغض ومجازاة ؛ ونقصد بهذا أن يؤدي بعض الإنس الجن ، أو أن يظنوا أنهم يتعمدوا أذاهم إما بالبول عليهم ، أو صب ماء ساخن ، أو بقتل بعضهم.

- يكون المس من عبث الجن وشركهم، ويعتبر هذا من أخف الأنواع .
- يكون المس نتيجة تسلط الجن بواسطة السحر، وذلك عن طريق تكليفهم من طرف السحرة والمشعوذين.
- يكون المس نتيجة الإصابة بالعين والحسد ، وهذا ما يؤكد الحديث الشريف الذي رواه أبو هريرة -رضي الله عنه - قال : قال رسول الله- صلى الله عليه وسلم - : « العين حق يحضرها الشيطان وحسد ابن آدم » ، لأن كثيرا ما تلتصق آثار العين بآثار الجن .
- ج- أسباب تتعلق بالإنسان نفسه :
- التخلي عن ذكر كتاب الله عز وجل ، وخلاء القلوب والألسنة من الذكر والدعاء.
- عدم قيام الإنسان بالتعاون والتحصينات النبوية والإيمانية ، وذلك عند دخوله الخلاء مثلا، أو جماع أهله دون ذكر الله تعالى .
- بعد الإنسان عن الدين والتوكل والتوحد، ويقين الجن والشياطين بخلو الإنسان من السلاح الذي يجعله يحمي نفسه من أذاهم وشركهم، كعدم المواظبة على الصلاة في أوقاتها، فإن تاركها معرض للمس الشيطاني.
- حالات تهيئ للجن الاقتران ببدن الإنسان، كالغضب ،والغفلة الشديدة ، والخوف ،والفرح الشديد ، والإفراط في الخلوة ، والوحدة الطويلة .

6 - تأويلات المس .

أ - علماء الدين :

إن معظم العلماء المسلمون يعترفون بوجود المخلوقات الغيبية ، لأن القرآن الكريم أقر بوجودها في العديد من الآيات الكريمة ، فمنذ أربعة عشر قرناً من الزمان يقول (عبد الرزاق نوفل ، دت:15) أوردتها النص القرآني الصريح الذي يعلن عن وجودها.

كما يكشف كل الحقائق العلمية الخاصة بمادة تكوينها ، وصفاتها ، وخصائصها ، ووظائفها ، وتكليفها ، مثل قول الله عز وجل في (سورة الرحمن : الآية 15): ﴿ وَخَلَقَ الْجَانَّ مِنْ نَّارٍ ﴾ ، وقوله سبحانه وتعالى في (سورة الحجر : الآية 27): ﴿ وَالْجَانَّ خَلَقْنَاهُ مِنْ قَبْلُ مِنْ نَّارِ السَّمُومِ ﴾ .

كما أن السنة المطهرة كانت واضحة في هذا الشأن ، فقد ثبت من حديث عائشة . رضي الله عنها. قالت : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم :- « **خَلَقْتُمُ الْمَلَائِكَةَ مِنْ نُورٍ ، وَخَلَقَ الْجَانَّ مِنْ مَارِجٍ مِنْ نَارٍ ، وَخَلَقَ آدَمَ مِمَّا وَصَفْتُمْ لَكُمْ** » .

فالجن والشياطين من الغيب الذي يجب أن نؤمن به ، حيث ينطق لوجودهم الكتاب والسنة والمشاهدة ، وإجماع كافة العلماء في عصر الصحابة والتابعين على وجودها ، والاستعاذة بالله من شرورهم .

أما عن مسألة صرع الجن للإنس ، فلقد اعترها الكثير من الاختلاف والنقاش ، رغم أنها ثابتة من الكتاب والسنة المطهرة ، وهما الأصل الأول والثاني ، مقران بحدوثه بنصوص صريحة وأدلة قطعية ، فالوحي نطق بدلالة أكيدة وشواهد عديدة حول هذه المسألة، كما سبق وأن شرحنا ذلك في عنصر أدلة المس .

وتؤكد كل هذه الأدلة الأذى الذي يصيب الإنسان جراء تسلط الجن ، والذي يتجسد في عملية "المس" ، وذلك نتيجة عدة أسباب، فيؤكد الشيخ "بن عبد الرحمان الجبرين" في (أبو

البراء ، 2000، ج6 : 105) أن الجن تتلبس بالإنس ، لأن الجني مجرد روح بلا جسد ، ونظرا لخفتها فإنها تدخل جسد الإنسان وتتغلب عليه ، فلا يبقى لروحه إحساس .

فمعظم علماء الدين والشريعة ينظرون إلى تلك الشكاوي الجسدية ، التي لا يوجد أساس عضوي لها ، والتي يقف الطب عاجزا أمامها ، والتي لا تظهر في التحاليل الطبية لأصحابها أي أسباب واضحة ، والتي يدرجونها ضمن ما يسمى بالأمراض الروحية ، والتي تتشابه أعراضها مع بعض أعراض الأمراض الجسدية والنفسية ؛ على أنها أعراض لمس الجن للإنسان .

ولكن رغم هذا الاتفاق ورغم هذا الإجماع ، إلا أنه يوجد من يخالف هذه الإثباتات وهذه الآراء بين علماء الدين ، حول هذه المخلوقات ومسألة دخول الجني بدن الإنسان ، فيوجد من بين بعض المشرعين كالمعتزلة مما أنكروا وجودهم إلى جانب الجهمية والقدرية ، وهما من بعض طوائف المسلمين .

كما يوجد من أهل العلم من ينكر حدوث "المس" ، ويرجعه إلى حالات من الوسوسة ، مثل "ابن عاشور" في (نفس المرجع السابق:123)، إذ يفسر ذلك أن إسناد "المس" بالنصب والعذاب إلى الشيطان لا حقيقة له ، لأن الشيطان لا تأثير له على بني آدم بغير الوسوسة ، لأنه ضعيف لا يقدر على صرع الناس وقتلهم ، وهو يمس الإنسان بوسوسته المؤذية ، فيحدث الصرع عند تلك الوسوسة ، وأن المس يكون من علل تصيب الجسم .

ويرى "زهير الشاوش" في (المرجع نفسه :129) أنه لا يوجد تلبسا حقيقيا ، وإنما هي حالات مرضية تصيب بعض الناس ، مما يعانون من ضعف في مداركهم ، أو يمرون بظروف وأحوال نفسية خاصة .

أما "حسان عبد المنان" فإنه يرى حسب ما ورد في كتابه "الأسطورة التي هوت" في (المرجع نفسه :131) أنه لا دليل واضح على وجود المس من الكتاب والسنة ، وعلى تأذى الجن من البول ، أو صب ماء حار ، لأن الجن حسب عالم لا تؤثر فيهم الماديات .

وهو ضد فكرة أن قراءة القرآن على المسوس تؤذى الجن ، لأنه يرى أن القرآن مصدر هداية لا تعذيب وإهانة ، ولا دليل على أن الصوت المتغير يؤكد على تلبس الجن ، وأن هذا صوته ، لأن الحالات النفسية عند الإنسان، تجعله أحيانا يلجأ إلى تمثيل أدوار من انفصام الشخصية ، وعندما يخاطب المعالج الجني، فإنه يخاطب الوهم الموجود في عقله اللاواعي.

ب - علماء النفس :

أغلب النفسانيين لا يعترفون بوجود مس الجن ، فهم يفسرون أغلب هذه الحالات على أنها حالات هستيرية إغمائية أو إقلابية ، أو حالة من فقدان الذاكرة الانتقائي .

ولكن يوجد العديد من أطباء الجسد وعلم النفس كما يشير " إبراهيم كمال أدهم " (في أبو البراء، 2000، ج6: 170) أن هناك حالات مرضية وقف العلم حائرا وعاجزا أمامها ، ومن أشهر هذه الحالات المس الروحي الناتج عن إيذاء الجن للإنس ، والأمراض الناجمة عن السحر ، الجسد ، والعين .

والأمراض التي تنشأ عن المس تشمل الهستيريا ، والصرع ، والأمراض النفسية خصوصا القلق النفسي والشك.

وتلجأ " حياة الرايس " في (عزة شرارة بيضون ، 1998 ، ط1: 148) إلى استعمال وتوظيف مفردات تحليلية نفسية لتأويل ظاهرة المس في كتابها الموسوم بـ "جسد المرأة من سلطة الإنس إلى سلطة الجان" ، إذ تؤكد أن المرأة تستنجد في لا وعيها بالجن ، لأنه لا يخضع لنواميس الإنس ، ولا يحاسب على أفعاله من طرف الضمير الجمعي ، فهي تهرب إليه لأنها تهرب من نواميس وقوانين المجتمع ، ولأن الجان هي كائنات خفية تتمتع بحرية وقوة مطلقة ، ولأن سلطتها معاكسة وأقوى من سلطة الإنس ، فهي تستطيع الإطاحة به وأذيته خاصة إذا شكك أو كذب في وجودها .

وبما أن الجان تستطيع التكلم على لسان الممسوسة ، فإن أقوالها وأفعالها يحددها ويتحكم فيها الجني ، فهي بذلك تضمن مصداقيتها وتجعل خطابها محصن ومحاط بهالة من القدسية ، لأن لا أحد يستطيع أن يكذب الجن وينكره .

فالعلاقة بينها وبين الإنس هي علاقة خوف ، ورعب ، وخضوع مطلق ، واستسلام من طرف الإنسان ، وانتقام من طرف الجان ، فالمرأة التي تعجز عن التكيف مع منظومة المجتمع التي تعيش فيه ، أو ترفض التأقلم مع قيوده وقوانينه (كأن يفرض عليها الزواج مثلا) ؛تدخل في علاقة فردية مع الجن ، وذلك لتخفف من شدة غربتها وعزلتها عن المجتمع ، فتنجح بذلك في تحقيق هدفها ورغبتها .

وعندما يلجأ المريض العقلي إلى جانب محيطه الأسري ومجتمعه التقليدي ؛إلى الاحتماء بمختلف التصورات الشعبية حول ظاهرة "المس" ، فإنه حسب ما يشير إليه " *بن إسماعيل* " في (بن عبد الله محمد، 2010 : 91)، سيكون في منأى عما يمكن أن يرتبط به من نقائص ، أو عيوب ، أو عار ، أو خطورة ، وهذا ليس معناه أنه خال من أي مشكل أو اضطراب نفسي أو اجتماعي أو حتى عضوي .

فبالرغم من التداخل والتشعب الكبير لهذه المواقف وهذه الاتجاهات ، فإنها تُجمع وتتفق كما يرى " *علي عويطة* " في (نفس المرجع السابق :92) على أن مفهوم المس مهما كانت تفسيراته ، وتحليلاته ، وتأويلاته ، فإنه يوظف ثقافيا ونفسيا لتحقيق غايات متعددة ، سواء لإشباع رغبات مستعصية ، أو لمحاربة اعتداءات وهمية محتملة أو حقيقية ، أو للتخلص من القلق وتغطية النقائص والعيوب (نقائص المحيط السري والتغطية على مسؤولياته) .

ج - علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا:

يُجمع أغلب هؤلاء العلماء أن ظاهرة المس ؛ تشمل المجتمعات التي تسودها المعتقدات الدينية والسحرية الخاصة والتقليدية ، فتعبر عنها الخرافات والتي تشكل وتهميئ الأرضية الملائمة لبروز ردود الفعل المتعلقة بالمس.

إن التعرض للمس هو أمر قدرتي يصيب الرجال والنساء على السواء ، ولكن تؤكد بعض الدراسات الأنثروبولوجية أن الغلبة المطلقة للنساء من جمهور المرضى ، حيث تصفهم (عزة شرارة بيضون ، 1998: 143) بـ "الممسوسات المحسودات".

فاتصال الجن بالنساء أكثر من اتصاله بالرجال ، وهذا ما يؤكد التردد الكبير للنساء على الرقاة الشرعيين بالمقارنة مع الرجال ، وربما يرجع هذا إلى أن النساء تعيش في وضعيات ضاغطة أكثر من الرجال ، فتجعلها هدفا سهلا للجان هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإنها تتواجد كثيرا في أماكن تتواجد الجن (أماكن الغسيل ، أو المجاري ... إلخ) .

إذن فالمس هو خصوصا مرض نسائي، وهذا ما تؤكد "ورد - Ward, C" في (نفس المرجع السابق:146)، فهي ترى أن دونيتها الاجتماعية والاقتصادية ، وضيق دائرة أدوارها ، واختياراتها ، ومبادراتها ؛ يحدان من آليات التكيف والتوافق المتاحة لها داخل هذا المجتمع التقليدي ، فالمرأة لا تملك في هذه المجتمعات سلطة المبادرة أو سبل التكيف إزاء بعض الوضعيات الجديدة أو الضاغطة ، كالبحث بشكل صريح عن حبيب جديد بديل للزوج المهاجر ، أو الزوج الخائن ، أو إجهاض ، وغير ذلك .

فالمعايير الاجتماعية تتوقع من المرأة أن تكون طاهرة ، ومخلصة ، ومحبة ، ومتفانية في خدمة الجميع ، وذلك على حساب مشاعرها ، ورغباتها ، وطموحاتها ، فإذا ما تعرضت لوضعية ضاغطة كحب تعيس أو أمومة غير مشبعة ، فإن المس يصبح الاستجابة الأكثر ملائمة وفائدة لمواجهة هذه الضغوطات والمعوقات العاطفية والاجتماعية.

إن المس يحتوى على أبعاد نفسية ، واجتماعية ، وسياسة هامة ؛ إذ تؤكد "ورد - Ward" في (المرجع نفسه:147)، أن المس ليس شكلا ثقافيا للعصاب فقط ، وإنما هو شكل ضعيف من أشكال الاعتراض على الشروط الاجتماعية والاقتصادية القائمة .

فالمرأة حينما تصاب بالمس ؛ فإنها تورط زوجها وأسرتهما في مسار عملية الشفاء ، والتي تستهلك مالا ووقتا كبيرين ، فهي بذلك تجلب اهتمام زوجها والمجتمع ، وتجعله يدفع ثمن دوره التسلطي ، فالمس هو وسيلتها للانسحاب من العالم ، وتحدي هيمنة الرجل ، والحد من سلطته ؛ الأمر الذي يسبب له الحرج والمهانة في هذا العالم، ويستنزف مصادره المادية والاجتماعية .

كما يعتبر المس شكلا من أشكال الصعوبات التكيفية، وهذا ما تؤكد الباحثة "ورد - Ward" C في (نفس المرجع السابق: 146) ، لأنه ينتج عن مجموعة الضغوط التي تعطل قدرات الفرد وتمنعه من التوافق ، ولعل أهم المصادر الرئيسية للضغوط هي الصعوبات والمشاكل الأسرية والجنسية.

فالمريضة حسب هذه الباحثة تختار المس كاستراتيجية تكيفية ؛ لما يؤمنه لها من امتيازات أساسها التأويل الثقافي ، فغاية المس هو تعذيب المسوسة عن طريق روح شريرة دافعها الحقد والانتقام ، وهو المسؤول عن اضطراباتها السلوكية والنفسية .

7- الوقاية والعلاج من المس :

إن الأصل في مسألة الوقاية والعلاج من مس الجن، أن يلجأ الإنسان للأسباب الشرعية والحسية المباحة في دفع ورفع أذية الجن، وهناك مستويين من علاج المس :

أ - علاج يدفعه (الوقاية) :

ويكون ذلك بأن يحرص الإنسان على الأوراد الشرعية الصباحية والمسائية، وهي معروفة عند أهل العلم منها آية الكرسي ، فإن من قرأها في ليلة لم يزل عليه من الله حافظ ولا يقربه الشيطان حتى يصبح ، وكذلك سورة الإخلاص ، والفلق ، والناس .

والأحاديث التي وردت عن الرسول . عليه الصلاة والسلام . فليحرص الإنسان عليها صباحا ومساء ، فإن ذلك من أسباب دفع أذية الجن والوقاية منه .

ب - علاج يرفعه :

إن وسيلة إخراج الجن هي قراءة القرآن الكريم ، لأن فيها تخويف وتذكير واستعاذة بالله عز وجل حتى يخرج .

فمحاربة الجن تكون وقائيا وعلاجيا في نفس الوقت ، وذلك بالاستعاذة من الجن ، وقراءة المعوذتين كثيرا ، وسورة البقرة لقول رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « **فإن البيت الذي يقرأ فيه سورة البقرة لا يقربه الشيطان** » (أخرجه الإمام أحمد في مسنده)، وكثرة الذكر بأنواعه، وكثرة الأعمال الصالحة ، ومجالسة الصالحين ، والبعد عن الذنوب والمحرمات .

ثانياً - السحر.

1 - المفاهيم الأساسية والمرتبطة بالسحر.

أ - المفاهيم الأساسية للسحر .

ب - المفاهيم المرتبطة بالسحر .

2 - أدلة السحر.

أ - من كتاب الله (عز وجل).

ب - من السنة المطهرة.

3 - أعراض السحر.

أ - الأعراض الخاصة بالحالة المرضية .

ب - الأعراض الخاصة بطبيعة السحر ومكانه.

4 - تصنيفات السحر وأنواعه .

أ - تصنيفات السحر عند العلماء المسلمين .

ب - تصنيفات السحر عند علماء الأنتروبولوجيا والاجتماع .

5 - النظريات المفسرة للسحر.

أ - نظرية سيجموند فرويد (S . Freud).

ب - نظرية روهائم الإيجابية .

ج - نظرية الضغوط الاجتماعية.

د - نظرية الأرقام .

هـ - النظرية الوظيفية (نظرية صمام الأمان النفسي).

6 - الطرق المتبعة في علاج السحر.

1 - المفاهيم الأساسية والمرتبطة بالسحر .

أ - المفاهيم الأساسية للسحر .

1أ - مفهوم السحر لغة :

السحر في اللغة العربية حسب تعريف المعجم الوسيط في (سامية حسن الساعاتي، 1983: 49) هو: " كل أمر يخفى سببه ويتخيل على غير حقيقته ، ويجري مجرى التمويه والخداع ، وكل ما لطف مأخذه ودق .

2أ - مفهوم السحر اصطلاحاً :

يعرف " الطيار والمبارك " في (سعد بن سعيد الزهران وعلي بن صديق الحكمي ، 2006 : 16) السحر بأنه : "عزائم ورقى وعقد تؤثر في القلوب والأبدان ، فيمرض ويقتل ويفرق بين المرء وزوجه ، ويأخذ أحد الزوجين عن صاحبه " .

ويعرف قاموس علم الاجتماع في (غيث محمد عاطف ، 1979 : 275) السحر بأنه : " مجموعة أساليب تستخدم للتأثير على القوى الطبيعية أو الخارقة للطبيعة ، عن طريق أداء بعض الممارسات الشعائرية التي يعتقد أنها تؤدي إلى النتائج المرغوبة... فعندما يفشل الدين والعلم في إشباع الرغبات الإنسانية وحل المشكلات الملحة ، قد يلجأ السحر محلها ويقوم بدور التوافق" .

3أ - مفهوم السحر في القرآن الكريم والشرع الإسلامي :

ورد ذكر السحر في القرآن الكريم حسب (سامية حسن الساعاتي، 1983 : 51) كثيرا بمعنى الخداع والتخيل ، ومن ذلك قول الله تعالى في (سورة الأنعام : الآية 7) : ﴿ وَلَوْ نَزَّلْنَا مَلَايِكَةً كَاتِبًا فِيهِ قُرْطَاسٍ فَلَمَسُوهُ بِأَيْدِيهِمْ لَقَالَ الَّذِينَ كَفَرُوا إِنْ هَذَا إِلَّا سِحْرٌ مُّبِينٌ ﴾ ، أي تخيل لا حقيقة ، وخداع للبصر والحواس .

ولقد اختلف العلماء المسلمين في معنى السحر ، فقال بعضهم حسب (المرجع السابق : 52) هو خدع ومخاريق ومعان يفعلها الساحر، حتى يخيل إلى المسحور الشيء أنه بخلاف ما هو به نظير، وقال البعض الآخر أنه أمر خارق للعادة ، وغير مألوف للبشر وخفي سببه ، يتخيله الناظر ويجري مجرى التمويه والخداع .

وعن عائشة - رضي الله عنها - أن النبي لما سحره يهودي من يهود بني زريق، يقال له لبيد بن الأعصم ، حتى كان رسول الله - صلى الله عليه وسلم - يخيل إليه أنه يفعل الشيء وما يفعله ، كما أنهم عقدوا عقد سحر للرسول - صلى الله عليه وسلم - ، وجعلوها في بئر ذروان ، حتى كان رسول الله - صلى الله عليه وسلم - ينكر بصره ، ودله الله على ما فعلوا ، فكان الرسول يقول سحرتني بني زريق ، وفي ذلك نزل قوله تعالى: ﴿ قُلْ أُمُودٌ بِرَبِّ الْفَلَقِ {1} مِنْ شَرِّ مَا خَلَقَ {2} وَمِنْ شَرِّ حَاسِدٍ إِذَا حَسَدَ {3} وَمِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ {4} وَمِنْ شَرِّ الْيَهُودِ وَالنَّسَارَةِ إِذَا هَمَّتْ {5} ﴾ .

4- مفهوم السحر في علم الاجتماع وعلم النفس والأنثروبولوجيا :

يعتبر السحر حسب (سامية الساعاتي ، 1983 : 54) فن إنساني بمعنى أنه يمارس فقط بواسطة الإنسان ، وتعود جذوره إلى تعدد الأنشطة الإنسانية ، وهو طريقة للسيطرة على القوى الطبيعية ، وإلى لوي ذراعها لمصلحة الإنسان وإرادته .

ويعطي السحر لممارسيه والمشتغلين به قوة اجتماعية كبيرة ، ففي كل المجتمعات تقريبا نجد أن الساحر هو الشخص الوحيد الذي يمكن أن يقارن بالرئيس من ناحية النفوذ والتقدير والسلطة ، وهنا يلعب السحر دورا مهما من حيث قوى الضبط الاجتماعي .

والسحر في المفهوم الأنثروبولوجي حسب (نفس المرجع السابق : 55) يشير إلى مركب من المعتقدات والأفعال ، والتي يحاول الأشخاص والجماعات على أساسها وبواسطتها ؛ السيطرة على بيئتهم بطريقة تحقق أهدافهم ، وأصل الفعل السحري هو استناده على معتقد لم نختبر صحته بعد، وأنه موجود تحت السيطرة ، والمظهر الأول يميزه عن العلم ، أما الثاني فيميزه عن الدين .

أما السحر في المفهوم السيكولوجي والتحليلي النفسي ، فإنه يمثل امتدادا لمفهومه الأنثروبولوجي ، فلقد استطاع "فرويد - Freud" حسب (الساعاتي، 1983 : 57) أن يطبق استنتاجاته النفسية إزاء علم الأنثروبولوجيا ، وذلك من خلال نشر كتابه "الطوغم والتابو" سنة 1912 ، والذي عرض فيه مقارنة بين الميكانيزمات العصائية كما تظهر في التحليل النفسي ، وبين بعض النظم الاجتماعية والقبلية ، وخاصة ما يتعلق بالحرمت ، والطوطمية ، والسحر .

فالسحر يعتبر حسب "فرويد" مرض نفسي يصيب بعض الأشخاص أو بعض المجتمعات ، وهو بمثابة ردة إلى التفكير البدائي وإلى المرحلة الطفولية ، وبذلك فهو يعتبر عرضا نكوصيا .

ويتفق أنصار "فرويد" مع رأي "مالينوفسكي" في أن السحر فعال ، لأنه يعد نوعا من التفرغ الانفعالي بلغة التحليل النفسي ، كما أن الرمزية في السحر لها دلالة ، لأنها تتجاوب مع المشاعر المكبوتة للساحر وجمهوره.

ويرى "كيمف - Kempf" في (نفس المرجع السابق : 58) أن المعتقدات السحرية تعد مجهودات نفسية علاجية لتقليل الضغوط الفسيولوجية التي تحدث في محيط اجتماعي ، وقد صنع الإنسان أساليبه الثقافية ومعتقداته في السحر، لكي يضبط تلك الوظائف الفسيولوجية ، وبالضبط كما أجبرته آلام الجوع على أن يحتزن طعامه لوقت الحاجة .

ب - المفاهيم المرتبطة بالسحر .

1- الشعوذة (Sorcery witchcraft) :

عادة ما يرتبط مصطلح السحر بالشعوذة في الكثير من الأحيان ، وحسب (غيث محمد عاطف ، 1979 : 514) الشعوذة هي ممارسة السحر الأسود ، كما يوجد اعتقاد سائد في المجتمعات البدائية بوجود قوى خفية وخرافة للعادة تستخدم في أغراض ضارة وشريرة .

2- الكهانة والعرافة (Divination) :

تعرف (سامية حسن الساعاتي ، 1983: 78) الكهانة فتقول : " إن الكهانة هي حرفة الكاهن والكاهن كل من تعاطي علما دقيقا ، ومن العرب من كان يسمى المنجم والطبيب كاهنا" .

كما تعرف العرافة حسب (نفس المرجع السابق : 77) بقولها : " العرافة لغة هي حرفة العراف والعراف هو المنجم وطبيب العرب ، والعرافة (witchcraft) هي فن التنبؤ بواسطة الاتصال بالأرواح الشريرة، وكان معناها الأصلي عكس ما صار شائعا عنها ، فلقد كان العراف هو الشخص صاحب الحكمة والبصيرة ، وقد اشتقت هذه اللفظة الإنجليزية (witch) من الكلمة (wit) ومعناها (يعرف أو يدرك) ، ولكن منذ حوالي القرن الخامس عشر ، اقتصر استخدام كلمة عرافة على الاشتغال بالسحر بواسطة التنجيم أو الرجم بالغيب، سواء كان الممارس لها رجلا أو امرأة " .

3- الخرافة والتفكير الخرافي (superstitious think) :

يعرف معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية في (سعد بن سعيد الزهران وعلي بن صديق الحكمي، 2006: 17) الخرافة (superstition) بأنها : "جملة الأفعال أو الألفاظ أو الأعداد ، والتي يظن أنها تجلب الحظ أو النحس ، والخرافات عبارة عن روايب معتقدات دينية قديمة ، لا تجد سندا لها من المعتقدات الدينية السائدة ، أو من الحقائق المقررة ، كما يدل الاصطلاح على الارتباط بمبدأ أو منهج من غير نقد أو تحليل " .

أما التفكير الخرافي فتراه (الساعاتي ، 1983: 63) أنه تفكير يستند إلى أسباب غير طبيعية وغير صحيحة أو غيبية ، ولا يستطيع تحديدها والتحكم فيها ، وذلك لغرض تفسير أو حل مشكلات طبيعية .

ج - المفاهيم المتعلقة ببعض الوسائل والإجراءات السحرية الهامة .

1 - التعويذة :

تعتبر التعويذة حسب (المرجع السابق : 81) من أهم الوسائل المستخدمة في عملية السحر، وهي عبارة عن : " كلمات مفهومة أو غير مفهومة يقولها الساحر أو يكتبها بطريقة معينة ، ويؤمر الشخص الذي تعمل التعويذة لصالحه ، بأن يضمها في مكان معين سواء في جسمه أو في مكان قريب من جسمه ، أو في مكان قريب من عدوه ، إذا كان يطلب قهر ذلك العدو أو إبطال مكائده والتغلب عليه."

2 - العجائب :

يذكر " أحمد أمين " في (المرجع نفسه : 81) أن أكثر من اشتهر بعمل واستعمال الحجاب هم المصريين ، وأهالي تونس ، والجزائر ، ومراكش ، والسودان ، والأحجبة " تكتب بحجر أحمر أو أخضر ، ثم تطبق الورقة وتوضع في جلد أحمر، ويعلقها في رقبتهم من أراد ، ويكون الحجاب تحت الثياب "

3 - التحويلة :

يشير (محمد الجوهري ، 1980 : 216) أن التحويلة هي عبارة عن : "حجاب للوقاية يحمل تحريزا من أي عمل سحري ضار يوجه للإنسان ، وتقوم فكرته على أساس أنه ما دام الإنسان قادرا (من وجهة نظر المعتقد الشعبي) على استخدام السحر في إيقاع الضرر بالآخرين ، فلا بد أن الآخرين لديهم في الوقت نفسه ، وبالدرجة نفسها قدرة على إيقاع الضرر به ، ولهذا وجب عليه التحوط من الأعمال السحرية الضارة الموجهة إليه "

4 - الربط :

يسمى في المعتقد الشعبي بـ "الرباط" ، ويشير " أحمد أمين " في (الساعاتي ، 1983 : 85) أنه عمل سحري يعملها الشيخ ويتلو عليه عزائم ، يزعم الناس أنه يعوق الرجل عن الإتيان بالأعمال الجنسية ،

فيلجأ المربوط إلى الشيخ ليحل هذا الربط ، فإذا حل عاد الرجل إلى طبيعته الأولى ويكثر ذلك في القرى.

5- الرقية :

يذكر " أحمد أمين " في (نفس المرجع السابق : 38) أن الرقية هي: " تعويذة يستعان بها من الشر ، وقد تكون الرقية من عين حاسدة ، ولهم في ذلك طرق كثيرة ، من ذلك أن تؤخذ قطعة من طرف ثوب صاحب العين وتحرق في النار ، وتتلي عليها التعويذة " .

ومن الرقى المستعملة في المجتمع الجزائري ؛ تعليق كيس صغير به القليل من الملح في رقبة الطفل ، كما توجد أيضا الرقية الشرعية التي يستعمل فيها القرآن الكريم فقط للوقاية والعلاج ، أما ما ذكر سابقا فهي نوع من الرقية التقليدية .

6- العين والحسد :

تعتبر من المفاهيم المتعلقة بالسحر ، وسند شرحها في مواضع أخرى من هذه الدراسة (الجزء الخاص بالعين).

2 - أدلة السحر .

أ - من كتاب الله (عز وجل) :

يقول الله عز وجل في (سورة البقرة : الآية 102) : ﴿ وَمَا يُعَلِّمَانِ مِنْ أَحَدٍ حَتَّى يَقُولَا إِنَّمَا نَحْنُ فِتْنَةٌ فَلَا تَكْفُرْ ﴾ .

قال "ابن كثير" في تفسيره لهذه الآية في (أبو البراء المعاني ، 2008 ، ج8 : 56) : " قال أبو جعفر الرازي عن الربيع بن أنس عن قيس بن عباد عن ابن عباس قال : فإذا أتاهما الآتي يريد السحر نهياه أشد النهي وقالوا له : إنما نحن فتنة فلا تكفر وذلك أنهما علما الخير والشر والكفر والإيمان ، فعرفا أن

السحر من الكفر قال : فإذا أبي عليهما أمره أن يأتي مكان كذا وكذا فإذا أتاه عاين الشيطان فعلمه فإذا علمه خرج منه النور منظر إليه ساطعا في السماء فيقول : يا حسرتاه يا ويله ماذا صنع .

وقال السدي : إذا أتاهما إنسان يريد السحر وعظاه وقال له : لا تكفر إنما نحن فتنة فإذا أبي قال له : ائت هذا الرماد فبُلب عليه ، فإذا بال عليه خرج منه نور فسطع حتى يدخل السماء ، وذلك الإيمان وأقبل شيء أسود كهيئة الدخان حتى يدخل في مسامعه وكل شيء ، وذلك غضب الله فإذا أخبرهما بذلك علماه السحر .

ب - من السنة المطهرة :

يذكر (أبو البراء المعاني ، 2008 ، ج8 : 58) بعض الأدلة من السنة المطهرة ، والتي تؤكد على وجود السحر نذكرها فيما يلي :

عن أبي هريرة - رضي الله عنه - قال : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « اجتنبوا السبع الموبقات ، الشرك بالله ، والسحر ، وقتل النفس التي حرم الله إلا بالحق ، وأكل الربوا ، وأكل مال اليتيم ، والتولي يوم الزحف ، وقذف المحصنات المؤمنات الغافلات » (أخرجه الإمام البخاري في صحيحه) .

وعن أبي هريرة - رضي الله عنه - قال : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « من أتى محرافا أو كاهنا فصدقه بما يقول ، فقد كفر بما أنزل على محمد » . (أخرجه الإمام أحمد في مسنده) .

وعن عمران بن حصين - رضي الله عنه - قال : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « ليس منا من تطير ولا من تطير له ، أو تكهن أو تكهن له ، أو تسحر أو تسحر له » . (أخرجه الطبراني في الكبير) .

3 - أعراض السحر .

أ - الأعراض الخاصة بالحالة المرضية :

قد تظهر على المصاب بالسحر كافة أعراض المس التي ذكرت من قبل ، وخاصة إذا كان تأثير السحر بسبب تسلط الجن على المريض وملازمته له ، ولكن هناك أعراض خاصة تظهر على المسحور دون غيره ، نذكرها فيما يلي :

- الأعراض المضادة للواقع ، مثل كره الزوج لزوجته أو العكس، أو كره الأقارب بعد الشعور بالحب والمودة ، أو كره العمل بعد النشاط وغير ذلك ، وبصفة عامة يتغير تصرف المريض وسلوكه في نفسه وأهله وماله ، ولكن لا بد من التأكد من كافة الجوانب المتعلقة بالمريض ، كالنواحي الاجتماعية ، والأسرية ، والاقتصادية وغيرها ، لأنها قد تكون سببا في حدوث ذلك ، أو قد ترجع إلى الحسد والعين وغيرها .

- التأثر الشديد ، والانفعال ، والاضطراب ، وخاصة عند قراءة الآيات المتعلقة بالسحر .

- البكاء والصراخ الشديدين.

- الاستفراغ أثناء الرقية ، أو بعد استخدام العلاج اللازم ، ويحدث هذا خاصة لدى الحالات التي أعطيت السحر عن طريق الفم "التوكال" ، فالمواد المستفرغة قد تكون غريبة اللون أو الشكل ، وقد يحدث مع الاستفراغ خروج قطع من الدم أو شعر أو خيوط معقدة... إلخ .

كما ترى " أسماء الحسين " في (أبو البراء المعاني، 2000، ج6:11) أنه توجد مجموعة من المعايير أو الأعراض للفرقة بين السحر والاضطراب النفسي نعرضها فيما يلي :

- يشيع في حالة السحر أعراض المريض عن ذكر الله تعالى .

- رفض المسحور علاج نفسه بالقرآن الكريم .

- تأثير السحر على شخص يكون بتحديد معين ، كمن يربط عن الزواج مثلاً .
- يجهل المريض أنه واقع تحت تأثير السحر ، ويقوم بفعل أشياء لم تكن من طبعه أو متوقعة منه، وقد يستغربها هو نفسه .

- يرى المريض في منامه كثيرا من مشاهد الخراب والظلام والحيوانات ، كالأفاعي والقطط السوداء .

ب - الأعراض الخاصة بطبيعة السحر ومكانه :

- الشعور بالحرارة تنطلق من بعض الأعمال السحرية حال الكشف عنها ، أو وضعها باليد والقراءة عليها، سواء من قبل المريض أو المعالج ، بحيث تتفاوت درجة هذه الحرارة بحسب قوة السحر وتأثيره ، وعادة ما تكون من الخواتم ، أو الحديد ، أو الرصاص ، أو بعض التمايم الأخرى .
- الأماكن التي توضع فيها السحر خاصة التربة ، غالبا ما يؤدي ذلك إلى فسادها ، بمعنى عدم صلاحيتها للزراعة والاستصلاح .

4 - تصنيفات السحر وأنواعه :

تتنوع أشكال السحر من ثقافة إلى أخرى ، ومن عصر إلى آخر، بل ومن شريحة اجتماعية إلى أخرى ، فالعلماء والباحثون يذهبون في تقسيم السحر إلى تصنيفات ومذاهب شتى ، ويرجع هذا الاختلاف إلى الخلفيات المتباينة لهؤلاء ، ومنهم من يصنفه وظيفيا أو وصفيا أو تصنيفا إجرائيا .

ويلاحظ أن غالبيتهم يتجه إلى التصنيفات الثنائية للسحر ، فهناك من يصنفه إلى سحر أبيض وأسود ، وسحر سلبي وإيجابي ، وسحر تعاطفي وتشاكلي ، وسحر حقيقي وغير حقيقي ، وسحر رسمي وشعبي ، وهناك من يصنفه تصنيفا منفردا .

أ - تصنيفات السحر عند العلماء المسلمين :

يورد "ابن كثير" في تفسيره نقلا عن "فخر الدين الرازي" في (سعد الزهران وعلي الحكمي ، 2006 : 34) أن للسحر ثمانية أنواع ، وهذا التقسيم يكاد يكون الأساس لكافة التقسيمات التي أوردتها العلماء من بعد الرازي وهذه الأنواع هي :

- النوع الأول : سحر الكلدانيين والكشديانيين الذين كانوا يعبدون الكواكب السبعة المتحيرة ، أو السيارة وكانوا يعتقدون أنها مدبرة للعالم ، وأنها تأتي بالخير والشر ، وهم الذين بعث الله (عز وجل) إليهم إبراهيم الخليل - عليه الصلاة والسلام - مبطلا لمقاتلهم ورادا لمذاهبهم كما يورد "ابن كثير".

- النوع الثاني : سحر الوهم ويسميه سحر أصحاب الأوهام والنفوس القوية ، ويرى أن هذا النوع يعتمد على إيهام الآخرين بما يرون على أنه حقيقة وما هو بحقيقة ، وما هذا إلا استغلال لسذاجة الآخرين.

- النوع الثالث : السحر الذي يستعين فيه الساحر بالأرواح الأرضية ، وهم الجن كما يقول "ابن كثير" خلافا للفلاسفة والمعتزلة ، والجن في هذه الحالة قسمان : قسم مؤمن وقسم كافر وهم الشياطين.

ويورد "ابن كثير" أن الاتصال بشياطين الجن ، وهي الأرواح الأرضية أسهل من الاتصال بالأرواح السماوية ، ويحصل الاتصال بالأرواح الشريرة أو الشياطين ، عن طريق الرقى والتجريد ، وهذا ما يطلق عليه أحيانا بالعزائم أو عمل التسخير للجن .

- النوع الرابع : سحر التخيلات والأخذ بالعيون والشعوذة ، ويقول في ذلك أن البصر قد يخطئ ويشغل بالشيء المعين دون غيره ، وهنا يقوم الساحر بإشغال الناس ، وذلك عن طريق جعلهم يركزون على شيء معين ، ويقوم هو بعمل شيء آخر بسرعة شديدة ، أي مثلما تم من قبل سحرة فرعون ، فما قاموا به إنما هو نوع من الشعوذة .

- النوع الخامس : سحر الأعمال العجيبة القائم على استخدام خواص المواد ، واستغلال تركيب الآلات الخاصة بنسب هندسية خاصة ، ومن ذلك ما ذكره المفسرون في قصة سحرة فرعون ، حيث قاموا بحشو حبالهم وعصيهم زئبقا ، وجعلوا من أسفلها حرارة خاصة ، فصارت تتلوى بسبب ما فيها من ذلك الزئبق ، فحيل إلى الرائي أنها تسعى وتتحرك باختيارها .

- النوع السادس : سحر الاستعانة بخواص الأدوية في الأطعمة والدهون قال : واعلم أنه لا سبيل إلى إنكار الخواص ، فإن تأثير المغناطيس مشاهد ، قلت - أي ابن كثير - : ويدخل في هذا القبيل كثير ممن يدعي الفقر ويتحايل على جهلة الناس بهذه الخواص ؛ مدعيا أنها أحوال له من مخالطة النيران ومسك الحيات إلى غير ذلك من الحيل.

- النوع السابع : سحر التعليق للقلب ، وهو أن يدعي الساحر أنه عرف الاسم الأعظم ، وأن الجن تطيعه وتنقاد له في أمور كثيرة ، وهذا يتوقف على المستمع إلى الساحر ، فإذا كانت لديه قابلية للإيحاء ، أو أنه لا يستطيع التمييز ؛ فإنه قد يصدق ما يسمع بسبب الخوف ، فإذا حصل ذلك كما يقول : ضعفت القوى الحساسة ، وعندها يتمكن الساحر من فعل ما يريد.

- النوع الثامن : هو السعي بالنميمة من وجوه خفية ، وهذا شائع بين الناس ومعلوم أن أثر النميمة شديد ، ويشبه أثر السحر في التفريق بين الأفراد ، ويتوقف هذا النوع على مدى ذكاء القائم به .

ب - تصنيفات السحر عند علماء الانثروبولوجيا والاجتماع :

11 - السحر الأبيض والسحر الأسود :

إن تصنيف السحر إلى أبيض وأسود حسب ما تشير إليه (سامية حسن الساعاتي ، 1983 : 89) يعتبر من أشهر التصنيفات الثنائية ، ويعد "جيمز فريزر - Frazer" من أهم العلماء الذين اعتمدوا هذا التقسيم .

فالسحر الأبيض يُلبى أغراضا تعود على الفرد والمجتمع بالنفع ، دون أن تلحق الأذى بالآخر، أو تتعارض مع أعراف وقوانين المجتمع ، ولعل أهم نوعين من هذا السحر في كل أنحاء العالم : هما السحر الخاص بنبؤ المستقبل أو الغيب ، والسحر الخاص بالعلاج ، والتداوي ، والتطبيب .

أما السحر الأسود فيهدف إلى تحقيق المصالح الشخصية ، وإلحاق الضرر والأذى بالآخر ، ومن أهم أشكاله ؛ الانتقام الذي يعتبر أيضا نوع من السحر العدواني .

21 - السحر التشاكلي والسحر الاتصالي :

يمكن فهم هذين النوعين من السحر حسب الباحثة (سامية الساعاتي 1983: 90) بإطلاق عليهما تسمية واحدة وشاملة ، بما يعرف بالسحر التعاطفي أو التواددي ، القائم على مبدأ أو قانون التوادد ، فهما يفترضان إمكان تأثير الأشياء بعضها ببعض من بعيد عن طريق نوع من التعاطف أو التوادد الخفي ، بحيث ينتقل ذلك التأثير من شيء لآخر ، وذلك خلال ما يمكن تصوره على أنه نوع من الأثير الشفاف .

فالسحر التشاكلي يعرف أيضا بـ "سحر المحاكاة" ، والذي يقوم على استخدام مبدأ التشابه "الشبيه ينتج الشبيه" ، ومن أبرز المحاولات استخداما لهذا المبدأ وأكثرها انتشارا عبر مختلف العصور، تظهر في محاولة الكثير من الناس إلحاق الأذى والدمار بأعدائهم ، وذلك عن طريق إيذاء صورهم أو تدميرها ، اعتقادا أن ما يلحق بالصورة من شر وضرر يلحق بالتالي بصاحبها ، وأنه حينما يتم تدمير الصورة يموت الأصل بالضرورة .

بينما يقوم السحر الاتصالي على فكرة أن الأشياء المتصلة ، حتى بعد أن تنفصل تماما أحدها عن الآخر تظل في علاقة تعاطف ، بحيث أن ما يطرأ على أحدها يؤثر بالضرورة على الآخر تأثيرا مباشرا ، فهذا النوع يفترض وجود نوع من الترابط الخاطئ بين الأفكار .

ومثال على هذا النوع من السحر ، هو التعاطف السحري الذي يظهر في الخرافة الشائعة عبر العالم كله ، والتي تجعل الإنسان يحاذر من وقوع أجزاء من جسمه كالشعر ، والأظافر ، والمشيمة ،

وحبل السرة ، ودم الحيض وغيرها ، في يد إنسان آخر قد يستغلها في أعمال سحرية ضده ، بحيث تجعله خاضعا لإرادته مهما بعدت المسافة بينها .

31 - السحر الإيجابي والسحر السلبي :

تشير "فوزية دياب" في (الساعاتي ، 1983 : 96) أن السحر الإيجابي أو "الطلس" يقوم على مبدأ "افعل كذا لكي يحدث كذا" ، فهو يهدف إلى تحقيق شيء مرغوب فيه ، مثل ما كان يقبل عليه الرجل البدائي من أكل لكثير من الحيوانات والنباتات ، والتي يعتقد أنها تكسبه بعض الصفات المرغوبة.

أما السحر السلبي أو "التابو" يقوم على مبدأ " لا تفعل كذا حتى لا يحدث كذا" ، ويهدف إلى تجنب شيء مرغوب فيه ، ومثال ذلك التحريم الذي كان يفرض على الرجل البدائي ، بعدم تناوله بعض الأنواع من الحيوان والنبات ، لكي لا تنتقل إليه بعض الخصائص الغير مرغوبة ، والتي يعتقد أنها كامنة فيها .

41 - السحر الرسمي والسحر الشعبي :

يفرق "محمد الجوهري" في (نفس المرجع السابق : 97) بين نوعين من السحر: السحر الرسمي والسحر الشعبي : فالأول يراه يخاطب فئة محدودة من الناس ، وهم السحرة المحترفون والمشايخ المعروفون ، فهو سحر الخاصة لأنه يتطلب من ممارسيه أن تكون لهم معرفة خاصة بعلوم وتقنيات السحر .

أما الثاني فهو سحر العامة ، والذي يمارس كل يوم وعلى نطاق واسع لبساطة وصفاته وسهولة تنفيذها ، وعادة ما يستعمل السحر الرسمي بعد أن يفشل السحر الشعبي في تحقيق أغراضه .

5١ - السحر النظري والسحر العملي :

تقول (الساعاتي، 1983 : 107) : "إذا قمنا بتحليل المبادئ الفكرية التي يقوم عليها السحر، ونظرنا إليها على أنها نسق للقانون الطبيعي ، أي تقرير للقواعد التي يتحكم فيها تتابع الأحداث في العالم كله ، فإنه يمكن تسميته إذن بالسحر النظري ، أما إذا نظرنا إليه على أنه مجموعة من القواعد والتعاليم التي يتبعها الناس في تحديد أهدافهم ، فإنه يسمى حينئذ بالسحر العملي".

6١ - سحر الإنتاج، والوقاية والمدمم :

يصنف الأنثروبولوجيين حسب (نفس المرجع السابق : 107) السحر أيضا إلى سحر إنتاجي ، وسحر وقائي ، وآخر تخطيطي أو هدمي : فالأول بما له من طقوسية يهدف إلى الإتيان بنتائج إيجابية ووفيرة ، كأن يُأتي بمحصول أوفر في الصيد ، فهذا النوع يساعد في تنظيم الجانب التقني للنشاط .

أما الثاني فيهدف إلى إبعاد الخطر أو سوء الحظ أو المرض ، أما الثالث فهو ما يسمى بالشعوذة ، والذي يعتقد أنه ينبع من هبة خاصة أو استعداد معين لدى الفرد ، وهو كثيرا ما يكون مصدرا للتحكم والسلطة الاجتماعية ، كما يمكن اعتباره وسيلة تنفيذية ؛ وذلك لأنه يسمح لأي شخص بأن يحطم عدوه في نطاق خياله ، لذا فلقد احتل مكانة مهمة في غالبية المجتمعات البدائية ، وما زال محتفظا بدرجة معينة من التأثير في العصر الحاضر.

5 - النظريات المفسرة للسحر :

يعرض (سعد بن سعيد الزهران وعلي بن صديق الحكمي، 2006 : 107) بعض النظريات المعاصرة التي حاولت أن تقدم تفسيراً علمياً لظاهرة السحر والشعوذة ، والتي ارتكزت على العوامل والمتغيرات الاجتماعية والنفسية ، بحيث يرى الباحثون في العلوم الاجتماعية وخاصة علم النفس وعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا ، أنها الأقرب إلى الصواب في فهم هذه الظاهرة .

أ - نظرية سيجموند فرويد (S . Freud) :

تقوم هذه النظرية على أساس أن السحر يعبر عن مفهوم يتكون من سبعة محاور سماها " فرويد

- **Freud** " كالتالي:

■ **السحر الأسود :** وهو ما كان يعتقد في القرن السابع عشر ، بأنه نوع من استحواذ الشياطين وسماه فرويد بالأوهام (Delusion) ، بسبب العلاقة غير السليمة بين الأب والطفل أو من يقوم مقام الأب، وذلك بسبب ثنائية المشاعر، وهي ما يطلق عليها بالتناقض الوجداني الأوديبي (Ambivalence œdipien) ، وهي حالة من تناوب مشاعر الكراهية والحب نحو الأب أو الأم ، ويرجع فرويد هذا التذبذب العاطفي إلى الأساس الجنسي ، كما هو معروف في نظريته خاصة في بداية تفسيره لهذه الظاهرة.

■ **السحر الديني (Magie religieux) :** وهو في نظره تصرفات استحواذية وممارسات دينية تستحوذ على الفرد ، وتصبح بالنسبة له بمثابة عصاب استحواذي ، ومن المعروف أن "فرويد" في هذه الحالة ، كان يتكلم عما كان سائدا في المجتمعات الأوروبية آنذاك ، إضافة إلى كراهيته المعروفة للدين بشكل عام.

■ **سحر العلوم الوهمية أو الغامضة (Science occulte) :** ومنها التنجيم وما في حكمه من أنواع المعارف ، والتي تتعلق بمحاولة معرفة المستقبل.

■ **سحر الفرق أو الطوائف الجديدة (Nouvelle sects de magie) :** وهو الانبهار الذي يحصل للأفراد في بعض الجماعات ، وخاصة عندما يتوحدون مع القائد ويصبح تأثيره عليهم كتأثير الساحر على الآخرين.

■ **سحر الظواهر غير الطبيعية (Magie anormale) :** وهنا يتحدث عن الظواهر التي تبدو غير طبيعية مثل ما نسميه الآن بالتخاطر ، وتفسير الأحلام وغيرها ، بحيث يرى أنها تلعب أحيانا دورا

مؤثراً كتأثير السحر على الفرد ، فهي في رأيه مجرد أمنيات يتمناها الفرد ، فتحدث له في أحلامه أو في عملية التخاطر .

■ **السحر الطبي (Magie médicale) :** ويتمثل في التحليل النفسي الذي أخذ فرويد به وجعله طريقة للعلاج ، فهو يرى أن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والعقلية ، يمكن أن نطلق عليها تجاوزاً "طريقة السحر الطبي" ، أي أنه أصبح العلاج الشافي الذي يزول ، ويحدث أثراً إيجابياً على الأفراد حينما يمارس بطريقة جيدة ؛ لأنه يتعامل مع الرغبات المكبوتة ، وما يخفيه الإنسان في عقله الباطن ، من أفكار ورغبات وخبرات أثرت على سلوكه .

فإطلاق السحر على هذه الطريقة الطبية من وجهة نظر "فرويد" ، إنما هو نوع من الإيحاء الإيجابي ، كطريقة سحرية من حيث أثرها وليس من حيث ممارستها .

ب - نظرية روهايم الإيجابية :

يقدم "روهايم - Roheim" نظريته التي خالف فيها الكثيرين ، حيث اتخذ فيها موقفاً إيجابياً نحو السحر ، وقد تحدث عن هذا في كتاب له بعنوان "السحر والفصام أو الشيزوفرينيا" .

ولأن روهاميم يرى ما يراه علماء التحليل النفسي ؛ فإنه ينظر إلى أن العلاقة بين الأنا الأعلى والأنا هي التي تجعل من الفرد أحياناً يلجأ إلى ما نسميه "سحر الأنا" ، للتخلص من الضغوط التي تواجهها الأنا الأعلى من خلال (لا تفعل) ، و(يجب ألا تعمل) .

وفي هذه الحالة ليس أمام الأنا إلا أن تواجه الأنا الأعلى من خلال الأفكار المبدعة ، والتي تظهر من خلال الممارسات السحرية .

فالسحر في نظر "روهايم" أحياناً هو العامل الذي يعطي للذات الثقة - وهو يتكلم هنا عن السحر ليس كطلاسم وإنما كأفكار غير واقعية - فهو يرى أن ما يسمى بالعمليات السحرية التي تتم داخل الذات ، هي شرط أساسي يحدث قبل القيام بأي تصرف مهما كان ، فهو يرى أن الأفكار

السحرية وطريقة توظيفها ؛ تجعل الفرد يقاوم انهيار الذات المفروضة عليه من طرف المجتمع أو الأنا الأعلى .

فهذه النظرية تنظر إلى من نشاهدهم واقعين أحيانا تحت تأثير السحر (أي أنهم مسحورون) ، على أنهم في حالة من الهروب من الصراع الشديد بين الأنا والأنا الأعلى ، وهذه الحالة التي تظهر فيها أعراض السحر على الفرد هي طريقة جيدة للتكيف ، فيحاول الفرد من خلالها التغلب على ما يدور في داخله من صراع وإحباط وقلق.

ج - نظرية الضغوط الاجتماعية :

قدم "أوكيف - Okeefe" سنة 1982 تصورا نظريا ربط فيه بين السحر والضغوط الاجتماعية ، حيث اعتبر أن السحر الأسود ؛ ما هو إلا مؤشر على وجود الضغوط الاجتماعية الشديدة سواء على مستوى الفرد الواحد أو الجماعة في بيئة ما .

وهو يرى أن ما يحاط بالسحرة عادة ، ما هو إلا جرائم متخيلة يتخيلها البعض ، إذ لا يمكن مثلا إثبات وجود شخص يستطيع أن يطير في السماء ، أو يستطيع أن يأكل الأعضاء الداخلية لشخص آخر، أو غيرها مما كان يزعم في محاكمة هؤلاء السحرة في أوروبا.

وحسب رأي " أوكيف " فإن أهم الضغوط الاجتماعية التي تجعل الفرد يلجأ إلى السحر كمنخرج ، تتمثل سواء في الصراع الاقتصادي الذي يحدث عادة بين الأفراد ، والصراع على السلطة ، والاستحواذ على أي نوع من أنواع الجاه ، والصراع المعرفي أو الذهني الذي ينتج عن وجود تضارب أو تضاد بين فكرتين أو أكثر في ذهن الشخص، والصراع ضمن العلاقات الاجتماعية أو علاقات القرابة ، والتي تجعله يحاول التخلص من هذا الصراع الشديد باللجوء إلى الأفكار الخرافية والسحرية ، وحينما لا يصبح قادرا على حله ؛ تظهر عليه علامات المسحور .

د - نظرية الأرقام :

تفسر هذه النظرية السحر من خلال ما يسمى بالأرقام السحرية ، والتي تعد من أقدم الألعاب السحرية الرياضية ، حيث تفسره على أساس وضع الأرقام في مربعات ، بحيث يمكن أن تحصل على نفس الأرقام إذا جمعتها سواء بطريقة طولية أو أفقية أو متعامدة ، أي أن المربعات السحرية هي عبارة عن أرقام في كل عمود أو سطر أو خط قطري ، يكون لها نفس المجموع السحري .

ويتزايد الاهتمام بهذه المربعات في دول شرق آسيا ، كالصين ، واليابان ، والهند ، وبعض دول الشرق الأوسط ، وأوروبا ، بحيث يعتقد أن السحرة يجدون في هذه الأرقام ما يتناسب مع طلاسهم ، وهناك عدد كبير من الطرق لبناء مثل هذه المربعات السحرية.

وهناك أيضا محاولات رياضية متعددة تمت لوضع معادلة لعمل هذه المربعات ، ولكن لا توجد معادلة محددة ، وكما يلاحظ فإن هذه النظرية لا تهتم بالسحر بمعناه العام والمعروف لدى عامة الناس ، وهو السحر الذي يتعدى ضرره إلى الآخرين .

هـ - النظرية الوظيفية (نظرية صمام الأمان النفسي) :

قام "كلايد كلوكهون - *clyde kluckhon*" سنة 1949 بدراسة على ظاهرة السحر في جماعات النافاجو (Navajo) ، وهي قبيلة من قبائل الهنود الحمر تعيش في الولايات المتحدة الأمريكية ، وقد وجد أن السحر لدى أفراد هذه القبيلة له عدة وظائف من أهمها : تحقيق المسايرة والانصياع (conforme) لأعراف القبيلة ، والتنفيس من الضغوط الاجتماعية ، وتقديم تفسير لكثير من الأحداث التي تقع في محيط الفرد ، وجلب التسلية لأفراد الجماعة أحيانا ، وتفسير أسباب التصرفات الشريرة التي تصدر عن البعض ، إضافة إلى التعامل مع حالات العدوان والإحباط التي تصيب البعض ، وذلك بردها إلى السحر الذي يقوم به الخصوم .

وهذه الوظائف في مجملها تحقق للفرد والجماعة الشعور بالأمن النفسي، وتخفف من آثار العلاقات المتوترة التي قد تنشأ بين أفراد هذه الجماعات ، والتي تعيش غالبا في مجموعات صغيرة ، وكل مجموعة تحاول أن تتعاون مع الأخرى من أجل التغلب على مصاعب الحياة اليومية .

ويمكن القول من خلال استعراض هذه النظريات ، أن جميعها تحاول تفسر ظاهرة السحر تفسيراً موضوعياً ومادياً (خداع بصري وسمعي) ، وترجعها إلى فكرة وجود أوهام غير واقعية تصيب الفرد ، نتيجة ظروف يومية اجتماعية ونفسية معينة ، أي دون الاعتراف بأن هناك أموراً غيبية تدخل في ممارسة السحر .

فهذه النظريات لا تقر بالغيب ، ولا تعترف بوجود عالم الجن ، أو بوجود أثر له في السحر، فهي بذلك تخالف التصور الإسلامي ، والذي يقرر أن السحر حقيقة وله تأثيره الحقيقي على الناس ، وهو علم يتعلمه السحرة ، ويعتمد على إشراك الشياطين واستعمالهم أحيانا من قبل الساحر لتحقيق أغراض معينة.

ويقدم "محمد جعفر" في (أبو البراء المعاني ، 2000 ، ج8: 95) وجهة نظره العلمية في السحر ، حيث يرى أن سبب تأثير السحر على الإنسان ، يعود إلى السائلين الأساسيين في حياته وهما : الدم والماء ، فهما سبب نشاطه ، وحركته ، وسكناته ، وتتوقف عليهما صحته وقوته .

وهذان السائلان عرضة للتغيير ، والزيادة ، والنقص ، فأى عجز في تفاعلها الكيميائي يهز كيان المرء ويعرضه للمرض ، والشيطان بما أوتي من علم ودراية - وهو يجرى من ابن آدم مجرى الدم - يدرك ما ينفع وما يضر من هذين السائلين ، كما يمكنه من خلال المغناطيسية المحيطة بكل منا ؛ التأثير على أحد السائلين أو كليهما فيحقق ما يصبو إليه من ضرر.

6 - الطرق المتبعة في علاج السحر:

إن الطريقة الشرعية المتبعة لإبطال السحر حسب (أبو البراء المعاني، 2000، ج8: 553) هي العلاج بالرقية الشرعية ، والتعاويد ، والأدعية .

والرقية تكون بآيات وسور الله (عز وجل) ، والتي تعتبر من أعظم ما يزيل السحر بعد وقوعه بإذن الله ، ومن هذه الآيات سورة الفاتحة ، وآيات من سورة البقرة ، وآيات من سورة آل عمران ، وآيات من سورة النساء ، وسور أخرى من كتاب الله (عز وجل) ، أي حوالي خمسين سورة بعضها كاملة ، وبعضها الآخر آيات فقط من هذه السور الكريمة .

كما يمكن قراءة أي سور أخرى من كتاب الله (عز وجل) ، مرتبة كما وردت في القرآن الكريم ، والغير المخصصة للرقية من السحر.

كما يشيع في كثير من الأحيان ، أن ينصح المعالج بإعطاء المريض جرعات قليلة من الملح الخفيف المذاب بالماء ، والنفث عليه من فترة إلى أخرى أثناء الرقية الشرعية ، وهذا إذا كانت الدلائل تشير إلى استقرار مادة السحر في منطقة البطن بناء على الأعراض المتعلقة بالحالة.

وقد ثبت له نفعها ونجاعته في الكثير من الأحيان ، ولكن مع ضرورة التأكد من سلامة الناحية العضوية ، كالحذر من استعمال الملح مع المصابين بضغط الدم وغيرهم .

ثالثا - العين والحسد .

- 1 - تعريف العين والحسد .
 - أ - تعريف العين .
 - ب - تعريف الحسد .
- 2 - الفرق بين العين والحسد .
- 3 - أدلة العين والحسد .
 - أ - من كتاب الله (عز وجل) .
 - ب - من السنة المطهرة .
- 4 - كيفية الإصابة بالعين والحسد .
- 5 - أنواع العين .
 - أ - من حيث جهة العائن .
 - ب - من حيث التأثير والفاعل .
- 6 - أعراض العين .
 - أ - الأعراض الجسمية .
 - ب - الأعراض الاجتماعية .
- 7 - أقسام الحسد ومراتبه .
- 8 - مميزات العائن أو الحاسد .
- 9 - الوقاية والعلاج من العين والحسد .

1 - تعريف العين والحسد.

أ - تعريف العين :

يعتبر البعض أن الحسد أصل الإصابة العين ، فالمصطلحين يحملان نفس المعنى ، ويستعمله العامة بمفهوم واحد رغم وجود بعض الاختلافات بينهما ، والتي تعتبر مهمة بالنسبة للمتخصصين في مجال العلاج .

11 - تعريفه العين لغة :

يقول " ابن منظور " في (أبو البراء أسامة بن ياسين المعاني ، 2000 ، ج9 : 7) : « العين أن تصيب الإنسان بعين ، وعان الرجل بعينه عينا ، فهو عائن والمصاب معين على النقص ومعين على التمام ، أصابه بالعين .

وقال "الزجاج" : المعين المصاب بالعين ، والمعيون الذي فيه عين ، ورجل معين ومعينون : شديد الإصابة بالعين ، والجمع عين ، و عين ، وما أعينه .

يقال أصابت فلانا عين إذا نظر إليه عدو أو حسود فأثرت فيه فمرض بسببها .».

21 - تعريفه العين اصطلاحاً :

يُعرف "عبد الرحمان ابن خلدون" في مقدمته في (مجدي محمد الشهاوي ، دت : 10) العين بقوله : " ومن قبيل التأثيرات النفسانية : الإصابة بالعين ، وهو تأثير من نفس المعيان ، عندما يستحسن بعينه مدركاً من الذوات أو الأحوال ، ويفرط في استحسانه حينئذ أنه يروم معه (أي يتمنى) سلب ذلك الشيء (أي زواله) عمن اتصف به ، فيؤثر فساداً ، وهو جبلة (أي حلقة) فطرية ، أعنى هذه الإصابة بالعين .

والفرق بينها وبين التأثيرات النفسانية أن صدوره فطري جبلي (خلقي) لا يتخلف ولا يرجع على اختيار صاحبه ، ولا يكتسبه ، وسائر التأثيرات وإن كان منها لاما لا يكتسب فصدورها راجع إلى اختيار فاعلها ، والفطري منها قوة صدورها لا نفس صدورها ؛ ولهذا قالوا : القاتل بالسحر أو بالكرامة يقتل ؛ والقاتل بالعين لا يقتل ، وما ذلك إلا لأنه ليس مما يريد ويقصده أو يتركه ، وأنه ما هو مجبور في صدوره عنه ، والله أعلم بما في الغيوب و مطلع على ما في السرائر ."

وكلمة "عين" حسب (نفس المرجع السابق : 8) تُرَدُّ إلى الأسماع بعدة معان ، فأحيانا تدل على آلة الإبصار ، أو نبع من الماء ، أو الجاسوس ، وأحيانا على الذهب ، أو الرجل ذي القدر ، أو إخوة من أب واحد و أم واحدة ، أو على إلحاق الأذى البالغ والضرر الشديد بإنسان أو حيوان أو نبات أو جماد.

ب - تعريف الحسد :

يعرف "ابن منظور" الحسد في (أبو البراء المعاني ، 2000 ، ج 9 : 7) بقوله : " هو أن تتمنى زوال نعمة الغير ، أي أن يرى المرء لأخيه نعمة فيتمنى أن تزول عنه وتكون له دونه ."

والحسد كما يراه "أبو بكر الرازي" في (محمد عثمان نجاتي ، 1993 : 46) هو : " كراهية المرء أن ينال غيره خيرا ألبتة ، وهو أحد أدواء النفس العظيمة الأذى لها ، وهو مؤذ للذات والجسد معا ، فأما النفس فلأنه يذهلها ويشغل فكرها ، ويسبب لها بعض العوارض النفسية الرديئة مثل الحزن ، والهمل ، والفكر ، وأما للجسد فلأنه يعرض منه طول السهر ، وسوء التغذية ، وفساد المزاج ."

2 - الفرق بين العين والحسد :

يذكر (أبو البراء أسامة بن ياسين المعاني ، 2000 ، ج 9 : 114-120) بعض الفروق بين العين والحسد استنبطها من أقوال وآراء وبحوث بعض العلماء والمشايخ نلخصها فيما يلي :

- يشترك الحسد والعين في الأثر ، ويختلفان في الوسيلة والمنطق .
- الحسد قد يقع في المرء قبل حصوله ، أي أن الحاسد قد يحسد ما لا يره ، ويحسد في الأمر المتوقع قبل وقوعه ، ومصدره تحرق القلب واستكثار النعمة على المحسود .
- العائن لا يعين إلا ما يراه والموجود بالفعل ، ومصدره إنقداح نظرة العين .
- الحسد لا يقع في الأهل والمال بعكس العين ، لأنه يمكن للعائن أن يعين ما يكره أن يصاب بأذى منه كولده وماله .
- الحسد أصله تمني زوال النعمة أو عدم الحصول عليها ، أما العائن يحتمل أن يصيب المعين ويتمني زوال النعمة عليه ، وقد لا يكون ذلك ، وحالما يقع نظره على أمر بإعجاب واستحسان قد يصيبه بالعين ، دون قصد زوال تمني النعمة عليه .
- الحاسد أعم وأشمل من العائن ، لأن العائن حاسد خاص ، وربما - والله أعلم - جاء في السورة ذكر الحاسد دون العائن لأنه أعم ، فكل عائن حاسد ، وليس كل حاسد عائنًا ، فإذا استعاذ من شر الحسد دخل فيه العين وهذا من شمول القرآن ، وإعجازه ، وبلاغته .
- يحصل الحسد عند غيبة المحسود ، أما العين فتتكيف نفس العائن وتتوجه لمقابلة المعين .
- الحسد يقل في تأثيره عن العين ، لأن تأثير النفس أو العين يقوى عند المقابلة ، فإن العدو إذا غاب عن عدوه قد يشغل نفسه عنه ، فإذا عاينه قبلا اجتمعت الهمة عليه وتوجهت النفس بكليتها إليه .
- الحسد يأتي مع الكراهية والحقد من نفس الحاسد ، ولا يقتصر هذا الضرر على البدن والمال فقط ، بل يتعدى ذلك لإتباع كل الطرق للنيل من ذلك الشخص ، كغيبته والوشاية به .
- العين علاجها أيسر من الحسد ، وذلك لسهولة معرفة العائن في كثير من الحالات ، والحصول على الأثر والاعتسال به أو التصرف به على نحو مشروع .

- الحسد تأثيره على الحاسد أبلغ من تأثيره على المحسود ، لأنه دائما معذب القلب ، فكلما رأى المحسود وما فيه من نعم ورفاهية تألم لذلك فلذا يقال : " الحسد داء منصف ، يعمل في الحاسد أكثر مما يعمل في المحسود " .

3 - أدلة العين والحسد .

أ - من كتاب الله (عز وجل) :

يشير (مجدي محمد الشهاوي ، دت : 13) أن الحسد ثابت في القرآن الكريم ، وقد أشار الله سبحانه وتعالى إلى ذلك في أكثر من موضع ، إما بالكناية في قوله سبحانه تعالى في (سورة القلم : الآية 51) : ﴿وَإِنْ يَكَادُ الَّذِينَ كَفَرُوا لِيُزْلِقُونَكَ بِأَبْصَارِهِمْ لَمَّا سَمِعُوا الذِّكْرَ وَيَقُولُونَ إِنَّهُ لَمَنْجُونٌ﴾ {51} .

ومعنى ﴿لِيُزْلِقُونَكَ بِأَبْصَارِهِمْ﴾ فقد فسره الكثير من العلماء على أنه "يحسدونك" (والخطاب موجه للرسول محمد - صلى الله عليه وسلم -).

وإما باللفظ الصريح في قوله سبحانه تعالى في (سورة البقرة : الآية 109) : ﴿وَكَثِيرٌ مِّنْ أَهْلِ الْكِتَابِ لَوْ يَرُدُّونَكُمْ مِن بَعْدِ إِيمَانِكُمْ كُفَّارًا حَسَدًا مِّنْ حِنْدِ أَنفُسِهِمْ مِّنْ بَعْدِ مَا تَبَيَّنَ لَهُمُ الْحَقُّ فَاعْتَصِبُوا وَأَصْحَابُوا حَتَّىٰ يَأْتِيَ اللَّهُ بِأَمْرِهِ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾ {109} .

وقوله سبحانه تعالى في (سورة الفلق : الآية 5) : ﴿قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ الْفَلَقِ﴾ {1} من شرِّ ما خلق {2} ومن شرِّ حاسدٍ إذا حسدَ {3} ومن شرِّ النّفاثاتِ في العقدِ {4} ومن شرِّ حاسدٍ إذا حسدَ {5} .

كما ذكر القرآن الكريم لفظ "البغضاء" بمعنى "الحسد" في قوله سبحانه تعالى في (سورة آل عمران : الآية 118) : ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَتَّخِذُوا بِطَانَةَ مَنْ دُونَكُمْ لَا يَأْلُوكُمْ خَبَالًا وَذُؤًا مَا كُنْتُمْ قَدْ بَدَأْتُمُ الْبَغْضَاءَ مِنْ أَنفُسِهِمْ وَمَا تُخْفِي صُدُورُهُمْ أَكْبَرُ قَدْ بَيَّنَّا لَكُمُ الْآيَاتِ إِنْ كُنْتُمْ تَعْقِلُونَ﴾ {118} .

ب - من السنة المطهرة :

توجد الكثير من الأحاديث النبوية الشريفة ، والتي تؤكد على وجود الحسد والعين ، ومن هذه الأحاديث ما يذكرها (مجدى محمد الشهاوى ، دت: 16. 17) في كتابه "حقيقة الحسد وعلاج المحسود" نذكرها فيما يلي :

عن أنس بن مالك قال : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « لَأَرْقِيَهُ إِلَّا مَنْ حَيَّنَّ ، أَوْ حَمَّةً ، أَوْ كَاهَ لَا يَرُقُّهَا » .

وعن حابس التميمي أن النبي - صلى الله عليه وسلم - قال : « لا شيء في السماء ، والعين حق ، وأصدق الطيرة الفأل » (رواه الإمام أحمد عن حابس التميمي) .

وقد روى مسلم في صحيحه عن ابن عباس عن النبي - صلى الله عليه وسلم - قال : « العين حق ولو كان شيء سابق القدر سبقته العين ، وإذا استغسلتم فاغسلوا » . (رواه أحمد ومسلم والحكيم والترمذي وابن حبان عن ابن عباس ، عن " جمع الجوامع " ج 1 / 432) .

وعن جابر - رضي الله عنه - قال : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « أكثر من يموت من أمتي بعد قضاء الله وقدره بالعين » . (رواه الطبرالسي في مسنده والإمام البخاري والبخاري) .

وعن أبي هريرة - رضي الله عنه - أن النبي - صلى الله عليه وسلم - قال : « العين حق يحضرها الشيطان وحسد ابن آدم » . (رواه أحمد و ابن ماجه)

وعن جابر و أبي ذر - رضي الله عنهما - قالوا : قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : « العين تدخل الرجل القبر ، وتدخل الجمل القدر » . (أخرجه ابن عدي في الكامل) .

4 - كيفية الإصابة بالعين والحسد :

إن الكشف عن حقيقة العين والحسد وكيفية الإصابة بهما ما زال خفياً ومجهولاً ، لأن تأثيرهما غير محسوس ، وما هو غير محسوس فلا يمكن إدراكه ، ولكن هناك بعض الاجتهادات والمحاولات من طرف بعض العلماء والباحثين ، ولكنها لم تسلم من بعض الاعتراضات أو النقد .

يشرح "ابن حجر العسقلاني" في (مجدى محمد الشهاوى ، دت : 52) كيفية عمل العين من بُعد حتى يحصل الضرر للمعيون فيقول : " إن طبائع الناس تختلف ، فقد يكون ذلك من سم يصل من عين العائن في الهواء إلى بدن المعيون ، وقد نقل عن بعض من كان معياناً (حاسداً) أنه قال : إذا رأيت شيئاً يعجبني وجدت حرارة تخرج من عيني " .

ويذكر " الحافظ بن حجر" في (أبو البراء المعاني ، 2000 ، ج 9 : 13) أن " المازري" يشير إلى أن العائن تنبعث من عينه قوة سمية تهلك أو تفسد المعين ، وهو كإصابة السم من نظر الأفاعي .

كما يقدم "فهد بن ضويان السحيمي" تفسيراً في (نفس المرجع السابق : 17) عن كيفية الإصابة بالعين بقوله : "هو انفصال قوة سمية من عين العائن ، أو جواهر لطيفة غير مرئية ، تتصل بالمعين و تتخلل مسام جسمه " .

ويذكر "عبد الرزاق نوفل" في (المرجع نفسه: 66) أن العين تخرج منها أشعة تستطيع التأثير عن بُعد في الماديات .. فقد تمكنت فتاة في روسيا أن تفصل صفار البيضة عن بياضها ، وهي في وعاء وعن بُعد ، وتمكن أحد العلماء من متابعة فتاة لأخرى استطاعت تحريك إبرة البوصلة في اتجاهات مختلفة بمجرد توجيه النظر إليها .

وقد قام "دوند - Dundes - A" في (عزة شرارة بيضون ، 1998 ، ط 1 : 149) بتحليل مفاعيل الإصابة بالعين في الثقافات الاجتماعية للشرق الأوسط وأوروبا ، واستناداً إلى الوسائل الرمزية التي تتم بها محاربتها أو الاتقاء منها ، فوجد أن تأثيراتها تتمحور أساساً حول إحداث الجفاف في

الشخص المصاب بالعين ، وأن هناك ارتباطا وثيقا في مخيلتهم الجماعية بين الجفاف والموت وبين الحياة والماء .

وهو ما يجعل النساء أكثر عرضة للإصابة بالعين بسبب أهمية السوائل في دورة الحياة : الحليب في أثناءهن ، والدم المحيط بالجنين وأسباب بقاءه ، ونظارة وجوههن (عكس التجاعيد/ الذبول/ الموت) ، وتبعاً لذلك فإن عوارض الإصابة هي غالباً : جفاف الحليب أو ضياع الجنين بالإجهاض التلقائي أو الاستحاضة أو العقم أو الذبول ، أي فقدان السوائل الضرورية لدورهن الطبيعي المتمثل إما بالأمومة أو الجاذبية الجنسية .

5 - أنواع العين .

أ - من حيث جهة العائن :

قال " ابن القيم " في (أبو البراء أسامة بن ياسين المعاني ، 2000 ، ج 9 ، 79) : (والعين عينان : عين إنسية ، وعين جنية ، فقد صح عن أم سلمة - رضي الله عنها - أن النبي - صلى الله عليه وسلم - رأى في بيتها جارية في وجهها سعة ، فقال : « استرقوا لها ، فإن بها النظرة ») . (متفق عليه . أخرجه الإمام البخاري في صحيحه).

وقال أيضا في الطب النبوي : « قال الحسين بن مسعود الفراء : وقوله : سعة ، أي نظرة ، يعني من الجن ، يقول بها عين أصابتها من نظر الجن أنفذ من أسنة الرماح » .

ب - من حيث التأثير والفعل :

يشرح (أبو البراء المعاني ، 2000 ، ج 9 : 72 - 96) حالات العين الموجودة من حيث تأثيرها على المعيون ، حيث توجد أربعة أنواع رئيسية ، والتي تنقسم بدورها إلى عدة أنواع فرعية ، تتعلق سواء بالأسباب ، والأمراض الخاصة بها ، أو بطبيعة هذا التأثير ، إن كان دائما أو مؤقتا ، كلياً أو جزئياً ، والتي تتفاوت من حيث درجة خطورتها وتأثيرها .

ب1- العين القاتلة (السمية أو الذارية) :

يؤدي هذا النوع من العين لقتل المعين ، وذلك بسبب التأثير الشديد الحاصل من العين السمية ، أو لإحداث أمر لا يمكن تداركه أو علاجه ، بحيث يؤدي إلى حدوث تلف شديد في مناطق حساسة في الجسد .

ب2_ العين المعطلة (المتلفة) :

يؤدي هذا النوع من العين إلى إتلاف العضو وتعطيله عن العمل ، وبشكل دائم ، وينقسم إلى نوعين :

■ العين المعطلة نتيجة التعرض لأسباب حسية :

يؤدي هذا النوع إلى تعطيل دائم للعضو بسبب تلف حسي معين ، كأن يصاب الفرد بالعمى نتيجة التعرض لحادث معين ، وهذا النوع لا تفلح معه الرقية الشرعية ، بسبب عدم تدارك النتائج التي تتركها العين .

■ العين المعطلة دون التعرض لأسباب حسية :

يأتي هذا النوع فجأة ودون التعرض لأية أسباب حسية محددة ، كالإصابة بالعمى أو الشلل ، مع عدم وجود الأسباب العضوية عند إجراء الفحوص الطبية ، وهذا النوع تنفع معه الرقية الشرعية بإذن الله تعالى ، إن لم تصل درجة العين وقوتها إلى حد العين السمية .

ب3- العين المؤثرة بتأثير مرضي :

يؤدي هذا النوع من العين إلى الإصابة بالأمراض المتنوعة ، والتي قد تظهر بعض أعراضها على المريض ، وينقسم هذا النوع إلى نوعين آخرين :

■ العين المؤثرة بالأمراض العضوية المعروفة :

يؤدي هذا النوع من العين إلى أمراض عضوية ، كمرض السرطان والسل ، ولكن الأصل في إحداثها يكون نتيجة الإصابة بالعين والحسد .

وتكون هذه العين مؤثرة إما بإحداث الآلام والأسقام للمعين ، والتي قد تصيب جميع أنحاء الجسد (تأثير كلي) ، فيشعر من خلال ذلك بالتعب والإرهاق والخمول وعدم القدرة على القيام بالأعمال المعتادة ، أو تتركز على جهة محددة منه (تأثير جزئي) ، أو يحس بالآلام متنقلة ، فتارة يشعر بألم في الرأس أو في المفاصل .

كما يمكن أن تحدث تشنجات عصبية من فترة إلى أخرى دون أن تحدد بزمان ومكان ، وتستمر تلك التشنجات لفترات طويلة أو قصيرة نسبيا ، وقد ترتبط تلك التشنجات أحيانا مع المؤثرات الاجتماعية للمريض ، كالغضب والفرح ، كما تعتمد في قوتها على قوة العين والحسد .

ويمكن أيضا أن تحدث تعطيل في الحواس العضوية والخاصة بالسمع ، والإبصار ، والشم ، سواء ذلك بتعطيل دائم أو مؤقت .

كما قد تحدث العين المؤثرة شللا عضويا للمعين ، فيكون كليا ، ويمس جميع أنحاء الجسم ، فلا يستطيع الحراك مطلقا ، أو يتعرض لشلل جزئي ، ويخص منطقة معينة كاليد أو القدم أو الرأس ، ويبقى العضو معطل لفترة من الزمن ثم يعود كما كان ، أو يتعرض لشلل جزئي متنقل أي ينتقل مثلا ما بين اليد ثم القدم ..إلخ.

وتوجد أيضا العين المؤثرة بالخمول ، فيشعر المعين بنوع من الفتور ، قد يكون دائم فينتاب جميع أنحاء الجسد ، أو يكون مؤقت فينتابه ببعض الفترات فقط ، وتتراوح نسبة ذلك الخمول بحسب قوة العين وتأثيرها ، كما توجد العين المؤثرة في حصول الاستحاضة ، وعادة ما يصيب هذا النوع النساء .

■ العين المؤثرة بالأمراض العضوية الغير المعروفة :

طبيعة هذه الأمراض أنها لا تشخص من قبل الأطباء ، ولم تعرف الأسباب الحقيقية لها ، وربما سبب ذلك عدم توفر الإمكانيات الطبية أو العلمية اللازمة لاكتشافها ، وهذا لا يعني بالضرورة أن كل مرض لم يعرف الطب حقيقته يكون سببه الإصابة بالعين والحسد .

وقد يكون لهذا النوع تأثير كلي دائم ، فيؤدي إلى آلام وأوجاع مستمرة وعامة ، وقد تنتقل من عضو لآخر دون تحديد وتشخيص أعراضها من الناحية الطبية ، أو يكون له تأثير جزئي دائم ، فتكون الآلام مستمرة ولكنها تخص عضو معين من الجسد ، وتبقى دون تشخيص طبي أيضا.

4- العين السببية الوقائية :

يصيب هذا النوع من العين الإنسان بسبب مظهره ، ونشاطه ، وحركته ، ويكون إما بتأثير يتعلق بالعمل والفعل ، فيؤدي إلى الصدود عن الدراسة بسبب التفوق الدراسي ، أو كراهية التدريس وكل ما يتعلق بهذا الجانب ، أو كراهية المنزل والشعور بضيق شديد أثناء التواجد به.

كما يمكن أن تؤدي العين إلى تأثير يتعلق بالمظهر والشكل ، فيؤدي مثلا إلى كراهية وعدم القدرة على لبس الحلي خاصة الذهب بالنسبة للنساء ، فتشعر المرأة بضيق شديد في الصدر ، أو عدم الارتياح أثناء لبسه ، أو فقدانه أو كسره ، أو عدم القدرة على إرضاع المولود ، أو عدم قبوله الرضاعة من طرف الأم بسبب قيامها بذلك أمام بعض النسوة ، كما قد تؤدي إلى سقوط الشعر أو الصلع أحيانا.. إلخ .

5- العين أو النفس العارضة (الإيجاب - الغبطة) :

عادة ما يصيب هذا النوع من العين الإنسان أو الأمور العينية كالبيت أو السيارة والحيوان ، وعادة لا يتمنى العائن أو يقصد زوال النعمة للشيء المعين ، بقدر إعجابه وحبه لتملكه ، فيقع تأثيرها بإذن الله تعالى .

6 - أعراض العين :

تظهر على المعيون بعض الأعراض والصفات ، ومن أهمها الحرارة والبرودة والتعب ، كما قد تمس هذه الأعراض الأحوال العامة له وعلاقاته بمن حوله ، ويذكر (أبو البراء، 2000 ، ج9: 121) بعض هذه الأعراض فيما يلي :

أ - الأعراض الجسمية : عادة ما تظهر قبل أو أثناء الرقية الشرعية نذكرها فيما يلي :

- صفار الوجه وشحوبه.
- شعور المصاب بضيق شديد في منطقة الصدر ، أو ألم شديد في الأطراف .
- صداع متنقل مع الشعور بزيادته أثناء الرقية الشرعية .
- تصبب العرق خاصة في منطقة الظهر .
- التثاؤب المستمر وبشكل غير طبيعي وملفت للنظر ، البكاء دون سبب واضح .
- ارتجاف الأطراف ، وتحركات لا إرادية ، وذلك بحسب قوة العين وشدتها .
- خفقان القلب ، وتمغص العضلات أو ما يسمى بـ (التمطي) .
- الشعور بالحمول بشكل عام ، وظهور كدمات مائلة إلى الزرقة أو الخضرة بدون تحديد أسباب عضوية .

ب - الأعراض الاجتماعية :

- فقدان التجارة والمال.
- كره وبغض الأهل ، والأصدقاء ، والمعارف .

- فقدان المنصب والوظيفة .

7- أقسام الحسد ومراتبه :

هناك عدة تقسيمات ومراتب للحسد، فهناك من يقسمه إلى اثنين ، أو ثلاث ، أو أربع ..إلخ ، فالشيخ " أبو بكر الجزائري " في (مجدي محمد الشهاوي ، دت : 62) يقسمه إلى قسمين :

- الأول : أن يتمنى المرء زوال النعمة من مال ، أو علم ، أو جاه ، عن غيره لتحصل له .

- الثاني : أن يتمنى المرء زوال النعمة عن غيره ، حتى ولو لم تحصل له ولم يظفر بها (المهم أن تزول النعمة فقط) .

أما الشيخ " زين الدين الحنبلي " فيرى في (نفس المرجع السابق :63) أن الحسد متمركز في طباع البشر ، وبهذا فهم ينقسمون إلى ثلاثة أقسام وهي :

- قسم يسعى إلى زوال نعمة المحسود بالبغي عليه بالقول والفعل ، ويكون ذلك إما بالسعي في نقل ذلك إلى نفسه ، أو الاكتفاء بالسعي إلى إزالة النعمة فقط .

- قسم آخر إذا حسد غيره لم يبغ على المحسود بالقول والفعل، ويسعى إلى اكتساب مثل فضائله ولا يسعى إلى زوال النعمة عنه ، وهذه هي الغبطة .

- قسم إذا وجد في نفسه الحسد سعى إلى إزالته، وإلى الإحسان للمحسود بالدعاء له ونشر فضائله ، وهذا أعلى درجات الإيمان .

8 - مميزات العائن أو الحاسد :

- لا يبارك غالبا حال رؤيته ما يعجبه ويسره ، سواء تعلق الأمر بأشخاص أو أمور عينية .

- كثير الضجر والشكوى من قدر الله تعالى ، وقلما يتكلم عن نعم الله سبحانه وتعالى .

- قليل الذكر ، وكثير الكلام في المال ، ومنكبا ، ومتكالبا على حطام الدنيا وملذاتها .
- يركز بعينه تركيزا ثابتا قد يصل لدرجة الذهول ، خاصة على ما يعجبه في المال والأهل وغيره.
- عابس الوجه ، ويغلب على ملامحه الكآبة وصفرة الوجه أو اسوداده ، ودائم الحزن ، وكثير الفضول والتطفل .

9 - الوقاية والعلاج من العين والحسد:

- هناك العديد من التحصينات والتعويدات القرآنية والنبوية ، وأساليب للوقاية وطرق لعلاج العين والحسد سواء قبل أو بعد وقوعها نلخصها فيما يلي :
- الرقية الشرعية بكتاب الله (عز وجل) وبالسنة المطهرة.
- الغسل أو الوضوء للعائن أو الحاسد خصوصا إذا عُرف ، فيتوضأ المعيون أو المحسود بماء غُسله أو وضوئه .
- الدعاء بالبركة إذا رأى المرء ما يعجبه .
- التكبير ثلاثا عند خشية الإصابة بالعين لرد تأثيرها ، أو قول " ما شاء الله لا قوة إلا بالله " .
- الاستعاذة بالله من العين ، إذ يشير (أبو البراء، 2000، ج9: 182) أن رسول الله - صلى الله عليه وسلم - كان يعوذ الحسن والحسين بقوله : « **أعوذكما بكلمات الله التامة من كل شيطان وهامة ومن كل ممين لامة** » (أخرجه الإمام أحمد في مسنده).
- المحافظة على الذكر والدعاء والتحصن بهما .
- الاحتراز بستر محاسن من يخاف عليه من العين .
- الإحسان والصبر على العائن ، والمحافظة على قضاء الحوائج بالسر والكتمان .

الفصل الخامس :

منهج وإجراءات الدراسة .

تمهيد .

أولا . منهج الدراسة

ثانيا . الدراسة الاستطلاعية .

1 . الهدف من الدراسة الاستطلاعية .

2 . عينة الدراسة الاستطلاعية .

3 . أدوات الدراسة الاستطلاعية .

أ . مقياس الصحة النفسية للشباب .

ب . قائمة "كورنل" للنواحي العصابية .

ج . مقياس تقدير الذات .

4 . الأساليب الإحصائية المستخدمة .

5 . حدود الدراسة الاستطلاعية .

6 . عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية .

ثالثا . الدراسة الأساسية .

1 . عينة الدراسة .

أ . المجتمع الأصلي للعينة .

ب . حجم عينة الدراسة وأسلوب اختيارها .

2 . أدوات الدراسة .

أ . الملاحظة .

ب . المقابلة العيادية .

ج . اختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) .

د . مقياس الصحة النفسية للشباب .

هـ . قائمة "كورنل" للنواحي العصابية .

و . مقياس تقدير الذات .

3 . إجراءات الدراسة الأساسية .

4 . الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية .

تمهيد :

يتضمن هذا الفصل وصفا دقيقا للمناهج المتبعة في هذه الدراسة ، ومواصفات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية ، من حيث حجم وخصائص عينة البحث ، والأدوات المستخدمة لجمع البيانات ، وإجراءات تطبيق الدراستين ، والأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة هذه البيانات ، وحدود الدراسة الاستطلاعية ، وعرض ومناقشة نتائجها .

أولا- منهج الدراسة .

إن إتباع الأساليب والطرق العلمية الدقيقة ضمن منهجية معينة ؛ يعد من أساسيات البحوث العلمية الجيدة والموضوعية.

والمنهج العلمي يُعد أسلوب للتفكير والعمل ، يعتمد الباحث بتنظيم أفكاره ، وتحليلها ، وعرضها ، وذلك بغرض الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة ، فطبيعة موضوع هذا البحث وتساؤلاته حددت وفرضت عليها استخدام منهجين في هذه الدراسة :

الأول : يتمثل في **المنهج العيادي** ، والذي يعتبره بيرون (Perron ,1973 : 37) : " الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة السير النفسي ، بهدف تكوين بنية واضحة عن الحوادث النفسية التي تصدر عن الفرد " .

والمنهج العيادي يعتمد أساسا على تقنية "دراسة حالة" ، والتي تعتبر من أهم طرق البحث المعمقة في العوامل الفردية الاجتماعية ، سواء كان تعمقها فردي أو أسري أو جماعي .

كما تعتبر الإطار الذي تنظم وتقيم فيه كل المعلومات ، والنتائج المتحصل عليها حول الحالة ، وذلك عن طريق الملاحظة ، والمقابلة ، والتاريخ الاجتماعي، والسيرة الشخصية ، والاختبارات النفسية ، والفحوص الطبية ، وغيرها من الأدوات .

فسنحاول من خلال المنهج العيادي ، البحث والكشف عن إمكانية وجود بنية نفسية مرضية لدى الحالات التي تُشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالة من "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، وذلك من خلال الدراسة الميدانية لثلاثة حالات فردية تعاني من هذه الاضطرابات ، عن طريق الفحص الدقيق والشامل ، والبحث المعمق في شخصية هؤلاء الأفراد.

ودراسة الحالة يكون من حيث تاريخها في جميع المجالات (الحمل ، والولادة ، والطفولة ، والتمدرس ، والمراهقة..إلخ) ، والتاريخ المرضي السابق والحالي ، وتحليل اللوحة الإكلينيكية (Le Tableau clinique) ، والتشخيص النهائي على المحاور الخمسة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV) وأخيرا العلاج .

ونعتمد في ذلك على مجموعة من الأدوات العيادية مثل : الملاحظة ، والمقابلة ، والاختبارات النفسية المتمثلة في قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصائية (الإنفعالية والمزاجية) ، واختبار الصحة النفسية للشباب ، واختبار تقدير الذات ، واختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) .

أما الثاني : فيتمثل في **المنهج الوصفي** ، والذي يعتبر أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة ، عن ظاهرة محددة من خلال فترات زمنية معلومة ، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية ، تم تفسيرها بطريقة موضوعية بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة.

وقد قمنا بدراسة إحصائية لـ (45) حالة مقسمة ما بين (10) حالات من "المس" ، و(18) حالة من "السحر" ، و(17) حالة من "العين".

وقد اعتمدنا في هذا المنهج على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة للإجابة على تساؤلات هذا البحث ، والتي تعتمد في الأساس على استعمال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ومنها : المتوسطات الحسابية ، والانحرافات المعيارية ، والتباين ، والتكرارات ، والنسب المئوية ، وتحليل التباين الأحادي ، ومقياس بيرسون لدراسة الارتباط بين متغيرين ، ومعامل الارتباط للاتفاق (C) ..إلخ .

ثانيا - الدراسة الاستطلاعية .

1 - الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

تهدف الدراسة الاستطلاعية المنجزة في إطار هذا البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف التالية :

- تكوين تصور عام حول موضوع الدراسة .

- التعرف على ميدان الدراسة الأساسية .

- التعرف على العقبات والصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث في دراسته.

- اختيار الأدوات المناسبة للدراسة وضبطها .

- اختيار عينة الدراسة الأساسية والتأكد من ملائمتها لموضوع الدراسة ، ومدى تعاونها مع الباحث

طيلة مدة البحث ، وخصوصا اختيار الحالات الثلاثة للدراسة العيادية .

2 - عينة الدراسة الاستطلاعية :

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (20) فردا ممن يعانون حسب المنظور الثقافي الشعبي من

حالات "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، فكان عدد حالات "المس" أربعة حالات ، عدد

حالات السحر عشرة حالات ، وعدد حالات "العين" ستة حالات ، فعينة هذه الدراسة هي "

قصدية" ، وقد أُختيرت بأسلوب المعاينة الغير احتمالية .

والجدول رقم (5) : يبين النسب المئوية للعينة الاستطلاعية .

النسبة %	عدد أفراد العينة	
20	4	حالات المس
50	10	حالات السحر
30	6	حالات العين
100	20	المجموع

أما عن خصائص هذه العينة ، فشملت على المتغيرات التالية : الجنس ، والفئات العمرية ، والمستوى الدراسي ، وفيما يلي عدد ونسب أفراد العينة وفق هذه المتغيرات :

- الجنس: قسم أفراد العينة الاستطلاعية إلى ذكور وإناث .

والجدول رقم (6) : يبين تقسيم العينة الاستطلاعية وفق متغير الجنس .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدرسة الجنس
النسبة %	العدد							
30	6	33	2	40	4	0	0	ذكور
70	14	67	4	60	6	100	4	إناث
100	20	100	6	100	10	100	4	المجموع

- الفئة العمرية : قسم أفراد العينة الاستطلاعية إلى فئتين عمريتين .

الجدول رقم (7) : يبين تقسيم العينة الاستطلاعية وفق متغير الفئة العمرية .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة الفئة العمرية
النسبة %	العدد							
75	15	100	6	70	7	50	2	18 - 32 سنة
25	5	0	0	30	3	50	2	33 سنة فما فوق
100	20	100	6	100	10	100	4	المجموع

- المستوى الدراسي: قسم أفراد العينة الاستطلاعية إلى مستويين دراسيين .

الجدول رقم (8): يبين تقسيم العينة الاستطلاعية وفق متغير المستوى الدراسي .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة المستوى الدراسي
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
30	6	0	0	50	5	25	1	بدون مستوى - متوسط
70	14	100	6	50	5	75	3	ثانوي - جامعي فما فوق
100	20	100	6	100	10	100	4	المجموع

أما الجدول رقم (9) : يبين تقسيم العينة الاستطلاعية وفق المتغيرات الثلاثة للدراسة .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة	
20		6		10		4		عدد أفراد العينة	
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	العدد و النسبة	
30	6	33	2	40	6	0	0	ذكور	الجنس
70	14	67	4	60	6	100	4	إناث	
75	15	100	6	70	7	50	2	18-32 سنة	الفئة العمرية
25	5	0	0	30	3	50	2	33 فما فوق	
30	6	0	0	50	5	25	1	بدون مستوى - متوسط	المستوى الدراسي
70	14	100	6	50	5	75	3	ثانوي - جامعي فما فوق	

3 - أدوات الدراسة الاستطلاعية .

أ - مقياس الصحة النفسية للشباب .

● التعريف بالمقياس :

المقياس في أساسه النظري يرتكز على مفهوم "الصحة النفسية عند الشباب" كمفهوم إجرائي، والذي يتمثل في تمتع الفرد ببعض الخصائص الإيجابية التي تساعده على حسن التوافق مع نفسه وبيئته (الاجتماعية والمادية) ، وكذلك تحرره من تلك الصفات السلبية أو الأعراض المرضية التي تعوق هذا التوافق .

وقد اتخذ الباحثان " أمين القريطي " و " عبد العزيز الشخص " (1992) الخطوات التالية في إعداد هذا المقياس :

- تمت مراجعة الآراء المختلفة حول مفهوم الصحة النفسية ، ومن ثم الخروج بالتعريف الإجرائي الذي يحدد الأبعاد الأساسية للمقياس .

- تمت مراجعة ما توافر لدى الباحثين من مقاييس ، قدمت لقياس الصحة النفسية في المجتمع العربي مثل مقياس الصحة النفسية السليمة لـ " نبيل إسماعيل " (1980) ، ومقياس الصحة النفسية للشباب والراشدين لـ " سيد عبد الحميد وفاروق عبد السلام " (1981) ، بالإضافة إلى ما توافر لديهما من مقاييس الشخصية والتوافق .

- تمت صياغة مجموعة البنود ، والتي تمثل مؤشرات أو مظاهر تعبر عن الأبعاد المحددة للصحة النفسية كما عرضها الباحثان .

- تم تطبيق المقياس بهذه الصورة على عينة قوامها 100 طالب ببعض الكليات العلمية والأدبية بجامعة الملك سعود بالرياض ، كما تم إخضاع درجاتهم لتحليلات الإحصائية باستخدام أسلوب التحليل

العاملية ، لاستخراج معاملات الارتباط بين بنود المقياس ، وكذلك درجة تشبع الأبعاد المختلفة بهذه البنود.

• وصف المقياس :

يتكون مقياس الصحة النفسية للشباب من 105 بنود ، تغطي مظاهر وأبعاد الصحة النفسية ، وتم الإجابة على كل بند بإجابة ثنائية (نعم أو لا) ، وعلى المفحوص أن يختار إجابة واحدة بينهما.

ونشير أن بنود الأبعاد الفرعية (ب ، د ، و) قد صيغت بصورة موجبة ، ومن ثم تعطي الإجابة عليها بدرجة واحدة للإجابة بـ "نعم" ، وصفر للإجابة بـ "لا" ، كما صيغت بنود الأبعاد الفرعية (أ، ج ، هـ، ز) بصورة سالبة فتعطي درجة صفر للإجابة بـ "نعم" ، ودرجة واحدة للإجابة بـ "لا" .

وهكذا تتراوح درجات كل بعد من أبعاد المقياس السبعة بين صفر(0) و(15) درجة ، بينما تتراوح الدرجة الكلية بين(0) و(105) درجة ، وتعتبر الدرجة المرتفعة على تمتع الفرد بمستوى مرتفع من حيث الصحة النفسية والعكس صحيح .

• الأبعاد والمظاهر التي يقيسها المقياس :

- **الشعور بالكفاءة والثقة في النفس** : ويعني إحساس الفرد بقيمته ، وأن لديه من الإمكانيات ما يجعله قادرا على العطاء ومواجهة الصعاب والتحديات ، والتغلب عليها دون الاعتماد على الآخرين بالإضافة إلى مقدرته على حسم المسائل ، واتخاذ القرارات في حينها ، وعدم الحساسية للنقد.

وبنوده هي : [8 ، 1 ، 15 ، 22 ، 29 ، 35 ، 43 ، 50 ، 57 ، 64 ، 71 ، 78 ، 85 ، 92 ، 99] .

- القدرة على التفاعل الاجتماعي :ويقصد به مقدرة الفرد على عقد الصداقات ، وتبادل الزيارات ، و علاقات إنسانية مشبعة قوامها الثقة والاحترام والود والتآلف مع الآخرين ، ومقدرته على الإسهام بدور ايجابي في المناسبات والأنشطة والحياة الاجتماعية عموما .

وبنوده هي : [2 ، 9 ، 16 ، 23 ، 36 ، 44 ، 51 ، 58 ، 65 ، 72 ، 79 ، 86 ، 93 ، 100].

- النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس : ويعني المقدرة على مواجهة الصراعات النفسية ،السيطرة على الانفعالات ، والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعيا ، كما يعني ثبات الاستجابات الانفعالية للفرد واستقرارها إزاء المواقف المشابهة ، وعدم الاستسلام لقلق والتوتر وأحلام اليقظة .

وبنوده هي : [3 ، 10 ، 17 ، 24 ، 31 ، 37 ، 45 ، 52 ، 59 ، 66 ، 73 ، 80 ، 87 ، 94 ، 101] .

- القدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة : ويعني سعي الفرد إلى تحقيق ما لديه من طاقات ، والاستفادة مما لديه من إمكانيات في أعمال مثمرة ، والتي لا تتعارض مع مصالح الآخرين وتشعره بالرضا والإشباع ، بما يستلزم ذلك من إقبال على الحياة بحيوية ونشاط ، والاعتماد على النفس ، والتخطيط والمثابرة وإتقان العمل ، وشغل وقت الفراغ بصورة مفيدة .

وبنوده هي : [4 ، 11 ، 18 ، 25 ، 32 ، 38 ، 46 ، 53 ، 60 ، 67 ، 74 ، 81 ، 88 ، 95 ، 102] .

- التحرر من الأعراض العصائية : ويعني خلو المرء من الأنماط السلوكية الشاذة المصاحبة للاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية ، وانتفاء كل ما يعوق مشاركته في الحياة الاجتماعية ، ويحد من تفاعله مع الآخرين والحياة معهم بشكل عادي .

وبنوده هي : [5 ، 12 ، 19 ، 26 ، 33 ، 39 ، 47 ، 54 ، 61 ، 68 ، 75 ، 82 ، 89 ، 96 ، 103] .

- البعد الإنساني والقيمي : ويقصد به تبني المرء لإطار قيمي يهتدي به ، ويوجه سلوكه ، ويراعي فيه مشاعر الآخرين ، ويحترم مصالحهم وحقوقهم ، ويلتزم من خلاله بالقيم الأخلاقية الواجبة في العلاقات المتبادلة ، كالوفاء ، والصدق ، والأمانة ، والمساندة .

وبنوده هي : [6، 13 ، 20 ، 27 ، 34 ، 40 ، 48 ، 55 ، 62 ، 69 ، 76 ، 83 ، 90 ، 97 ، 104] .

- تقبل الذات وأوجه القصور العضوية : يعني تقبل الفرد لذاته كما هي على حقيقتها ، ورضاؤه عنها بما تشتمل عليه ، وعدم النفور أو الخجل مما تنطوي عليه من معوقات جسمية ، واستغلال ما يتمتع به من إمكانيات ، والعمل على تنميتها إلى أقصى مستوى يمكنها الوصول إليه .

وبنوده هي : [7، 14 ، 21 ، 28 ، 35 ، 41 ، 49 ، 56 ، 63 ، 70 ، 77 ، 84 ، 91 ، 98 ، 105] .

• الخصائص السيكومترية للمقياس .

- صدق المقياس :

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها 400 طالب وطالبة (259 ذكر و150 أنثى) بجامعة الملك سعود من القسمين العلمي والأدبي ، ممن تتراوح أعمارهم ما بين 18 و27 عاما ، وبمتوسط قدره 21.5 سنة وانحراف معياري قدره 2.45 .

وقد تم التحقق من صدق المقياس عن طريق إخضاع درجات أفراد عينة التقنين للتحليلات الإحصائية ، وباستخدام أسلوب التحليل العاملي ، وذلك لاستخراج معاملات ارتباط البنود الممثلة للأبعاد المختلفة بالدرجة الكلية لهذه الأبعاد ، ومن ثم استخراج معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس من جهة ، والدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى ، والجداول التالية توضح نتائج ذلك :

الجدول رقم (10): يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الأول (الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس) والدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس الصحة النفسية .

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.61	57	0.32	1
0.34	64	0.49	8
0.50	71	0.36	15
0.55	78	0.51	22
0.49	85	0.46	29
0.55	92	0.30	36
0.65	99	0.32	43
-	-	0.54	50

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (11) : يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثاني (المقدرة على التفاعل الاجتماعي) والدرجة الكلية لهذا البعد .

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.54	58	0.50	2
0.33	65	0.38	9
0.51	72	0.36	16
0.45	79	0.37	23
0.46	86	0.59	30
0.47	93	0.49	37
0.30	100	0.30	44
		0.36	51

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (12) : يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثالث (النضج الانفعالي والقدرة على ضبط النفس) والدرجة الكلية لهذا البعد.

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.33	59	0.52	3
0.58	66	0.61	10
0.43	73	0.48	17
0.49	80	0.58	24
0.57	87	0.47	31
0.46	94	0.44	38
0.59	101	0.31	45
		0.49	52

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (13) : يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الرابع (المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة) والدرجة الكلية لهذا البعد.

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.41	60	0.45	4
0.43	67	0.34	11
0.44	74	0.39	18
0.33	81	0.30	25
0.34	88	0.30	32
0.48	95	0.40	39
0.44	102	0.44	46
		0.37	53

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (14) : يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الخامس (التحرر من الأعراض العصبية) والدرجة الكلية لهذا البعد .

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.41	61	0.39	5
0.54	68	0.37	12
0.41	75	0.55	19
0.44	82	0.42	26
0.42	89	0.49	33
0.50	96	0.53	40
0.52	103	0.53	47
		0.64	54

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (15) : يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السادس (البعد الإنساني والقيمي) والدرجة الكلية لهذا البعد .

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.40	62	0.30	6
0.51	69	0.30	13
0.66	76	0.33	20
0.29	83	0.48	27
0.59	90	0.59	34
0.52	97	0.49	41
0.40	104	0.53	48
		0.62	55

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (16): يبين معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السابع (تقبل الذات وأوجه القصور العضوية) والدرجة الكلية لهذا البعد .

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	قم البند
0.54	63	0.37	7
0.55	70	0.50	14
0.33	77	0.49	21
0.43	84	0.59	28
0.52	91	0.34	35
0.55	98	0.30	42
0.43	105	0.50	49
		0.41	56

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01 .

يتضح من الجداول السابقة ، أن معاملات ارتباط بنود الأبعاد الفرعية للمقياس بالدرجة الكلية لكل بعد منها دالة عند مستوى 0.01 .

الجدول رقم (17) : يبين مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الصحة النفسية السبعة وكذلك الدرجة الكلية له بالنسبة العينة السعودية .

الدرجة الكلية	السابع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	أبعاد المقياس
0.81	0.49	0.37	0.61	0.37	0.62	0.38	-	الأول
0.69	0.28	0.34	0.30	0.49	0.31	-		الثاني
0.80	0.53	0.28	0.64	0.29	-			الثالث
0.60	0.26	0.45	0.36	-				الرابع
0.78	0.39	0.35	-					الخامس
0.66	0.26	-						السادس
0.64	-							السابع
-								الدرجة الكلية

يظهر من خلال هذا الجدول أن معاملات الارتباط البينية بين درجات الأبعاد السبعة المكونة للمقياس هي دالة عند مستوى 0.01 ، وكذلك معاملات ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى 0.01 ، مما يؤكد أنها تشترك جميعا في قياس الصحة النفسية في ضوء الإطار النظري الذي يستند عليه المقياس وهذا دليل على صدقه .

- ثبات المقياس :

تم التحقق من ثبات المقياس في البيئة السعودية بطريقة إعادة الاختبار، حيث طبق على عينة قوامها (100) طالب وطالبة ، مرتين بينهما فارق زمني يقدر بـ (3 أسابيع) ، ومن تم حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة في المرتين بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس ، وكذلك درجته الكلية ، وفيما يلي جدول يتضمن نتائج هذا الإجراء .

الجدول رقم (18) : يبين معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة في المرتين بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس ودرجته الكلية .

الدرجة الكلية	السابع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	البعد
معامل الارتباط	0.79	0.64	0.65	0.70	0.57	0.72	0.74	

جميع هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 .

ومن خلال هذا الجدول يتضح أن الأبعاد الفرعية الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية تتمتع بدرجة عالية من الثبات .

كما تم التحقق أيضا من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية من طرف الباحث "سيب عبد الرزاق" في دراسته حول : " الثقافة وعلاقتها بالصحة النفسية " سنة 2010 بطريقة إعادة الاختبار ، حيث طبق المقياس على عينة قوامها 50 طالبا وطالبة من جامعة " أبو بكر بلقايد " بتلمسان (قسم علم النفس وقسم الشريعة الإسلامية) .

وقد تم ذلك بمعدل مرتين وبفارق زمني قدره ثلاث أسابيع ، وتم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجات العينة في المرتين ، والذي قدر بـ 0.81 عند مستوى دلالة 0.01 ، وهذا يدل على أن مقياس الصحة النفسية للشباب يتمتع بدرجة عالية من الثبات ، كما هو موضح في الجدول التالي .

الجدول رقم (19) : يبين معامل ارتباط بيرسون بين الاختبار الأول والاختبار الثاني (بعد 03 أسابيع) لمقياس الصحة النفسية .

مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	الدرجة الكلية في الاختبار الثاني (3 أسابيع)	الدرجة الكلية في الاختبار الأول	عدد أفراد العينة	الدرجة الكلية في الاختبار الثاني (3 أسابيع)	الدرجة الكلية في الاختبار الأول	عدد أفراد العينة
0.01	R=0.81	62	70	26	63	60	1
		60	64	27	61	67	2
		39	47	28	80	83	3
		76	82	29	72	79	4
		55	61	30	80	81	5
		60	66	31	60	66	6
		80	83	32	80	82	7
		60	58	33	65	75	8
		60	75	34	73	80	9
		70	70	35	70	72	10
		68	87	36	75	82	11
		83	73	37	70	76	12
		70	62	38	52	54	13
		58	69	39	56	57	14
		60	63	40	61	60	15
		70	69	41	79	82	16
		62	65	42	65	67	17
		85	90	43	50	54	18
		60	66	44	65	59	19
		75	81	45	50	51	20
		75	79	46	70	78	21
		76	82	47	65	68	22
		72	76	48	70	77	23
		65	70	49	90	92	24
		68	73	50	86	80	25

ب - قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصابية (الانفعالية والمزاجية) :

• التعريف بالمقياس :

في سنة 1986 قام فريق من الباحثين الآتية أسماؤهم : "كيف برودمان - *Keev Brodman*" و"البرت إردمان - *Albert J. Erdmann*" و"هارلد ولف - *Harld G. Wolf*" و"بول ميسكوفيتش - *Paul F. Miskovitz*" بتأليف قائمة "كورنل" الجديدة ، والتي تُعدُّ صورةً متطورةً من نسخة "كورنل" الأصلية التي طبعت سنة 1946 ، والتي كانت تضم 101 سؤال بـ 10 مقاييس ، وأصبحت تضم 223 سؤالاً بـ 18 مقياساً ، وقام بتعريبها وإعدادها الدكتور "محمود السيد أبو النيل" بجامعة عين شمس سنة 1995 .

أُعدَّ هذا المقياس أصلاً كوسيلة للحصول على بيانات تتعلق بالنواحي السيكوسوماتية والعصابية لأغراض التفسير العيادي ، فضلاً عن التقييم الإحصائي الذي يحدد وضع المفحوص بالنسبة لمقياس يختص بالجوانب العصابية والاضطرابات السيكوسوماتية ، وقد استعملنا في هذا البحث فقط الجزء الخاص بالنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية).

• كيفية تطبيق المقياس :

تعد قائمة "كورنل" من المقاييس التي تطبق بشكل فردي أو جماعي ، حيث تعطى القائمة للمفحوص ، ويطلب منه الإجابة عن أسئلتها ، بعد إعطائه التعليمات التي تتمثل في علامة X أمام الإجابة المناسبة ، ويستغرق وقت الإجابة عن الأسئلة ما بين 10 - 30 دقيقة ، ويعتمد ذلك على درجة التعليم والحالة النفسية للمفحوص.

• طريقة التصحيح : يتضمن الجزء الخاص بقياس الاضطرابات الانفعالية والمزاجية على 51 سؤالاً موزعة كالآتي :

الجدول رقم(20) : يوضح المقاييس الفرعية لمقياس "كورنل" للإضطرابات الانفعالية والمزاجية.

الوسيط	عدد الأسئلة	الرمز	لمقياس الفرعي
5	12	M	عدم الكفاية
3	6	N	الاكتئاب
4	9	O	القلق
3	6	P	الحساسية
4	9	Q	الغضب
4	9	R	التوتر

يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الستة على حدى ، وذلك بإعطاء درجة على كل سؤال أجاب عنه المفحوص بـ "نعم" ، أما الإجابة بـ "لا" فدرجتها دائماً صفر، وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية لهذا المقياس.

وللحصول على الدرجات الخام لكل مفحوص ، تُجمع عدد العلامات التي وضعها المفحوص أمام العبارات التي تقيس الاضطراب الانفعالي والمزاجي ، في الخانة الخاصة بكلمة (نعم) فقط ، لأن قياس الاضطراب يتم في الاتجاه الإيجابي ، وتتراوح درجة المفحوص بين صفر (خالٍ من الاضطراب الانفعالي والمزاجي) إلى 51 درجة (اضطرابات مرتفعة) ، فالاضطرابات الانفعالية والمزاجية في هذا المقياس هي عبارة عن بعد متصل ؛ يمتد من أقصى الشعور بالارتياح والاتزان الانفعالي إلى أقصى الشعور بالتعاسة والاضطراب.

ويحدد وجود الاضطراب الانفعالي والمزاجي عندما ترتفع درجته عن المتوسط ، ويكون أقل وجوداً عندما تنخفض درجته عن المتوسط المحدد في الجدول السابق ، فمثلاً اضطراب الاكتئاب هو درجة الفرد على قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي الانفعالية والمزاجية على هذا المقياس الفرعي ، ويكون أكثر اكتئاباً كلما ارتفعت درجته عن (3) ، والذي يعتبر المتوسط في هذا البعد ، وأقل اكتئاباً كلما انخفضت درجته عن (3) .

• الخصائص السيكومترية للمقياس :

- صدق وثبات المقياس في البيئة المصرية :

وجد " أبو النيل " أن معامل الثبات للمقياس يساوي 0.92 بطريقة التجزئة النصفية ، حيث درس صدقه بطريقة المجموعات المتناقضة ، فوجد أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0.01 عند فئة الأسوياء ، ودال إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0.01 عند فئة المرضى ، مما يؤكد صدق المقياس.

وفي دراسة لـ (محمدي محمد زينة ، 1994 : 329) عن صدق المقياس وثباته في البيئة المصرية وجد أن معامل الصدق يساوي 0.96 ، أما معامل الثبات فيساوي 0.93 .

- صدق المقياس في البيئة الأمريكية :

حسب ما توافر لدينا من معلومات عن الخصائص السيكومترية للمقياس ، يشير " أبو النيل " إلى أنه تم اختبار دقة القائمة في التشخيص والتقييم على 191 من المرضى الذين دخلوا القسم الطبي العام بمستشفى نيويورك ، وعندما تم فحصهم بواسطة الأطباء دون أن تتوافر لديهم أية معلومات أخرى غير نتائج قائمة "كورنل" ، وجد أن التشخيص بواسطتها يتسم بالدقة بالنسبة لكل الحالات ، إذ يتطابق التشخيص من خلالها في 94 % من الحالات مع البيانات والفحوص الموجودة بالمستشفى ، فوجد أن معامل الارتباط بين التقييم الإكلينيكي ونتائج القائمة تصل قيمته إلى 0.83 .

ج - مقياس تقدير الذات .

• التعريف بالمقياس :

لجأ الباحث (إبراهيم بن محمد بلكيلاني ، 2008 : 76 - 85) إلى تعديل مقياس تقدير الذات ، والذي أعده "حسين عبد العزيز الدريني" و " محمد أحمد سلامة " سنة 1983 في البيئة القطرية ، وفيما يلي شرح لطريقة إعداد المقياس الأصلي ومواصفاته :

لوضع وحدات المقياس استعرض واضعوه عددا من المقاييس : مقياس "واتكنس" (Watkins 1978) ، ومقياس "لورانس" (Lawrence 1981) ، ومقياس "كوبر سميث" (1978) (Cohen) ، ومقياس "روزنبرغ" (Rosenberg 1965) ، ومقياس المظاهر السلوكية المستخدمة في تقدير الذات (Savin & Jaquish 1981) ، وعددا من الدراسات التي تناولت تقدير الذات ، وقد أدى هذا إلى وضع 57 وحدة تدور حول تقدير الذات ، ثم صممت الصورة الأولية للمقياس وتكونت من ثلاث أجزاء :

أ - الجزء الأول : وطلب فيه من المستجيب أن يحدد أهمية كل مجال من المجالات التالية بالنسبة له ، مستخدما مقياسا متدرجا من صفر إلى (4) : الصحة الجسدية ، والصحة النفسية ، والقدرات العقلية ، الهيئة والمظهر الخارجي ، والعلاقات بالأسرة ، والعلاقات بالأصدقاء ، وتحقيق السعادة ، والاستمتاع بوقت الفراغ ، وتكوين الفلسفة الشخصية .

ب - الجزء الثاني : وطلب فيه من المستجيب أن يحدد درجة تقديره لنفسه في كل مجال من المجالات السابقة.

ج - الجزء الثالث : وتكون من وحدات المقياس في صورتها الأولية المتضمنة للمجالات التسعة المذكورة في الجزء الأول ، ويضاف إليها مجال تحقيق الأهداف .

● الخصائص السيكومترية للمقياس :

1 - تحليل الوحدات : اقتضى تحليل الوحدات وجود محك معين يستخدم في تقسيم الأفراد إلى قسمين :

- تقدير الفرد لأهمية كل مجال على حده .

- تقدير الفرد لنفسه في كل مجال .

ولقد استخدم الباحثان المحك الذي وضعه (watkins 1978) ، والذي يقوم على تطبيق المعادلة التالية:

$$\text{تقدير الذات} = \frac{\text{مج أ} \times \text{ب}}{\text{مج أ}}$$

فإذا كان تقدير الفرد لأهمية مجال الصحة مثلا هو (2) ، وتقديره لنفسه في مجال الصحة هو (3) ، فإن $\text{مج أ} \times \text{ب} = 6$ ، والشيء نفسه في جميع المجالات ، بجمع حواصل الضرب يمكن الحصول على $\text{مج أ} \times \text{ب}$ ، فإذا كانت $\text{مج أ} \times \text{ب}$ للمجالات السابقة بترتيبها هو :

4، 4، 4، 6، 16، 9، 12، 12، 6، 9، 82 ، وإذا كان $\text{مج أ} = 29$ ، فإن مؤشر تقدير الذات لدى هذا الفرد يصبح $29/82 = 0,35$.

وباستخدام مؤشر تقدير الذات لدى كل فرد ، أمكن قسمة العينة ذكورا وإناثا باستخدام المتوسط إلى قسمين أعلى من المتوسط وعددها 62 ، وأدنى من المتوسط وعددها 60 ، وبحساب الفروق بين المجموعتين على كل حده ، أمكن التوصل إلى 31 وحدة مميزة من أصل 57 وحدة ، ورأى الباحثان استبعاد إحدى الوحدات تقديرا منهما بأنها لا تتفق مع النظام التعليمي المتبع في جامع قطر .

2 - حساب ثبات المقياس : استخدم الباحثان طريقة التجزئة النصفية ، وكان الثبات قبل التصحيح هو 0,61 ، وبعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون 0,76 (ن = 122) ، وهو معامل ثبات مرتفع ودال .

3 - حساب صدق المقياس : استخدم الباحثان الصدق التكويني كمؤشر لصدق المقياس .

تم تطبيق المقياس في صورته النهائية (30 فقرة) على عينة من الطلبة المنتظمين في جامع قطر ، بكلية التربية سنة 1983 ، وتكونت العينة من 70 طالبا و 74 طالبة ، وقد تميزت العينة بالخصائص التالية :

- جميع أفرادها حاصلون على الثانوية العامة .
- متوسط السن بالنسبة للبنين 19,3 ، وبالنسبة للبنات 18,8.
- متوسط تقدير الذات لدى البنين 75,02 ولدى البنات 75,9 (أي 75 تقريبا للبنين و 75 للبنات).
- كان الانحراف المعياري لتقدير الذات لدى البنين 6,6 ولدى البنات 6,7 .

• تصحيح المقياس :

يصحح المقياس بأن يحصل المستجيب على (3) إذا وضع علامة تحت غالبا ، و(2) إذا وضع علامة تحت أحيانا ، و(1) إذا وضع علامة تحت نادرا ، وذلك بالنسبة لجميع الفقرات فيما عدا الفقرات التالية إذ أن تقديرها معكوس : 1. 4. 5. 6. 14. 16. 17. 20. 23. 25. 28. 29. 30. 31. ، هذه الفقرات إذا وضع المستجيب علامة تحت غالبا يحصل على (1) ، وتحت أحيانا يحصل على (2) ، وعلى نادرا يحصل على(3).

• صلاحية الفقرات لمقياس تقدير الذات :

لغرض التعرف على مدى صلاحية الفقرات وملائمتها للتطبيق ، فقد تمت مناقشة فقراته بين الباحث و الأستاذ المشرف ، مع إعادة صياغة لغوية لبعض فقراته ، وذلك لغرض الوصول إلى أفضل صياغة قبل عرضه على الخبراء بصورته الأولية ، بعدها تم عرضه على مجموعة من الخبراء في علم النفس ، و في ضوء أحكامهم أبقيت الفقرات وتم تعديل قسم منها لتكون ملائمة للتطبيق .

• تعليمات المقياس :

تمت صياغة تعليمات المقياس الحالي المعدل من قبل الباحث " إبراهيم بن محمد بلكيلاني " ، لتكون بسيطة واضحة ومفهومة ، مع التأكيد على ضرورة اختيار البديل المناسب ، وعدم ترك أية إجابة ، ولم يطلب ذكر الاسم حفاظا على سرية الإجابة .

● **تطبيق الفقرات :** طبق الباحث فقرات المقياس الحالي لتقدير الذات على عينة البحث المختارة عشوائيا ، وذلك من أجل حساب الصدق والثبات ، وكذلك لتحقيق أهداف البحث .

● **تصحيح المقياس :**

يشمل المقياس الحالي على (33) فقرة ، وأمام كل منها ثلاث بدائل وهي (غالبا ، أحيانا ، نادرا) ، وأعطيت الأوزان الآتية (3 ، 2 ، 1) على التوالي للفقرات الإيجابية والأوزان المعكوسة (1 ، 2 ، 3) إذا كانت الفقرات سلبية ، و يتم تصحيح المقياس من خلال الجمع البسيط لدرجات الفرد عند إجابته على فقرات المقياس .

● **إجراء تحليل الفقرة :**

يهدف الإبقاء على الفقرات الجيدة والمميزة في المقياس ؛ يعد أسلوبا المجموعتين المتطرفتين وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية ، إجراءين مناسبين في عملية تحليل الفقرات .

■ المجموعتان المتطرفتان : اتبع الباحث الخطوات التالية :

- تحديد الدرجة الكلية لكل استمارة .

- ترتيب الدرجات تنازليا من أعلى درجة إلى أدناها في تقدير الذات .

- تعيين 27 % من الاستمارات الحاصلة على الدرجات العليا في تقدير الذات ، و 27 % من الاستمارات الحاصلة على الدرجات الدنيا لتمثلا لمجموعتين بأكبر حجم وأقصى تمايز .

بلغ عدد الاستمارات في كل مجموعة (30) ، وبهذا يكون عدد الاستمارات التي خضعت للتحليل هي (60) استمارة ، طبق الباحث الاختبار التائي لعينتين مستقلتين ، لاختبار الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا لكل فقرة .

واعتبرت القيمة التائية مؤشرا لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية (قيمة " t " الجدولية عند مستوى دلالة 0,01 وبدرجة حرية 58=2,617 ، والقيمة الجدولية عند مستوى دلالة 0,05 ودرجة حرية 58=1,96) ، وقد كانت جميع الفقرات مميزة عند مستوى دلالة (0,01) ودرجة حرية (58) ، ما عدا ستة فقرات كانت ذات دلالة تحت مستوى أقل من (0,05) ، كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (21): يبين معاملات تمييز مقياس تقدير الذات بأسلوب المجموعتين المتطرفتين.

القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		رقم الفقرة
	التباين	المتوسط	التباين	المتوسط	
4.22	3.54	1.61	4.74	3.96	.1
3.69	1.34	0.61	4.61	2.01	.2
5.01	3.74	1.56	3.84	4.91	.3
6.41	1.22	4.22	1.62	4.81	.4
2.13	2.99	1.58	4.89	2.83	.5
6.01	2.09	2.75	1.61	5.07	.6
4.3	3.51	1.59	4.80	3.61	.7
4.35	1.32	2.71	2.04	3.68	.8
4.12	3.64	0.79	4.62	1.34	.9
2.59	2.94	3.11	1.64	2.35	.10
2.79	0.31	2.99	1.28	3.60	.11
7.9	1.77	2.73	2.69	4.12	.12
5.01	4.88	2.36	3.09	4.69	.13
4.67	3.61	2.25	3.19	4.29	.14
8.314	0.96	3	0.644	4.32	.15
2.148	1.167	2.85	1.27	3.36	.16
7.83	0.89	2.67	0.91	4.01	.17
6.03	1.15	2.15	1.29	3.58	.18
7.85	1.03	2.83	0.83	4.26	.19
4.3	1.11	2.77	1.17	3.73	.20
8.01	1.1	3.1	0.71	4.51	.21
4.33	1.10	2.77	1.17	3.74	.22
4.6	1.24	2.75	1.28	3.8	.23

6.71	1.66	2.32	2.2	3.97	.24
4.9	1.58	3.8	1.77	4.6	.25
2.15	3	1.85	4.89	2.83	.26
3.96	3.81	2.09	3.85	3.95	.27
5.87	0.96	4.22	1.59	4.81	.28
3.57	1.33	0.6	4.60	2.11	.29
4.10	1.61	0.967	4.51	2.52	.30
6.72	1.66	2.35	4.57	3.16	.31
2.27	2.89	1.58	4.89	2.83	.32
7.3	0.35	3.2	1.47	4.41	.33

* الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0,05 .

■ علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية :

إن الأسلوب الثاني في تحليل الفقرات هو إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية ، ويتميز هذا الأسلوب بتقديم مقياس متجانس في فقراته ، وقد استخدم معامل ارتباط "بيرسون" لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لـ (60) استمارة ، وهي الاستمارات نفسها التي خضعت للتحليل في ضوء أسلوب المجموعتين المتطرفتين ، وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً لدى مقارنتها بالقيمة الجدولية (2,617) تحت مستوى دلالة (0,01) ، باستخدام الاختبار التائي لدلالة معاملات الارتباط ، كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول رقم (22) : يبين القيمة التائية لاختبار دلالة معاملات الارتباط لدرجة كل فقرة من فقرات مقياس تقدير الذات بالدرجة الكلية للمقياس .

ت	قيمة r	قيمة t	ت	قيمة r	قيمة t
.1	0.58	7.23	.17	0.26	2.66
.2	0.38	4.1	.18	0.57	6.86
.3	0.44	4.85	.19	0.48	5.42
.4	0.59	7.32	.20	0.35	3.68
.5	0.25	2.61	.21	0.32	3.34
.6	0.27	2.77	.22	0.41	4.45
.7	0.58	4.08	.23	0.31	3.23
.8	0.29	2.92	.24	0.52	6.03
.9	0.36	3.82	.25	0.22	2.15
.10	0.44	4.85	.26	0.35	3.68
.11	0.29	2.99	.27	0.72	10.27
.12	0.68	9.18	.28	0.37	3.94
.13	0.63	8.03	.29	0.45	4.98
.14	0.36	3.82	.30	0.42	4.58
.15	0.55	6.52	.31	0.35	3.69
.16	0.41	4.45	.32	0.53	6.21
.33	0.29	2.99			

● مؤشرات صدق المقياس:

- الصدق الظاهري : تم التحقق منه من خلال عرض المقياس على مجموعة من الأخصائيين ، وأساتذة في علم النفس للحكم على مدى صلاحيته في قياس تقدير الذات .
- صدق البناء : وهو مدى قياس الأداة للبناء النظري وذلك لقياس الموضوع ، ويرى كرومباخ أن هذا النوع من الصدق أساسي ، وقد تم التحقق من خلال علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية ، حيث أن المقياس الذي تؤخذ فقراته على وفق هذا المؤشر صادقاً بنائياً .

وفي ضوء هذا فقد حسبت العلاقة بين درجة الفقرة الواحدة والدرجة الكلية ل (110) استمارة ، وقد تم الإبقاء على الفقرات كلها ، لعلاقتها الدالة بالدرجة الكلية ، كما يتضح في الجدول رقم (22) ، واعتبر المقياس صادق بنائيا حسب هذا المؤشر ، كما ذكر في إجراء تحليل الفقرة .

• مؤشرات ثبات المقياس:

استخرج الثبات في المقياس الحالي بطريقة معامل ألفا للاتساق الداخلي ، وتعتمد هذه الطريقة على الاتساق في أداء الفرد من فقرة إلى أخرى ، ويمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار إلى أجزاء بطرق مختلفة ، ولأجل استخراج الثبات بهذه الطريقة أخضعت الاستمارات ، والتي بلغ عددها (120) استمارة لغرض تطبيق معامل ألفا ، حيث بلغت قيمة ثبات المقياس الحالي ككل (0.81) ، وهو معامل ثبات جيد و مرتفع.

4 - الأساليب الإحصائية للدراسة الاستطلاعية .

اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على مجموعة من الأساليب الإحصائية نذكرها كما يلي :

- التكرارات والنسب المئوية .

$$\frac{\text{ك}}{\text{ن}} = \text{النسبة المئوية}$$

مج : مجموع القيم
ن : عدد أفراد العينة

5 - حدود الدراسة الاستطلاعية : اشتملت الدراسة الاستطلاعية على الحدود التالية :

أ - الحدود الموضوعية : حددت الدراسة الاستطلاعية بدراسة الصحة النفسية ، والاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، ومستوى تقدير الذات ل 20 حالة مشتركة ما بين "المس" ، و " السحر" ، و"العين" ، باستخدام الاختبارات النفسية ، والمتمثلة في "مقياس الصحة النفسية للشباب" ، و" قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصابية ، و"مقياس تقدير الذات" ، وذلك بالاعتماد على المنهج

الوصفي المتمثل في الدراسة الإحصائية ، وباستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية ، كالتكرارات ، والنسب المئوية .

ب - حدود الدراسة المكانية :

يقتصر هذا البحث على دراسة الحالات المذكورة بمواصفات عينة البحث الاستطلاعي على مستوى الغرب الجزائري .

ج - حدود الدراسة الزمانية :

يقتصر هذا البحث على دراسة الحالات المذكورة بمواصفات عينة البحث الاستطلاعي ، من تاريخ 2012/01/15 إلى غاية 2012 /04/05 .

6 - عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية ومناقشتها:

عرض النتائج الخاصة بدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" .

الجدول رقم (23) : يبين النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" للعينة الاستطلاعية .

حالات العين			حالات السحر			حالات المس			الوسيط	الاضطرابات الانفعالية والمزاجية
%	ن	ك	%	ن	ك	%	ن	ك		
67	6	4	100	10	10	100	4	4	5	عدم الكفاية
50	6	3	80	10	8	100	4	4	3	الاكتئاب
33, 33	6	2	80	10	8	100	4	4	4	القلق
50	6	3	60	10	6	100	4	4	3	الحساسية
50	6	3	70	10	7	75	4	3	4	الغضب
67	6	4	90	10	9	75	4	3	4	التوتر

يتضح من خلال الجدول أن الاضطرابات الانفعالية والمزاجية تشيع بنسب متفاوتة لدى حالات " المس" ، و"السحر" ، و"العين" ، ويظهر جليا الفرق بينها من حيث مدى انتشار بعض الاضطرابات بالمقارنة مع الأخرى ، مثلا اضطراب القلق ("المس" = 100% ، و"السحر" = 100% ، و"العين" = 33,33%) ، وعموما حالات "المس" تشهد انتشار معتبر لهذه الاضطرابات ، ويليهما "السحر" ، ثم "العين" ، ويرجع ذلك إلى اختلاف في شدة الأعراض بين الحالات على الترتيب .

ويمكن القول بأنه إذا كان حجم العينة كبير (أكبر من 20 فردا) ، يمكن بذلك الوصول إلى نتائج أكثر دقة وشمولية ، وبالتالي يمكن تعميمها فيما بعد ، وهذا ما سنحاول تجسيده والوصول إليه من خلال الدراسة الأساسية .

ثالثا - الدراسة الأساسية .

1 - عينة الدراسة الأساسية .

أ - المجتمع الأصلي للدراسة :

لقد اعتمد في اختيار عينة الدراسة على مواصفات معينة ، تمثلت في كون هذه الحالات قد لجأت إلى معالج تقليدي (راقي شرعي ، أو عراف ، أو مشعوذ ..إلخ) في تشخيص حالتها المرضية ، بغض النظر عن سنها أو جنسها أو مستواها التعليمي أو الاجتماعي ، فأخذت جميع هذه الحالات من المجتمع الأصلي لها ، والذي تمثل في جميع الأفراد المترددين على المعالجين التقليديين ، والذين شخصوا حالاتهم سواء على أنها حالة "مس" ، أو "سحر" ، أو "عين" .

ب - حجم عينة الدراسة وأسلوب اختيارها :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (45) فردا ممن يعانون حسب المنظور الثقافي الشعبي من حالات "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، فتكونت من (10) أفراد ممن يعانون من "المس" ، و(18) فردا ممن يعانون من "السحر" ، و(17) فردا ممن يعانون من "العين" ، وبالتالي فطبيعة هذه العينة هي "قصدية" ، وقد اختيرت بأسلوب المعاينة الغير احتمالية .

والجدول رقم (24) : يبين النسب المئوية للعينة الأساسية .

النسبة %	عدد أفراد العينة	
22	10	حالات المس
40	18	حالات السحر
39	17	حالات العين
100	45	المجموع

أما عن خصائص عينة البحث فشملت على المتغيرات التالية : الجنس ، والفئات العمرية ، والمستوى الدراسي ، وفيما يلي أعداد ونسب أفراد العينة وفق هذه المتغيرات :

- الجنس : قسم أفراد العينة إلى ذكور وإناث .

والجدول رقم (25) : يبين تقسيم العينة الأساسية وفق متغير الجنس .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة الجنس
النسبة %	العدد							
27	12	18	3	39	7	20	2	ذكور
73	33	82	14	61	11	80	8	إناث
100	45	100	17	100	18	100	10	المجموع

- الفئة العمرية : قسم أفراد العينة إلى فئتين عمريتين .

الجدول رقم (26) : يبين تقسيم العينة الأساسية وفق متغير الفئة العمرية .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة الفئة العمرية
النسبة %	العدد							
71	32	65	11	72	13	80	8	18 - 32 سنة
29	13	35	6	28	5	20	2	33 سنة فما فوق
100	45	100	17	100	18	100	10	المجموع

- المستوى الدراسي : قسم أفراد العينة إلى مستويين دراسيين .

الجدول رقم (27) : يبين تقسيم العينة الأساسية وفق متغير المستوى الدراسي .

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة المستوى الدراسي
النسبة %	العدد							
24	11	18	3	28	5	30	3	بدون مستوى - متوسط
76	34	82	14	72	13	70	7	ثانوي - جامعي فما فوق
100	45	100	17	100	18	100	10	المجموع

أما الجدول رقم (28): يبين تقسيم العينة الأساسية وفق المتغيرات الثلاثة للدراسة.

المجموع		العين		السحر		المس		الحالات المدروسة	
45		17		18		10		عدد أفراد العينة	
%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	العدد و النسبة	
27	12	18	3	39	7	20	2	ذكور	الجنس
73	33	82	14	61	11	80	8	إناث	
71	32	65	11	72	13	80	8	18-32 سنة	الفئة العمرية
29	13	35	6	28	5	20	2	33 فما فوق	
24	11	18	3	28	5	30	3	بدون مستوى - متوسط	المستوى
76	34	82	14	72	13	70	7	ثانوي - جامعي فما فوق	الدراسي

2 - أدوات الدراسة الأساسية :

من أجل تحقيق أهداف الدراسة ، والتأكد من صحة الفروض ومناقشتها ، وللوصول إلى نتائج علمية دقيقة وأكثر موضوعية ، اعتمدنا على مجموعة من الأدوات والوسائل ، سواء فيما يخص الدراسة الإحصائية أو الدراسة العيادية ، مثل الملاحظة ، والمقابلة ، واختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) أما المقاييس النفسية الثلاثة ، فلقد تم الإشارة إليها بالتفصيل من خلال أدوات الدراسة الاستطلاعية ، وسنكتفي بالإشارة إلى الصفحة الموجودة فيها .

أ - الملاحظة :

تعتبر الملاحظة من أهم وسائل جمع المعلومات ، ولقد استخدمت على عينة الدراسة العيادية ، وذلك بملاحظة المريض من الخارج ، كتغيرات الوجه ، ونبرات الصوت ، وحركات الجسم ومقارنتها بالموقف الذي يكون عليه أثناء الإجابة على سؤال ما .

ويكون ذلك خلال إجراء المقابلات والاختبارات سواء الاستبيانات أو الاختبارات الإسقاطية ، ومن خلال ملاحظات من يتعاملون معهم من معارف وأصدقاء وأهل ، وخصوصا من يتعاملون معهم يوميا في أسرهم ، ونقصد بالدرجة الأولى الأم ، والأب ، والإخوة .

ب - المقابلة العيادية :

استخدمنا في هذه الدراسة المقابلة العيادية كأداة أساسية للتقرب من المفحوص ، وجمع مختلف المعلومات التي تساعد على فهم مشكلته ، فالمقابلة العيادية كما يراها شيلو (Chiland, 1983: 23) هي: "علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص ، ويمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته وحدته " .

وقد كانت المقابلة تارة موجهة وتارة أخرى نصف موجهة حتى لا نخرج عن الموضوع البحث.

ج - اختبار تفهم الموضوع (TAT) .

• **تقديم الاختبار :**

يعتبر اختبار تفهم الموضوع (TAT) من أهم الطرق الاسقاطية بعد اختبار الورشاخ ، إذ يشير (عبد الرحمان سي موسي وآخرون ، 2008 ، ج 1 : 165) أن هذا الاختبار هو في الأصل أول اختبار مستوحى من تقنية القصص الحرة ، والتي كانت مستعملة بالموازاة مع الرسم لدى الأطفال، في إطار التربية خلال الفترة ما بين 1920.1930 .

وقد أخذت فكرة معرفة الشخص انطلاقا من أسلوب إنتاجه الفني (رسم ، وتأليف أدبي..) ، من خلال الأعمال التي قدمها "بورك هارت" سنة 1855 ، ثم بعده "فرويد" ما بين سنتي 1906 و 1910 في تحليل الآثار الفنية للشخصيات الأدبية أمثال "هاملت" ، و "ماير" ، "ليونارد دوفانسي" ، و "دوجنسن" .

ويظهر في (نفس المرجع السابق:165) أن " أنزيو- Anzieu" هو أول من أورد ترجمة لاختبار(TAT) باسم "اختبار تفهم المواضيع" ، وقد نشر في شكله الأول من قبل "ك.د.مورغان - C.Morgan" و "ه.أ. موراي - H.Murray" سنة 1935 ، وذلك بعد محاولات أولية سابقة لدراسة التخيل ، أهمها تقنية "بريتان" سنة 1907 ، والتي أعاد استعمالها "شوارتنر" سنة

1932 ، وذلك على شكل رائز لصورة الوضعية الاجتماعية الذي طبقه على صغار الأحداث المنحرفين .

وتذكر " ف. شنتوب - V . Shentoub " في (المرجع نفسه :165) أن "موراي" قام بعرض سنة 1938 نتائج نظريته حول الشخصية في كتابه " استخبارات الشخصية " ، والذي طرح فيه فرضية تقمص الراوي للشخصية الرئيسية (البطل) في المشهد ، والتي يعبر فيه عن حاجاته الخاصة ، أما الأشخاص الآخرون فهم يمثلون الوسط الذي يعتبر كضغط يحس به الفرد لتحقيق حاجاته .

ونشر الشكل الثالث والنهائي للاختبار سنة 1943 مع دليله التطبيقي ، وهو يحتوي على ثلاث قوائم من المتغيرات الأساسية للشخصية :

- قائمة الدوافع أو حاجات بطل القصة البالغ عددها 20 حاجة مجمعة في 9 حاجات .

- قائمة العوامل الداخلية المتعلقة بالأنظمة (الأركان) النفسية الموصوفة في التحليل النفسي .

- قائمة السمات العامة المتمثلة في الحالات والانفعالات التي يحس بها الفرد .

وهناك عدة محاولات لتغيير طريقة "موراي" ، ومنها محاولة "بيلاك" سنة 1954 ، حيث قام بمراجعة الاختبار من حيث إرجاعه إلى الأصول التحليلية التي انطلق منها ، وذلك بالتأكيد على النظرية الموقعية الثانية (هو/ أنا / أنا أعلى) فركز على دور الأنا ، والمقاومات ، والدفاعات.

ثم اقترحت سنة 1967 نظرية حول (TAT) انطلاقا من دراسة مطولة حول مصير المظاهر الرهابية الهجاسية لدى الطفل ، متخذة في ذلك مبادئ ما وراء علم النفس الفرويدي كمرجع أساسي لها .

وتجسدت نتائج أعمالها اللاحقة بالاشتراك مع " ر. دوبراي " (1969-1974) ، بعرض تقنية تحليل وتفسير الاختبار ؛ انطلاقا من المسلمات النظرية المقدمة في إطار ما يسمى "سياق الذي يعني" مجموع الآليات العقلية الملتزمة بهذه الوضعية الفريدة ، والتي يطلب فيها من الشخص أن يتخيل قصة انطلاقا من اللوحة .

• الهدف من الاختبار :

- الكشف عن البنية النفسية للفرد أو التنظيم النفسي الذي يميزه.
- الكشف عن الصراعات النفسية الداخلية والعلائقية ، وتحديد مصدرها وأصلها.
- الكشف عن الميكانزمات الدفاعية التي يستعملها المفحوص لإرصاد هذا الصراع.

• وصف مادة الاختبار:

يتكون الاختبار من (31) لوحة فيها صور ورسومات مبهمه ، أغلبها مشكلة من شخص (12لوحة) ، أو أشخاص (15لوحة) ، في حين تصور لوحات أخرى نادرة (3 لوحات) مشاهد طبيعية مختلفة ، بالإضافة إلى لوحة بيضاء (اللوحة رقم 16) .

تحمل لوحات الاختبار أرقاماً على ظهرها من 1 إلى 20 ، لأنها غير موجهة في مجملها إلى كل الفئات من حيث السن والجنس ، فمنها ما هو مشترك لدى كل الفئات ، وهي عادة تحمل رقماً فقط وعددها (11 لوحة) ، أما الباقية فهي متغيرة حسب السن والجنس ، ويكون فيها الرقم التسلسلي مصحوباً بالحرف الأول من الكلمة الأصلية بالإنجليزية .

B= boy (ولد) ، G = Girl (بنت) M= male (رجل) F= femelle (امرأة) .

وعلى كل فئة من تلك الفئات أن تجتاز (20) لوحة في حصتين ، كما كان يفعل "موراي" ، بمعدل عشر لوحات في كل حصة ، ولكن المختصون فيما بعد اختاروا من اللوحات الأصلية (31) تلك التي هي أكثر دلالة وأكثر ملائمة لديناميكية "سياق TAT" ، وتمثل في (18) لوحة من (31) بمعدل (13) لوحة لكل صنف عوض (20) ، نمرها للمفحوص في حصة واحدة ، والجدول رقم (29) يوضح ذلك .

الجدول رقم (29): يبين اللوحات المخصصة لكل صنف أو المشتركة بين الأصناف الأربعة من حيث السن والجنس .

السنف	رجال	نساء	بنون	بنات
اللوحات	1	1	1	1
	2	2	2	2
	3BM	3BM	3BM	3BM
	4	4	4	4
	5	5	5	5
	6BM	6BM	6GF	6GF
	7BM	7BM	7GF	7GF
	8BM	8BM	9GF	9GF
	10	10	10	10
	11	11	11	11
				12BG
				13B
		13MF		
		13MF		
المجموع	13	13	14	14
	16	16	16	16
	19	19	19	19

• خطوات تطبيق الاختبار:

ما هو معمول به حالياً حسب (نفس المرجع السابق : 174 - 176) أن يطبق الاختبار في حصة واحدة ، وبمعدل (13) لوحة لكل صنف من الأشخاص ، أولاً نعرف المفحوص بالاختبار ، ونحضر مادته حيث تكون اللوحات مرتبة ومقلوبة وفي الجهة اليسرى للمكتب ، وعند عرضها نقدمها بالترتيب الوارد في الجدول رقم (29) ، مع الإشارة إلى أن اللوحة (16) تقدم في الأخير.

كما يحضر الفاحص أوراقاً لتدوين الإجابات ، وقبل ذلك يستمع إلى كل استفسارات المفحوص حول أهداف الفحص ومبررات إجراءاته.. إلخ ، ويخبره الفاحص أنه سيفيد هذا الاختبار في تشخيص حالته النفسية والتعرف على بعض جوانب شخصيته ، والتي ستساعده في عملية العلاج النفسي .

وتعليمة الاختبار ملخصة على الشكل التالي : " تخيل (ي) قصة انطلاقاً من اللوحة " ، وهي تضع المفحوص في وضعية متناقضة بين حرية الذهاب بالخيال إلى أبعد حد من جهة ، مع ضرورة التقييد بالصورة الواقعية المفروضة عليه .

كما يمكن تكيف التعليمة وفق اللغة المستعملة من قبل المفحوص ، سواء كانت باللغة العامية أو العربية أو الفرنسية ، إذ أن احترام اللغة التي يستعملها المفحوص في سرد القصص ؛ له دور كبير في تعزيز الحوار والاتصال وجعله أكثر فعالية .

• تصحيح وتحليل الاختبار:

يعتمد تصحيح وتنقيط الاختبار على منهجية تقوم على إتباع المراحل التالية :

- تفكيك القصص عن طريق التنقيط في كل لوحة ، وذلك بالاعتماد على شبكة التحليل والفرز لـ"شتوب" (1990) في (عبد الرحمان سي موسي وآخرون ، 2008 ، ج 1 : 189) بما يسمى بديناميكية السياقات .

- استنتاج إشكالية كل لوحة انطلاقاً من هذه الديناميكيات .

- تجمع السياقات في شبكة الفرز على شكل خلاصة موضوعة في جدول.
- تحليل السياقات العامة للاختبار .
- تحديد الإشكالية العامة .
- استنتاج الفرضية التشخيصية للتنظيم النفسي أو البنية النفسية المرضية ، وذلك اعتمادا على معطيات اختبار (TAT) ، وخلاصة معطيات المقابلات العيادية ، ونتائج الاختبارات النفسية الأخرى .
- د - مقياس الصحة النفسية للشباب :
- ل " عبد المطلب أمين القريطي" و "عبد العزيز السيد شخص" (1992) : انظر أدوات الدراسة الاستطلاعية) .
- هـ - قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصابية :
- ل " محمود السيد أبو النيل" (1995) : انظر أدوات الدراسة الاستطلاعية) .

الجدول رقم (30) : شبكة الفرز لشتنوب (1990) .

السلسلة (سياقات الأولية)	السلسلة (سياقات التجنب)	السلسلة (سياقات الهراء) الصراع النفسي العلائقي	السلسلة (سياقات الرقابة) الصراع النفسي الداخلي
<p>E</p> <p>E1 . عدم إدراك موضوع ظاهري.</p> <p>E2 . إدراك أجزاء نادرة و/أو غريبة.</p> <p>E3 . تبريرات تعسفية انطلاقاً من هذه الأجزاء.</p> <p>E4 . مدركات خاطئة.</p> <p>E5 . مدركات حسية.</p> <p>E6 . إدراك مواضيع مفككة (و/أو مواضيع منهارة أو أشخاص مرضى ، مشوهون) ، تحريف خارج الصورة.</p> <p>E7 . عدم تلاؤم بين موضوع الصورة و المنبه ، تجريد ، رمزية غامضة (غيبية) .</p> <p>E8 . تعبيرات "قطة" مرتبطة بموضوع جنسي أو عدواني .</p> <p>E9 . تعبير عن عواطف و/أو تصورات قوية مرتبطة بأية إشكالية (مثل العجز ، الافتقار ، النجاح العظمي الهوسي ، الخوف ن الموت ن التدمير ، الاضطهاد ..) .</p> <p>E10 . دأب أو مواظبة.</p> <p>E11 . اختلاط الهويات (تداخل الأدوار) .</p> <p>E12 . عدم استقرار المواضيع .</p> <p>E13 . اختلال التنظيم في التابع الزمني و/أو المكاني .</p> <p>E14 . إدراك الموضوع الشرير ، مواضيع الاضطهاد.</p> <p>E15 . انشطار الموضوع.</p> <p>E16 . بحث تعسفي عن مغزى الصورة و/أو تعابير الوجه أو الهيات الجسمية .</p> <p>E17 . أخطاء كلامية (اضطرابات في التركيب اللغوي) .</p> <p>E18 . ترابط جوارى بالجناس ، انتقال مفاجئ من موضوع إلى آخر غير متجانس .</p> <p>E19 . ارتباطات قصيرة.</p> <p>E20 . إهام ، عدم تحديد ، غموض الخطاب .</p>	<p>CP</p> <p>CP1 . وقت كمون أولي طويل و/أو توقفات داخل القصة.</p> <p>CP2 . ميل عام إلى التقصير.</p> <p>CP3 . عدم التعريف بالأشخاص.</p> <p>CP4 . عدم توضيح دوافع الصراعات ، قصص مبتذلة للغاية ، مبنية للمجهول ، تلبس.</p> <p>CP5 . اضطراب إلى طرح أسئلة ، ميل إلى الرفض ، رفض .</p> <p>CP6 . استحضار عناصر مقلقة متبوعة أو مسبقة بتوقفات في الحوار.</p> <p>CN</p> <p>CN1 . تشديد على الانطباع الذاتي (غير علائقي)</p> <p>CN2 . مصادر شخصية أو تاريخية ذاتية .</p> <p>CN3 . عاطفة . معنونة.</p> <p>CN4 . هيئة دالة على العواطف.</p> <p>CN5 . تشديد على الخصائص الحسية .</p> <p>CN6 . تشديد على رصد الحدود و الحواف.</p> <p>CN7 . علاقات مرآتية.</p> <p>CN8 . إظهار لائحة (صورة أو لوحة فنية) .</p> <p>CN10 . نقد ذاتي.</p> <p>CM</p> <p>CM1 . استثمار فائق لوظيفة الاستناد على الموضوع.</p> <p>CM2 . مثلثة الموضوع (ميل إيجابي أو سلبي) .</p> <p>CM3 . استخفاف ، لغو دوران .</p> <p>CC</p> <p>CC1 . إثارة حركية ، إيماءة و/أو تعبيرات حركية.</p> <p>CC2 . طلبات موجهة للفاحص.</p> <p>CC3 . انتقادات للأداة و/أو للوضعية .</p> <p>CC4 . سخرية ، استهزاء.</p> <p>CC5 . غمز للفاحص.</p> <p>CF</p> <p>CF1 . تمسك بالمحتوي الظاهري.</p> <p>CF2 . تشديد على الحياة اليومية و العملية ، الحالي و الملموس</p> <p>CF3 . تشديد على الفعل.</p> <p>CF4 . لجوء إلى المعايير الخارجية.</p> <p>CF5 . عواطف ظرفية.</p>	<p>B1</p> <p>B1.1 . قصة منسوجة على اختراع شخصي .</p> <p>B1.2 . إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة .</p> <p>B1.3 . تقمصات مرنة و منتشرة</p> <p>B1.4 . تعبيرات لفظية عن عواطف متلونة و مكيفة حسب المنبه.</p> <p>B2</p> <p>B2.1 . دخول مباشر في التعبير .</p> <p>B2.2 . قصة ذات مقاطع ، تحريف بعيد عن الصورة.</p> <p>B2.3 . تشديد على العلاقات بين الأشخاص.</p> <p>B2.4 . تعبير لفظي عن عواطف قوية و مبالغة.</p> <p>B2.5 . تحويل .</p> <p>B2.6 . تصورات متضادة ، تناوب بين حالات انفعالية متعارضة.</p> <p>B2.7 . ذهاب و إياب بين رغبات متناقضة ، مقصد يقوم على تحقيق سحري للرغبة .</p> <p>B2.8 . تعجبات ، تعليقات ، ابتعاد عن الموضوع ، مصادر / تقديرات ذاتية .</p> <p>B2.9 . تعليم العلاقات ، ثبوت (رفض) الموضوع الجنسي و/ أو رمزية شفافة .</p> <p>B2.10 . تعلق بأجزاء نرجسية ذات ميل علائقي .</p> <p>B2.11 . عدم الاستقرار في التقمصات ، تردد حول جنس و/أو سن الأشخاص .</p> <p>B2.12 . تشديد على موضوع من نوع : ذهاب ، جري ، قول ، هروب ...</p> <p>B2.13 . حضور مواضيع الخوف ، الكارثة الدوار ، في سياق من التهويل .</p>	<p>A1</p> <p>A1.1 . قصة تقترب من الموضوع المؤلف .</p> <p>A1.2 . لجوء إلى مصادر أدبية أو ثقافية أو إلى الحلم .</p> <p>A1.3 . إدماج المصادر الاجتماعية و الحس المشترك .</p> <p>A2</p> <p>A2.1 . وصف مع التعلق بالأجزاء ، بما في ذلك تعابير الأشخاص و هيأتهم .</p> <p>A2.2 . تبرير التفسير بتلك الأجزاء .</p> <p>A2.3 . تحفظات كلامية</p> <p>A2.4 . ابتعاد زمني . مكاني</p> <p>A2.5 . توضيحات رقمية .</p> <p>A2.6 . تذبذب بين تفسيرات مختلفة .</p> <p>A2.7 . ذهاب و إياب بين التعبير النزوي و الدفاع .</p> <p>A2.8 . تكرار ، إجتزاع .</p> <p>A2.9 . إلغاء .</p> <p>A2.10 . عناصر من نمط التكوين العكسي (نظافة ، نظام ، تعاون ، واجب ، اقتصاد ..) .</p> <p>A2.11 . إنكار.</p> <p>A2.12 . تأكيد على الخيال .</p> <p>A2.13 . عقلنة (تجريد ، ترميز ، عنونة للقصة ذات علاقة بالمحتوي الظاهري)</p> <p>A2.14 . تغيير مفاجئ لمنحى القصة (مصحوبة أو غير مصحوبة بتوقف الحوار) .</p> <p>A2.15 . عزل العناصر أو الأشخاص .</p> <p>A2.16 . جزء كبير و / أو صغير من الصورة مستحضر و غير موظف.</p> <p>A2.17 . تشديد على الصراعات النفسية الداخلية .</p> <p>A2.18 . تعبير مصغر عن العواطف</p>

الجدول رقم (30) : شبكة الفرز لشتنوب (1990) .

السلسلة (سياقات الأولية)	السلسلة (سياقات التجنب)	السلسلة (سياقات الهراء) الصراع النفسي العلائقي	السلسلة (سياقات الرقابة) الصراع النفسي الداخلي
<p>E</p> <p>E1 . عدم إدراك موضوع ظاهري .</p> <p>E2 . إدراك أجزاء نادرة و/أو غريبة .</p> <p>E3 . تبريرات تعسفية انطلاقاً من هذه الأجزاء .</p> <p>E4 . مدركات خاطئة .</p> <p>E5 . مدركات حسية .</p> <p>E6 . إدراك مواضيع مفككة (و/أو مواضيع منهارة أو أشخاص مرضى ، مشوهون) ، تحريف خارج الصورة .</p> <p>E7 . عدم تلاؤم بين موضوع الصورة و المنبه ، تجريد ، رمزية غامضة (غيبية) .</p> <p>E8 . تعبيرات "فضة" مرتبطة بموضوع جنسي أو عدواني .</p> <p>E9 . تعبير عن عواطف و/أو تصورات قوية مرتبطة بأية إشكالية (مثل العجز ، الافتقار ، النجاح العظمي الهوسي ، الخوف ن الموت ن التدمير ، الاضطهاد ..) .</p> <p>E10 . دأب أو مواظبة .</p> <p>E11 . اختلاط الهويات (تداخل الأدوار) .</p> <p>E12 . عدم استقرار المواضيع .</p> <p>E13 . اختلال التنظيم في التابع الزمني و/أو المكاني .</p> <p>E14 . إدراك الموضوع الشرير ، مواضيع الاضطهاد .</p> <p>E15 . انشطار الموضوع .</p> <p>E16 . بحث تعسفي عن مغزى الصورة و/أو تعابير الوجه أو الهيات الجسمية .</p> <p>E17 . أخطاء كلامية (اضطرابات في التركيب اللغوي) .</p> <p>E18 . ترابط جوارى بالجناس ، انتقال مفاجئ من موضوع إلى آخر غير متجانس .</p> <p>E19 . ارتباطات قصيرة .</p> <p>E20 . إهام ، عدم تحديد ، غموض الخطاب .</p>	<p>CP</p> <p>CP1 . وقت كمون أولي طويل و/أو توقفات داخل القصة .</p> <p>CP2 . ميل عام إلى التفسير .</p> <p>CP3 . عدم التعريف بالأشخاص .</p> <p>CP4 . عدم توضيح دوافع الصراعات ، قصص متبذلة للغاية ، مبنية للمجهول ، تليس .</p> <p>CP5 . اضطراب إلى طرح أسئلة ، ميل إلى الرفض ، رفض .</p> <p>CP6 . استحضار عناصر مقلقة متبوعة أو مسبقة بتوقفات في الحوار .</p> <p>CN</p> <p>CN1 . تشديد على الانطباع الثاني (غير علائقي)</p> <p>CN2 . مصادر شخصية أو تاريخية ذاتية .</p> <p>CN3 . عاطفة . معنونة .</p> <p>CN4 . هيئة دالة على العواطف .</p> <p>CN5 . تشديد على الخصائص الحسية .</p> <p>CN6 . تشديد على رصد الحدود و الحواف .</p> <p>CN7 . علاقات مرآتية .</p> <p>CN8 . إظهار لائحة (صورة أو لوحة فنية) .</p> <p>CN10 . نقد ذاتي .</p> <p>CM</p> <p>CM1 . استثمار فائق لوظيفة الاستناد على الموضوع .</p> <p>CM2 . مثلثة الموضوع (ميل إيجابي أو سلبي) .</p> <p>CM3 . استخفاف ، لفو دوران .</p> <p>CC</p> <p>CC1 . إثارة حركية ، إيماءة و/أو تعبيرات حركية .</p> <p>CC2 . طلبات موجهة للفاحص .</p> <p>CC3 . انتقادات للأداة و/أو للوضعية .</p> <p>CC4 . سخرية ، استهزاء .</p> <p>CC5 . غمز للفاحص .</p> <p>CF</p> <p>CF1 . تمسك بالمتخوي الظاهري .</p> <p>CF2 . تشديد على الحياة اليومية و العملية ، الحالي و الملموس .</p> <p>CF3 . تشديد على الفعل .</p> <p>CF4 . لجوء إلى المعايير الخارجية .</p> <p>CF5 . عواطف ظرفية .</p>	<p>B1</p> <p>B1.1 . قصة منسوجة على اختراع شخصي .</p> <p>B1.2 . إدخال أشخاص غير مشكلين في الصورة .</p> <p>B1.3 . تقمصات مرنة و منتشرة</p> <p>B1.4 . تعبيرات لفظية عن عواطف متلونة و مكيفة حسب المنبه .</p> <p>B2</p> <p>B2.1 . دخول مباشر في التعبير .</p> <p>B2.2 . قصة ذات مقاطع ، تحريف بعيد عن الصورة .</p> <p>B2.3 . تشديد على العلاقات بين الأشخاص .</p> <p>B2.4 . تعبير لفظي عن عواطف قوية و مبالغة .</p> <p>B2.5 . تحويل .</p> <p>B2.6 . تصورات متضادة ، تناوب بين حالات انفعالية متعارضة .</p> <p>B2.7 . ذهاب و إياب بين رغبات متناقضة ، مقصد يقوم على تحقيق سحري للرغبة .</p> <p>B2.8 . تعجبات ، تعاليف ، ابتعاد عن الموضوع ، مصادر / تقديرات ذاتية .</p> <p>B2.9 . تعليم العلاقات ، ثبوت (رفض) الموضوع الجنسي و/أو رمزية شفاقة .</p> <p>B2.10 . تعلق بأجزاء نرجسية ذات ميل علائقي .</p> <p>B2.11 . عدم الاستقرار في التقمصات ، تردد حول جنس و/أو سن الأشخاص .</p> <p>B2.12 . تشديد على موضوع من نوع : ذهاب ، جري ، قول ، هروب ...</p> <p>B2.13 . حضور مواضيع الخوف ، الكارثة الدوار ، في سياق من التحويل .</p>	<p>A1</p> <p>A1.1 . قصة تقترب من الموضوع المألوف .</p> <p>A1.2 . لجوء إلى مصادر أدبية أو ثقافية أو إلى الحلم .</p> <p>A1.3 . إدمان المصادر الاجتماعية و الحس المشترك .</p> <p>A2</p> <p>A2.1 . وصف مع التعلق بالأجزاء ، بما في ذلك تعابير الأشخاص و هيأتهم .</p> <p>A2.2 . تبرير التفسير بتلك الأجزاء .</p> <p>A2.3 . تحفظات كلامية</p> <p>A2.4 . ابتعاد زمني . مكاني</p> <p>A2.5 . توضيحات رقمية .</p> <p>A2.6 . تدبذب بين تفسيرات مختلفة .</p> <p>A2.7 . ذهاب و إياب بين التعبير النزوي و الدفاع .</p> <p>A2.8 . تكرار ، إجترار .</p> <p>A2.9 . إلغاء .</p> <p>A2.10 . عناصر من نمط التكوين العكسي (نظافة ، نظام ، تعاون ، واجب ، اقتصاد ..) .</p> <p>A2.11 . إنكار .</p> <p>A2.12 . تأكيد على الخيال .</p> <p>A2.13 . عقلنة (تجريد ، ترميز ، عنونة للقصة ذات علاقة بالمتخوي الظاهري)</p> <p>A2.14 . تغيير مفاجئ لمنحى القصة (مصحوبة أو غير مصحوبة بتوقف الحوار) .</p> <p>A2.15 . عزل العناصر أو الأشخاص .</p> <p>A2.16 . حزة كبير و / أو صغير من الصورة مستحضر و غير موظف .</p> <p>A2.17 . تشديد على الصراعات النفسية الداخلية .</p> <p>A2.18 . تعبير مصغر عن العواطف</p>

و - مقياس تقدير الذات :

لـ "حسين عبد العزيز الدريني" و " محمد أحمد سلامة " (1983) ، تعديل "إبراهيم بن محمد بلكيلاني" (2008) : (انظر أدوات الدراسة الاستطلاعية) .

3 - إجراءات الدراسة الأساسية :

لقد اتبعنا خلال استعمالنا للمنهجين العيادي والوصفي على مجموعة من الخطوات والوسائل والإجراءات نذكرها في ما يلي :

- جمع الحقائق والمعلومات المتعلقة بموضوع البحث ، وذلك من خلال إلقاء الضوء على بعض الأطر النظرية ، ومسح للأبحاث والدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة .

- تنظيم هذه المعلومات ، وترتيبها ، وعرضها في فصلين : الأول يظم المدخل المنهجي للدراسة ، والفصل الثاني والثالث والرابع يظم الجانب النظري للدراسة .

- اختيار المقاييس المناسبة لموضوع الدراسة ، حيث تم اختيار كل من مقياس الصحة النفسية للشباب من إعداد "عبد المطلب أمين القريطي" و "عبد العزيز السيد شخص" (1992) ، وقائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصائية (الانفعالية والمزاجية) ، والتي قام بإعدادها وتعريبها "محمود السيد أبو النيل" (1995) ، ومقياس تقدير الذات لـ "حسين عبد العزيز الدريني" و " محمد أحمد سلامة" (1983) ، والمعدل من قبل الباحث " إبراهيم بن محمد بلكيلاني" (2008) .

- تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في المقاييس الثلاثة على عينة استطلاعية مكونة من (20) حالة من حالات "المس" ، و"السحر" ، و"العين" بمنطقة الغرب الجزائري ، وللتأكد من مدى سهولة بنود الاختبارات وفهمها من طرف أفراد عينة البحث .

- القيام بالدراسة الأساسية ؛ وكان ذلك وفق الخطوات التالية :

أ - الدراسة العيادية : دراسة ثلاث حالات عيادية : الأولى حالة "مس" ، والثانية حالة "سحر" ، والثالثة حالة "عين" ، وذلك بتطبيق بعض الأدوات والمتمثلة في الملاحظة ، والمقابلة ، والمقاييس النفسية الثلاثة السابقة الذكر ، واختبار تفهم الموضوع للكبار (TAT) .

ب - الدراسة الإحصائية : بتطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في المقاييس النفسية الثلاثة على عينة أساسية مكونة من (45) حالة مشتركة ما بين "المس" ، و"السحر" ، و"العين" ، وباستخدام مختلف الأساليب الإحصائية ، وذلك للتحقق من فروض الدراسة الارتباطية والفارقية.

- عرض نتائج دراسة الحالات الثلاث ، وتنظيمها وفق النموذج الخاص بدراسة الحالة المعروف لدى الأخصائيين العياديين ، بهدف تحليلها ، وتفسيرها ، والإجابة على تساؤلات وفروض الدراسة.

- تصحيح المقاييس ، وتفرغ نتائجها في جداول إحصائية لتسهيل عملية التفسير والمناقشة.

- تبويب بيانات الدراسة الإحصائية وتصنيفها، بهدف تحليلها، وتفسيرها، ومناقشتها للوصول إلى الأهداف المرجوة من هذا البحث.

4 - الأساليب الإحصائية للدراسة الأساسية :

يعتبر الإحصاء وسيلة أساسية في أي بحث علمي لأنه يساعد الباحث على تحليل ووصف البيانات ، ولتحقق من فروض الدراسة تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، كما تم الاعتماد على عدد من الأساليب الإحصائية وهي :

▪ معامل ارتباط بيرسون لدراسة الارتباط بين متغيرين :

ومعادلته كما يلي :

- ن : تشير إلى عدد أفراد العينة .
 س : تشير إلى القيم الحقيقية المتصلة بالمتغير المستقل .
 ص : تشير إلى القيم الحقيقية المتصلة بالمتغير التابع .

$$r = \frac{\sum (س \times ص) - \frac{(\sum س)(\sum ص)}{ن}}{\sqrt{[\sum (س^2) - \frac{(\sum س)^2}{ن}][\sum (ص^2) - \frac{(\sum ص)^2}{ن}]}}$$

$$t = \frac{r \sqrt{ن - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

▪ التكرارات والنسب المئوية :

$$\frac{ك}{ن} = \text{النسبة المئوية} \quad / \quad \begin{array}{l} \text{مج : مجموع القيم} \\ \text{ن : عدد أفراد العينة} \end{array}$$

▪ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتباين :

$$\text{المتوسطات} = م = \frac{\sum \text{مج}}{ن} \quad / \quad \text{ك تكرار}$$

التباين هو مدى انحراف القيم عن متوسطها الحسابي ويرمز له بـ $2ع$ بحيث :

$$2ع = \frac{\sum (س - م)^2}{ن - 1}$$

$$ع = \sqrt{2ع} \quad \text{ومنه الانحراف المعياري}$$

▪ معامل الارتباط للاتفاق (C) :

ومعادلته كالتالي :

$$\sqrt{\frac{2_{\text{ك}}}{n+2_{\text{ك}}}} = C$$

$2_{\text{ك}}$ يمكن استخراجها من القانون التالي :

ك ح : تمثل التكرار الحقيقي

ك م : تمثل التكرار المتوقع و تحسب كالتالي :

$$\frac{\text{مجم تكرارات الصف الأول} \times \text{مجم تكرار الأعمدة}}{\text{التكرار الكلي}} = \text{ك م}$$

$$2_{\text{ك}} = \left[\frac{2^{(ك-ح-ك م)}}{ك م} \right] \text{مجم}$$

درجة الحرية = df = (عدد الصفوف - 1) × (عدد الأعمدة - 1)

الفصل السادس :

عرض ومناقشة نتائج الدراسة .

تمهيد .

أولاً . عرض وتحليل نتائج الدراسة .

1 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى .

2 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية .

3 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة .

4 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة .

5 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة

ثانياً . تفسير ومناقشة نتائج الدراسة .

1 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى .

2 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية .

3 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة .

4 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة .

5 . تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة .

ثالثاً . خلاصة البحث .

تمهيد :

يتناول هذا الفصل عرض ومناقشة مفصلة للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية ، بدءا بعرض وتحليل نتائج هذه الدراسة ، ثم محاولة تقديم تفسير لهذه النتائج ، وذلك في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ، وقد تم عرض ، وتحليل ، وتفسير هذه النتائج على النحو التالي :

أولا - عرض وتحليل نتائج الدراسة .

1 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى .

تتسم الحالات التي تُشخص من منظور ثقافي شعبي على أنها حالات "مس" ، أو "سحر" ، أو "عين" ، ببنية نفسية مرضية تجعلها أكثر استعدادا للمرض .

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، قمنا بدراسة عيادية لثلاث حالات ، الأولى تعاني من "المس" ، والثانية من "السحر" ، والثالثة تعاني من "العين" ، حيث قام بتشخيص حالتها عدة معالجين تقليديين (راقي شرعي، و"طالب" ، و "عجائز" .. إلخ) .

وفيما يلي عرض مفصل لدراسة الحالات :

دراسة الحالة الأولى

أولا - التعريف بالحالة .

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| الاسم : (م.أ) . | الجنس : ذكر . |
| مكان الميلاد: تلمسان . | البيئة الاجتماعية : حضرية . |
| السن : 23 سنة . | المهنة : حارس . |

المستوى التعليمي : المرحلة المتوسطة. الحالة الاجتماعية : عازب.

عدد الإخوة : 4 عدد الأخوات : 0 ترتيب الحالة بينهم : الأول.

الحالة الاقتصادية : دون المتوسط .

المظهر الخارجي : 1. الطول : 1,69 سم 2. الوزن : 70 كغ 3. الشكل : جيد ومرتب ، جسم ممتلئ ويبدو بصحة جيدة .

العادات والأنشطة : ممارسة كرة القدم (هوايته المفضلة منذ سن 6 سنوات).

ثانياً - مشكلة الحالة :

تتلخص شكوى (م.أ) الحالية كما وصفها في ظهور بعض علامات القلق والحيرة ، وعدم السيطرة على السلوكيات ، والأفكار ، والمشاعر ، يقول المريض أنه يحس أنه مسلوب الإرادة ، وكأن هناك شخص آخر يتحكم فيه وفي تصرفاته .

تذكر الحالة أنه تعرض لعمل سحري من طرف أحد أقربائه من والده ، فأدى إلى إصابته بحالة من "المس" ، وهو السبب في تغير تصرفاته فجأة وبشكل مفاجئ ، حيث لم تظهر من قبل أي علامات للاكتئاب وعدم القدرة على السيطرة.

يقول أنه كان شخص يحب الناس وأسرته كثيرا ، ولكن بعد هذا "المس" ؛ أصبح يكره الناس وكل من حوله وحتى والديه ، فبدأ يتلفظ بكلام غير لائق ويقوم بأفعال غير مقبولة ، وأبسط الأمور تعكر مزاجه ، وحساس لكل شيء ، وعصبي ، ومتقلب المزاج ، ويثور بسرعة ، ومتهيج إلى درجة التكسير والتحطيم .

كما أنه يحس بأحاسيس الانهيار إلى درجة أنه أقدم على أربعة محاولات انتحار فاشلة ، ويقول المرض أنه لا يحس بنفسه ولا بمن حوله قبيل الانتحار حتى يجد نفسه في المستشفى ، وعادة ما يخبره

والديه بما أقدم على فعله ، وتكرر هذه المحاولات عندما يتعرض لضغوط شديدة من طرف المحيط، نتيجة تكرار المشاكل العائلية بين والديه وجدديه ، أو عندما يكون وحيدا في المنزل.

فحسب ما يشير إليه المريض ، يأتي الشخص الذي يسكنه أي الجن وسيطر عليه فيدفعه إلى الانتحار ، وهو يختار أوقات عزلته وضعفه ، فيحس بعد ذلك بالندم الشديد والغرابة لما أقدم عليه من فعل ، وكأن أفعاله وأقواله غريبة عنه .

فهو لا يحس بنفسه وقت ارتكاب الفعل ، وكأن شخصا آخر يسكن جسده ، وسيطر على تفكيره ، يقول المريض أنه يخاف من بعض الأماكن المرتفعة وتأتيه بعض الأفكار السوداء ، كأن يموت في ذلك المكان المرتفع نتيجة انزلاق الحافلة مثلا وأفكار من هذا القبيل ، ويؤكد المريض على تكرار بعض الأحلام المزعجة ، كرؤيته لمجموعة من القطط السوداء تهاجمه وانغلاق مجموعة من الأبواب أمامه .

1 - التاريخ المرضي الحالي :

يقول المريض أنه وجد تلميحات لهذه الأعراض لأول مرة قبل ثلاث سنوات ، وتزامنا مع مرحلة المراهقة المتوسطة ، حيث ظهرت عليه ملامح القلق ، والغضب لأتفه الأسباب ، والاندفاعية ، والتهور ، والحساسية الزائدة ، والتقلبات المزاجية ، والاكتئاب ، والمشاحنات مع الوالدين (شتم الأم) أحيانا عندما لا تلبى رغباته ، وكره واضطراب في العلاقات مع الآخرين .. إلخ .

2 - التاريخ المرضي السابق :

يذكر المريض وجود بعض الصفات له في الطفولة كحساسيته المفرطة إزاء الأفعال والأقوال ، وعناده ، ورغبته الملحة في الحصول على مطالبه فورا وبدون تأجيل ، وارتباطه القوي بأمه ، ومن السهل إيذاء شعوره ، وسريع الغضب والإثارة ، ولا يقبل النقد أو التهكم من الآخر ، ومشاغب أحيانا ؛ إذ عرف أثناء دخوله الأول إلى المدرسة عدة محاولات للهروب (Des fugues) ، وذلك نتيجة خوفه من المدرسة وارتباطه الشديد بالبيت وخصوصا بأمه .

3 - مستوى الدافعية للعلاج :

للمريض دافعية قوية للتخلص من هذه المعاناة فهو يقول : " أنا راني نعيش المرار ، وبأغي نريح ونؤلي كما كنت ، راني ندير في شى صوألح مش من خاطري " ، فالمرض يريد الرجوع إلى سابق عهده "لاعب كرة القدم الماهر" بين شباب منطقته ، كما عهده والديه ومحبه ، كما يذكر المرض أنه سيسامح كل من فعل به هذا أي (السحر) ، المهم أنه يشفي ويرجع كما كان ، فهو يرى أن الله سبحانه وتعالى هو الذي سيرد له حقه منهم .

ثالثا - تاريخ الحالة .

1 - المجال العائلي :

- الأب : على قيد الحياة ، وعمره 54 سنة ، ومستواه الدراسي ابتدائي ، ويعمل حارسا في إحدى المؤسسات وهو الأخ الثالث لأشقائه ، وبعد زواجه مباشرة عاش في أسرة ممتدة يوجد فيها الأب وزوجته ، وأخوته وأخواته من أمه وزوجة أبيه ، لأن أمه توفيت بعد زواجه ، وكل هذا في ظل ظروف قاسية من الضيق الشديد للسكن الذي كان عبارة عن غرفة واحدة .

ومع كبر الأطفال بدأت المعاناة تكبر أيضا ، ففي خضم الشجارات العنيفة مع أفراد الأسرة ؛ تمكن الأب من الحصول على غرفة صغيرة كانت مكانا للتخزين ، لكي يجعلها مكانا للطبخ مع زوجته وأبنائه الأربعة ، فهو يضطر للنوم فيها هو وزوجته ، لكي يترك الغرفة الأخرى والوحيدة لأبنائه الأربعة ، كما أن عمله البسيط لا يجعله يوفر كل متطلبات أسرته في ظل غلاء المعيشة ، مما اضطر بالزوجة للعمل لمساعدة زوجها .

- الأم : على قيد الحياة ، وعمرها 43 سنة ، تركت التعليم في المرحلة الثانوية لأسباب مادية ، رغم مستواها الدراسي الجيد ، هي متفرغة لعمل البيت والاهتمام بأبنائها ، طيبة وخدمية وتتحلى بحس المسؤولية وتحب أطفالها جدا ، وتقوم ببيع الخبز أحيانا "المطلوع" لتساعد في مصارف البيت ، وخصوصا في مصارف علاج ابنها(م.أ).

عاشت الأم حياة قاسية بعد زواجها بسبب زوجة أب زوجها ، والتي كانت تعاملها معاملة قاسية وظالمة أي "تحقرها" ، وتحرمها من أبسط الأمور ، وتشتتمها وتسبها ، فأصبحت الأم أكثر عصبية وتتوتر لأتفه الأسباب .

- **علاقة الوالدين ببعض** : توجد بينهما قرابة متوسطة ، وتزوجا زواجا تقليديا ، والعلاقة بينهما مكهربة وتسودها الشجارات المتكررة بسبب مشاكل عائلية ، والسبب فيها العائلة الكبيرة (الجد وزوجته) إضافة إلى أزمة السكن .

- **علاقة الوالدين بالأبناء** : تصف الحالة الأم بأنها طيبة وحنونة مع جميع الإخوة ، ولكنها عصبية ودائما متوترة بسبب المشاكل التي تعيشها مع أفراد الأسرة الكبيرة ، مما انعكس سلبا على علاقتها بأبنائها .

- **الأخوة و الأخوات** : الأخ الثاني(أ) عمره 20 سنة ، ترك مقاعد الدراسة بعد فشله في المرحلة المتوسطة نتيجة مستواه الضعيف في الدراسة ، ويعمل حاليا كحارس ، وهو يدخن .

أما الأخ الثالث (و) عمره 15 سنة يدرس في الصف 3 متوسط ومستواه متوسط ، أما الأخ الرابع والأخير(ع) عمره 10 سنوات ، وهو في الصف 4 ابتدائي ، وكذلك مستواه الدراسي متوسط ، والمريض لا يملك أخوات بنات ، ولكن رغم هذا فهم يساعدون والدتهم في بعض أعمال المنزل ، تتميز علاقتهم ببعض بالدفء ، والحب ، والمودة ، مع بعض الخصومات البسيطة التي تحدث ما بين جميع الإخوة .

فعموما الجو المنزلي العام يسوده النزاع والتوتر ، أما عن نمط التنشئة السائد في العائلة خصوصا مع الحالة هو مزيج من التدليل والقلق ، أما عن الوالد المفضل فهي الأم .

2 - المجال الشخصي :

ولد (م.أ) بعد إجهاض الأم مرتين من تاريخ زواجها بسبب القلق والعصبية، ونتيجة للمشاحنات المستمرة بينها وبين الزوج وبين أفراد العائلة الكبيرة ، والتي كانت تصل أحيانا إلى حد الضرب والشتيم ، تقول الأم : " لقد كنت أطحن الجنين في بطني من كثرة الغضب والعصبية."

فكانت مرحلة الحمل مليئة بالصراعات والتوترات إلى درجة أن الأم فضلت أن تقضيها في بيت والديها لتجنب المشاكل العائلية ، وكان الأب يزورها بين الحين والآخر .

جاءت الولادة طبيعية ولكنها عسيرة نوعا ما ، ومرت الأم بمرحلة نفاس جد صعبة ، أحست فيها بمشاعر الكره لكل شيء ، ونبذ المولود ، والإحساس بالاكتئاب ، والحزن ، وكثرة البكاء ، وجفاف الحليب ، وإصابة حلمة الثدي بتقرحات ، لذا كانت الرضاعة تقريبا اصطناعية بسبب مرض الأم ، واستمرت هذه الحالة قرابة شهرين ، ثم شفيت بعد زيارة الطبيب .

كان نمو الحالة طبيعيا تقريبا فيما يخص النمو النفسي الحركي، والفظام، والتسنين ، وضبط الإخراج ، والجلوس ، وبداية المشي ، والنطق وتعلم الكلام .. الخ .

ولكن عُرف وهو صغير بنوبات الغضب خصوصا عندما لا يحصل على ما يريد ، كان قليل الصحبة والاندماج مع الأصدقاء ، ويفضل العزلة ، وحساس ، وخجول ، واندفاعي أحيانا .

تاريخ طفولته عرف عدة حالات انفصال عن الأم بسبب مشاحناتها مع الأب ، كما يقال في لغتنا العامية " كانت الأم تغضب " ، فسبب هذا الانفصال حالة من التوتر للمريض، والخوف من فقدان الأم ، وهذا ما جعله يتعلق كثيرا بها ويعتمد عليها في كل شيء .

أما عن علاقته بوالده فكانت محدودة ، يتذكر أنه كان يعامله بصفة عادية ، يقوم بتدليله واللعب معه ، ويوفر له ما يستطيع من مستلزمات ، ولكن مع كبره بدأ يحس أن أبوه عاجز عن توفير كل المتطلبات الأساسية للحياة ، وخصوصا السكن الذي أتعب كل أفراد الأسرة كبيرا وصغيرا ، وذلك بسبب ضعف شخصيته والسماح في حقه .

وفي ظل المشاحنات التي كانت تحدث بين الزوجين ، والتي كانت تصل إلى حد الضرب ، كانت تنتاب المريض مزيج من المشاعر نحو الأب ، كره وفي نفس الوقت شفقة عليه ، لأنه كان هو أيضا ضحية لغطرسة وسلطة أبيه (الجد) ، وكره لضعفه وقلة حيلته أمام عجزه في توفير سكن يحفظ كرامتهم بسبب شتائم أفراد الأسرة الكبيرة (الجد وزوجته) .

3 - المجال الجنسي :

اكتسب المريض معلوماته الأولى حول الجنس في سن مبكر (7سنوات) عن طريق الصدفة ، وفكرته عن العلاقات الجنسية بين الوالدين وعن ولادة الطفل كانت صدمة ، وقد عرفها عن طريق أصدقائه .

الخبرات الجنسية الأولى كانت مبكرة ، والعادة السرية ، واللعب الجنسي موجود ، والعلاقات الجنسية مع الأفراد من نفس الجنس لا توجد ، أما العلاقات مع الجنس الآخر فهي موجودة وبكثيرة وبدأت في سن مبكر أيضا.

البلوغ كان في حدود 13 سنة ، وخبرات الارتباط العاطفي كانت قوية ، حيث عرف المريض بإقامة عدة علاقات عاطفية مع الجنس الآخر وكانت تفشل في كل مرة .

كما عرف المريض بحساسيته وضعف عواطفه أمام الفتيات ، فهو معروف برومنسيته ورهافة حسه ، أما عن نموذج الزوجة المستقبلية حسب خياله ، فيجب أن تكون تشبه أمه ، وحنونة ، ورومانسية .

4 - المجال التعليمي :

دخل (م.أ) المدرسة في السن الطبيعي ، ولكن بسبب تعلقه الشديد بالأم ؛ عرف دخوله المدرسي عدة محاولات للهروب وعدم التكيف في المدرسة ، كما كان مستواه في الدراسة منذ المرحلة الابتدائية دون المتوسط ، فلم يجب المدرسة كثيرا ، وكان ينتابه الخوف من الذهاب إليها ، ولكنه بدء التأقلم مع الوضع تدريجيا .

صداقاته المدرسة كانت متوسطة ، وتسودها بعض الخلافات البسيطة ، ولكن تطورت وزادت وتيرتها مع بدايات المراهقة بسبب نوبات الغضب .

المواد المفضلة بالنسبة له كانت الرياضة والعلوم ، والمواد المكروهة كانت اللغات والرياضيات ، والميول والهوايات المفضلة هي كرة القدم ، فهو يعشقها منذ الصغر .

أما عن علاقاته مع المدرسين فكانت لا بأس بها ، ولكن سادتها بعض المشاحنات مع أستاذة اللغة الفرنسية في المرحلة المتوسطة .

مرحلة التعليم المتوسط كانت مضطربة ، وعرفت فشل مدرسي في السنة الأولى ، وانتهى مشواره الدراسي بفشله في شهادة التعليم المتوسط (BEM) .

5 - التاريخ المهني :

بعد فشله في المتوسطة مرتين ترك مقاعد الدراسة ، فاضطر إلى مواصلة دراسته في مراكز التكوين المهني ، فتحصل على دبلوم في الإعلام الآلي ، ثم دبلوم في الطبخ ، وبعدها تحصل على عمل كحارس بعقد للإدماج المهني .

6 - المجال الطبي :

لم يصب (م.أ) بأي مرض خلال مراحل نموه ، فلا توجد أي أمراض أو أعراض تستحق الذكر ، باستثناء حالات الإسهال أو الحمى التي كانت تصيبه ككل الأطفال الصغار .

لا توجد اضطرابات عقلية أو نفسية بين أفراد الأسرة ، إلا محاولة انتحار فاشلة لابنة عمته منذ حوالي 4 سنوات بسبب مشاكل عائلية ، والتي أرجعها المحيط الأسري إلى عمل سحري .

الصحة البدنية الحالية للحالة هي متدهورة نوعا ما بسبب (السحر) الذي أكله ، والذي تحول إلى حالة من "المس" ، فسبب له آلام بطنية ومعدية ، مع كثرة التقيؤ ونوبات التجشؤ (les hoquet) .

رابعاً - مصادر جمع المعلومات .

1 - المقابلات .

أ - مقابلة الحالة: أجريت ستة مقابلات شخصية مع الحالة ، كان يمتد الوقت فيها قرابة ساعة أو أقل ، وجمعت خلالها معلومات كثيرة عن تفاصيل حياة المريض .

كما أجريت خلالها الاختبارات النفسية المذكورة في أدوات الدراسة ، فالمريض تحدث بإسهاب عن مشكلته وعمق إحساسه ، وكان متعاوناً جداً في الإجابة على جميع الأسئلة ، رغم وجود نوع من الجمود الفكري والعاطفي أحيانا ، وعدم الرغبة في تذكر بعض الذكريات التي يجدها مؤلمة أحيانا .

ب - مقابلة الأهل : أجريت مقابلتين مع الأم ، وكانت لهما أهمية كبيرة في معرفة تفاصيل مهمة عن تاريخ الحالة وعن التاريخ المرضي ، والتي لم يذكرها المريض خلال إجراء المقابلات معه ، ربما لأنه لم يكن يعرف عنها الكثير ، أو لأنه كان يفقد وعيه وإدراكه قبيل محاولته الانتحار ، وكأنه يفقد ذاكرته جزئياً .

كما ساهمت المقابلتين في الكشف عن مدى إحساس الأسرة وخصوصاً الأم بمشكلة الابن ومدى تأثيرها على حياتهم ، وهم يعتقدون اعتقاداً جازماً أن ابنهم يعاني من "المس" الناتج عن عمل سحري .

وكل أفراد الأسرة متأثر ومعتقد بهذا التصور إلى درجة إحساسهم (الوالدين والأخوة) بآثاره عليهم ، ولا وجود لفكرة المرض النفسي رغم تشخيص الأخصائي النفسي المتابع للحالة على وجوده نتيجة صدمة نفسية مبكرة ، أو احتمال محاولة الإدمان التي نفت الأم وجودها بصورة مطلقة ، وذلك من خلال مجريات المقابلات ، واستنتاجات الأم بدون سؤالها بصورة مباشرة .

2 - الاختبارات :

أجريت مع الحالة مجموعة من الاختبارات النفسية ، وقد كان الأساس في اختيارها يعتمد سواء على مدى ملامتها لأهداف البحث ، أو على مدى مساعدتها في إعطاءنا بعض المعلومات العميقة عن شخصية الحالة أو التأكيد عليها ، وكذا المساعدة في دراسة الشخصية من جميع الجوانب الممكنة والمهمة في هذا البحث ، ومن هذه الاختبارات ما يلي:

أ - قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصابية (الانفعالية والمزاجية) : أوضحت نتائج تطبيق القائمة أن الحالة تعاني من درجات مرتفعة من كل أبعاد المقياس والتي كانت كالتالي :

عدم الكفاية (11/9) ، الاكتئاب (6/3) ، القلق (9/6) ، الحساسية (6/6) ، الغضب (6/5) ، التوتر (9/8) .

ب - اختبار الصحة النفسية للشباب : حصل (م.أ) على درجة 41 من 105 درجة ، حيث تمثل 105 الدرجة المرتفعة من المقياس ، فهو يعاني من صحة نفسية ضعيفة ومتدهورة ، أي يعاني من سوء الصحة النفسية.

ج - اختبار تقدير الذات : حصل المريض على درجة 30 من 99 ، حيث تمثل 99 الدرجة المرتفعة من المقياس ، فالحالة تعاني من تقدير منخفض للذات ، أي تقدير جد سلبي للذات .

د - اختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) :

قمنا بإجراء الاختبار في ظروف حسنة وملائمة، وأبدى (م.أ) رغبة كبيرة في إنجازه والتعاون معنا، حيث كان متفهماً لخطوات تطبيقه، وذلك بعد إجابتنا على مختلف انشغالاته حول الأداة، واستغرق ذلك مدة ساعة ونصف تقريباً.

بعد تحليل اللوحات (13 لوحة) باستخراج ديناميكية السياقات وإشكالية كل لوحة ؛ تم استخراج

وتجميع السياقات المتشابهة مع بعضها في شبكة تحليل الاختبار، وذلك على شكل أربعة سياقات عامة ، كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (31) : يبين خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) لحالة "المس" .

سياقات (E)	سياقات (C)	سياقات (B)	سياقات (A)
E3=2 E6=2 E8=4 E9=6 E10=2 E12=2 E14=4 E15=1 E16=1	CP1=35 CP2=6 CP3=2 CP4=2 CP5=3 CP6=13 CP=61	B1.1=6 B1.2=6 B1.3=4 B1=16	A1=0
E=24	CN2=15 CN4=3 CN5=3 CN10=2 CN=23		
	CM1=2 CM2=2 CM=4		
	CC1=2 CC2=2 CC3=3 CC=7	B2.1=3 B2.2=2 B2.3=6 B2.4=5 B2.5=3 B2.9=5 B2.10=3 B2.12=1 B2.13=1 B2=29	A2.1=3 A2.3=8 A2.5=1 A2.8=2 A2.13=2 A2.17=9 A2=25
	CF1=12 CF2=4 CF3= 26 CF=42		

■ الاشكالية العامة للاختبار:

إن معظم الإشكاليات المستحضرة قد تم تناولها بطريقة شفافة ومباشرة ، وهي تتعلق بالصراع الأوديبي ، والذي تترجمه المشاهد الثلاثية الواضحة أحيانا ، والمكثفة أحيانا أخرى في شخصين يخضعان للطرف الثالث المراقب .

إن درجة الكبت والكف لتصورات الإحصاء هي ناتجة عن المواجهة الصريحة للمشاهد الأولية ، والتي تحتوى على هومات قرب المحارم والصورة الأثرية للأمم ، هذه الأخيرة موظفة بطريقة مشددة أحيانا عن طريق الدفاعات الوسواسية ، وأحيانا أخرى بطريقة تحويلية مأساوية باللجوء إلى الدفاعات الهستيرية .

وتتدخل الدفاعات الرهابية والتجنبية لتساند الدفاعات الهستيرية ، وذلك من أجل صد مختلف الهومات الأوديبي العميقة والقديمة .

يمكن القول أن (م.أ) يحاول اللجوء إلى الدفاعات الهستيرية مدعم بدفاعات رهابية لمحاولة تغطية الصراعات العاطفية المتعلقة بمواضيع الرغبة ، والتي توشك أن تصبح مهدد ومضطهدة ، وذلك نظرا لضعف التحكم في تصورات الممنوع والتأنيب .

■ التوظيف النفسي للحالة :

من خلال الاستعانة بمعطيات المقابلات العيادية ، يمكن تلخيص بعض المعلومات التي ستساعدنا في فهم التوظيف النفسي الخاص بالحالة ، نجملها فيما يلي :

- قام (م.أ) بأربع محاولات انتحار فاشلة ، والتي هدفت في معظمها إلى محاولة لفت الانتباه للمحيط العائلي المتمثل في الوالدين والمحيط الخارجي (الإشارة إلى أزمة السكن) ، ففي كل مرة من محاولته للانتحار يتصل بالوالدين ، ويشير لهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بما ينوي فعله بطريقة تحويلية ، ومأساوية ، ودرامية .

- ظهور التمثيل ، والمسرحية ، والاندفاعية ، ويظهر ذلك في النوبات الانفعالية ، والغضب ، والصراخ ، والتهديد ، والشتم ، وذلك عندما لا تلي رغباته خصوصا من طرف الوالدين ، وتهديدهم بالهروب ، والتخلي عن المنزل ، أو " الحرقه " كأسلوب للمساومة والابتزاز .

- عرف العديد من العلاقات العاطفية الفاشلة ، ويحاول لفت انتباه الفتيات بكل الطرق برومنسيته ، ورهافة حسه ، وحساسيته الشديدة ، وعاطفته الزائدة ، فهو يحاول الدخول في علاقات عاطفية وجنسية كثيرة ، وذلك على شكل إغواء جنسي ، ولكنها سطحية وساذجة وغير ناضجة ، وسرعان ما تتغير وتتبدل .

- يتميز بعدم النضج العاطفي ، وذكائه دون المتوسط ، وهذا ما يبرر سذاجته ، كما يظهر ذلك في ارتباطه الشديد بالأأم (الاعتمادية) ، و سطحية علاقاته الخارجية .

- عُرف بعدم التكيف المدرسي في مراحل تعليمه الابتدائي والمتوسط ، والذي انتهى بفشله مرتين في الدراسة مع مشاكل علائقية مع أستاذة اللغة الفرنسية ، وسلوكيات الهروب من المدرسة (Les fugues) ، والتي تدل على ظهور رغبات النكوص والتثبيت في البقاء في عالم الصغار .

- القابلية الشديدة للإيحاء ، والتي ظهرت في تحسن الأعراض بعد زيارة المعالج التقليدي ، إضافة إلى تميزه بالانقياد وسرعة التأثر بالآخرين .

- يحاول لفت أنظار المجتمع ، وذلك من خلال محاولته لتأسيس جمعية محلية ، والتي يحاول من خلالها البحث عن الحماية المفقودة ، أو السلطة ، أو تعويض نقائصه وعيوبه .

- هناك ضغوط انفعالية قبل المرض (مشكلة ضيق السكن ، والخلافات الزوجية ، والعائلية) .

- التعبير الجسدي بالإغماء ومحاولات الانتحار الفاشلة .

- الإفراط في التعبير الذاتي مع سطحيته ، وافتقاده للتفاصيل .

واستناد على هذه المعطيات ونتائج اختبار (TAT) ، فالتوظيف النفسي للحالة يأخذ وجهة هستيرية ، وهي تمثل دفاعا ضد التصورات البدائية ، والاندماج في الصراع الأوديبي ورغبته في تجاوزه ، والذي أبرزه بصورة مباشرة مستند على الدفاعات الهستيرية خاصة ، والدفاعات الرهابية الهجاسية لاحتواء الصراع و التحكم فيه .

ولكن عند المقارنة بين شبكة التوظيف العصابي (الهستيريا) ، وشبكة الهستيريا الخطيرة في (عبد الرحمان سي موسى وآخرون ، 2008 ، ج1 : 210.193) ، يظهر لنا أن (م.أ) يمتلك توظيف هستيري لا نموذجي خطير ، و ذلك اعتبارا لعدة نقاط مهمة :

- ورود السياقات الأولية بشكل ملفت للانتباه (E=24) ، والذي يدل على نقص التحكم النزوي الليبيدي (E8=4) ، وبروز خشية التحلي من قبل الموضوع (E9=6) .

- ظهور التذبذب الواضح ما بين التعبير الوافر المنسجم نسبيا والتحرر الهوامي ، وما بين التقصير ، والتوقف ، والتجنب تجاه اللوحات التي تثير الإشكاليات القديمة .

- حضور سياقات CF و CN يدل على تجميد الدفاعات الهستيرية ، وذلك قد يكون ناتجا عن إعداد طبعي ضد مرونة التقمصات .

خامسا - اللوحة الإكلينيكية .

تم تحليل اللوحة الإكلينيكية ل (م.أ) وهو في حالته الطبيعية .

- 1 - ملامح الوجه : وجه عابس ، وحزين ، ومتجهم ، وغريب .
- 2 - الاتصال : كان الاتصال سهل نوع ما عدى في بعض الأوقات عندما يتذكر المريض بعض اللحظات العصبية التي مر بها ، فيتوقف قليلا ليواصل الحديث فيما بعد .
- 3 - النشاط العقلي : القدرات العقلية عادية ، والمريض لم يفقد التوجه الزماني والمكاني ، ولديه وعي بالأشخاص .

أ - اللغة : سليمة وبسيطة ، ويختار مفردات عادية ومفهومة وغير متكلفة ، ويتكلم بكل حرية وتلقائية.

ب - الإدراك والتفكير : الإدراك مضطرب خصوصا قبيل محاولة الانتحار ، لأنه لا يدرك في تلك اللحظة السبب أو الدافع من هذا الفعل ونتيجته على نفسه ، وكأنه مسلوب الإرادة ، كما أن تفكيره سلبي دائما ، وتغلب عليه الأفكار السوداوية والاضطهادية مع كثرة الأوهام وأفكار الموت.

ج - الذاكرة والانتباه : ذاكرته المباشرة ، والقريبة ، والبعيدة جيدة وسليمة ، مثل تذكره لعناوين أو أسماء ، وتواريخ الالتحاق بالمستشفى ومحاولات الانتحار ، وأسماء المدارس التي تعلم فيها .. إلخ .

ولكن توجد بعض الفجوات في الذاكرة (فقدان ذاكرة مؤقت) قبيل محاولة الانتحار، لأن المريض ينسى ما أقدم عليه ، ليجد نفسه بدون أن يشعر في المستشفى ، ويضطر لطرح الأسئلة حول ما حدث له.

4 - النشاط الحركي : حركته بطيئة ، وثابتة ، وتبدو خاملة أحيانا.

5 - العلاقات الاجتماعية : جد مضطربة ومشحونة بالكثير من العداوات .

أ - العلاقة مع الأهل :

مكهربة خصوصا عندما يتعرض للضغوط النفسية بسبب المشاكل العائلية ، فالعلاقة هي مضطربة جدا مع زوجة جده ، والتي يراها أنها سبب كل المشاكل ، إلى جانب جده الظالم الذي يريد السيطرة عليهم وعلى مستقبلهم ، وكذلك زوجة عمه التي كانت تسكن بقرهم .

وعموما تربطه علاقات مشحونة بكل أقاربه من أبوه ، لأنه يرجع سبب مرضه إليهم أي "المس" ، فيبدأ المريض يسب ويشتم ويتلفظ بألفاظ بذيئة ، ويكسر ويصرخ على كل أفراد الأسرة ، ويشتد ذلك خلال الساعات الأخيرة قبل محاولة الانتحار .

أما علاقته بأهل والدته فهي جيدة ودافئة ، لأن جديه وأحواله وخالاته هم بمثابة الحامي والصدر الحنون الذي يلجئ إليه (م.أ) ووالدته .

ب - العلاقة مع المحيط الخارجي :

هي غير مستقرة فأحيانا جيدة ، وأحيانا أخرى تتسم بالكثير من الشجارات ، وعدم التوافق مع الأصدقاء ، كما أنه جد عصبي ويتشاجر بسرعة مع أصدقائه لآتفه الأسباب .

6 - المزاج والحالة الانفعالية :

أ - الحالة المزاجية السائدة :

اكتئاب وحزن مصحوب بقلق وتوتر مع كثرة نوبات الغضب ، وهذا ما تؤكده نتائج مقياس "كورنل" للنواحي العصائية حيث يقدر الاكتئاب ب (6/3) ، والقلق (9/6) ، والغضب (6/5) ، والتوتر (9/8) .

ب - التقلب في الحالة المزاجية : يوجد أحيانا .

ج - ملائمة الاستجابات الانفعالية للمحتوى العقلي المعبر عنه : تلاءم الانفعالات مع المواقف التي تثيرها مواضيع النقاش .

7 - وضعية النوم : نوم غير جيد ، ومضطرب وتتخلله الكثير من الأحلام المزعجة والكوابيس .

8 - وضعية الأكل : تردى في وضعية الأكل مع فقدان للشهية غالبا .

9 - مضامين الشكوى التلقائية :

يشكو المريض كثيرا من تردد الأفكار الانتحارية في رأسه ، وذلك على شكل قوى خفية تدفعه إلى ذلك ، وقد نجحت في مخططها بإقدامه على أربعة محاولات انتحار فاشلة .

كما يشكو من كثرة أفكار التشاؤم والخوف من الموت ، وخصوصا عند تواجده في أماكن تثير ذلك مثل المرتفعات ، والجبال ، والأماكن المنعزلة ، لأنه يرى أن هذه القوى الخفية (الجن) تستغل خوفه وضعفه في هذه الأماكن لتحقيق غايتها بقتله على شكل محاولة انتحار ، كما يتحدث كثيرا على مشكلة السكن ، والعمل السحري الذي وضع له على أنهما حسب اعتقاده السببان الأساسيان لحالته هذه .

سادسا - التشخيص النهائي .

من خلال عرض هذه اللوحة الإكلينيكية والاستعانة بمعايير (DSM IV) ، تم تشخيص الحالة كما يلي :

♦ المحور الأول : اضطراب الجسدنة (Trouble somatisation) .

♦ المحور الثاني : اضطرابات الشخصية الهستريونية (personnalité histrionique) .

♦ المحور الثالث : تقرح معدي حاد (Ulcère de l'estomac aigu) .

♦ المحور الرابع : مشكلة السكن والقصور المادي (أنظر الملحق رقم "2") .

♦ المحور الخامس : يقدر مستوى الحالة في السلم العام للتقييم الوظيفي (EGF) من 11 إلى 20 (أنظر الملحق رقم "3") .

سابعا - النهج العلاجي :

اقتصر علاج الحالة سابقا على العلاج التقليدي بكل أنواعه (الراقي الشرعي، والمشعوذين، والعجائز.. إلخ) ، وذلك في غياب العلاج النفسي .

العلاج النفسي المستعمل مع الحالة يعتمد في الأساس على العلاج النفسي التحليلي ، والعلاج التدعيمي ، وذلك بهدف نمو الشخصية بعد الكشف عن مختلف الصراعات اللاشعورية .

إن الإرشاد النفسي للوالدين مهم جدا ، وذلك في محاولة المساعدة على التبصر بحالة المريض ، ودعمه ، واحتوائه خلال حصول النوبات الانفعالية ونوبات الغضب ، كما أن استخدام العلاج النفسي الوهمي مفيد جدا ، لأن المريض يتمتع بقبالية شديدة للإيجاء.

دراسة الحالة الثانية

أولاً - التعريف بالحالة :

- الاسم : (ف.ز) .
الجنس : أنثى .
مكان الميلاد: ابن باديس .
السن : 32 سنة
المستوى التعليمي : أولى جامعي (علوم التسيير) .
عدد الإخوة : 5 عدد الأخوات : 2
الحالة الاجتماعية : عازبة .
الحالة الاقتصادية : ضعيفة .
المظهر الخارجي : 1- الطول : 1,59 سم 2- الوزن : 47 كلغ 3- الشكل : جيد ومرتب ، وجسم نحيف ، وجه شاحب ، كما تبدو بصحة غير جيدة .
العادات والأنشطة : الكتابة (الخواطر والشعر) ، والمطالعة .

ثانياً - مشكلة الحالة :

تتلخص الشكوى الحالية لـ (ف.ز) كما وصفتها في ظهور بعض علامات الغرابة والحيرة ، والتي برزت أعراضها أولاً على مستوى الجسد ، وذلك بعد شهر من نجاحها في شهادة البكالوريا، والمتمثلة في الإحساس القوي بوجود بعض الديدان تأكل جسدها على شكل حكة جلدية قوية، إلى درجة احمرار قوي للجلد بشكل غير طبيعي ، واسوداد الوجه ، ونقصان واضح في الوزن، وبرودة شديدة في الجسد .

كما تحس المريضة بمشاعر الخوف خصوصاً في الليل ؛ إذ تتصور أشياء تأتي خلفها ، وعندما تفتح عينيها في الليل ؛ ترى امرأة بدينة ترتدي الأسود مرتين متتاليتين ، وعندما تغمض عينيها في

المرة الثالثة تختفي عن الأنظار ، وترى عنكبوت في الحائط ، وإنسان يلبس ملابسه على شكل خيال ، تقول إنه ينادي عليها مرتين ، وعند الثالثة يختفي.

تقول (ف.ز) أنها توجهت إلى معالج تقليدي للعلاج (طالب) ، فكتب لها حجاب أو "كتبة" في دجاجة لكي تأكلها ، بما يسمى بـ "النشرة" وقال لها : "ريحت ، ريحت ، ولا ماريحتش ، ربي يشوف فيها " .

بعد ذلك تطورت الأعراض ، فبدأت ترى صور المقابر وهي تمشى في الطريق نهارا ، تحس أن الهواء غير الهواء الذي كانت تستنشقه قديما ، ترى كل شيء بصورة غامضة وغير واضحة (Flou) ، وأحيانا بلون أحمر ، وتحس بأحاسيس الخمول والتعب عند النهوض من النوم صباحا ، وتحس أن الليل والنهار هما سيان .

توجهت بعد ذلك إلى طبيب عام ، فشخص حالتها بأنها حالة قلق أو "خلعة" ، مع وجود بعض الماء في ظهرها أو "جناحها" ، فوصف لها دواء جعل الأعراض تتحسن قليلا .

بعد ذلك تطورت الأعراض بشيء من الغرابة ، فبدأت تحس برغبة قوية في الصراخ ، والتكسير ، والتحطيم ، إحساس أنها مدفوعة من قبل قوى موجودة في جسدها ، وحدث ذلك عندما كانت في الإقامة الجامعية ، فبدأت ترقى نفسها بقراءة القرآن، وإذ بها تبدأ بالصراخ والبكاء بطريقة جنونية وهستيرية ، وعند رؤية صديقاتها لذلك المنظر ، جيء لها براقي شرعي من مصلى الإقامة، فعند قراءته لآيات السحر اشتد الصراخ والبكاء إلى درجة تقول أن شريط الكاسيت آنذاك تكسر .

تقول أنها في الصباح الموالي جاءت إلى منزل والديها بأعجوبة وبصعوبة ، لأنها لم تكن قادرة على السير أو الحركة ، وكانت ترى كل شيء بصورة أو بلون أحمر ، فعند دخولها قالت لأمها : "ديني للوالي (ضريح) الفلاني" ، فاستغربت الأم لكلام (ف.ز) ، لأن هذه الأخيرة لا تؤمن كثيرا بالأضرحة وبالعلاج التقليدي ، وكأن هناك شيء في رأسها فرض عليها أو أشار لها بالفكرة .

الأم لم تصدق في بداية الأمر واستغربت كثيرا ، فأخذت ابنتها إلى معالجة تقليدية بالأعشاب (عجوز) ، والتي تستعمل أيضا الرقية في العلاج ، وأثناء ذلك بدأت تحس بجروق قوية على مستوى رأسها في الجانبين ، مع تقيؤ على شكل "مرار" أو "سباوات" أو رغوّة ، فقالت لها بأنها مسحورة بسحر مأكول على حسب أعراض التقيؤ (الاستفراغ) ، فأوصت لها بشرب زيت القسط الهندي ، فأحست بعد ذلك بشيء من التحسن .

تقول (ف.ز) أن جميع أفراد الأسرة تشعر بأحاسيس غير مريحة أثناء رقيتها ، مثل تكسّر وآلام على مستوى العضلات والمفاصل ، مما قد يشير إلى أن جميع أفراد الأسرة مصابين أيضا بالسحر أو يتأثرون به عن طريق (ف.ز) .

ترى (ف.ز) الكثير من الأحلام المزعجة خلال نومها ، كرؤيتها للشعايبين ، والكلاب ، وأناس وأشخاص في صورة الأب أو العم .

تقول أنها مصابة بسحر التعطيل عن كل شيء ، لأنها تركت بعد ذلك دراستها الجامعية ، وتدهورت صحتها ، وتطرق كل أبواب العمل بدون فائدة منذ عدة سنوات ، ولم يطرق أي عريس بابها قصد الزواج بها ، ورغم أنها كانت محط إعجاب الكثيرين خلال مراهقتها ، لأنها كانت جميلة ومتمتعة بصحة جميلة (سمينة) ، وكل ذلك تبخر وتلاشى .

1 - التاريخ المرضي الحالي :

تقول (ف.ز) أنها وجدت إشارات لهذه الأعراض لأول مرة في سن (16) سنة ، وتزامنا مع مرحلة المراهقة ، فعندها كانت تسكن بعيدا عن المنزل العائلي ، وذلك بسبب رحيل الأسرة وتغييرهم لمقر السكن بصفة مؤقتة ؛ فاضطرت إلى البقاء عند جدتها وأعمامها لتكمل دراستها ، لأنها كانت متعودة على أساتذتها وأصدقاءها .

فعاثت الحالة كثيرا في بيت الجدة ، وذلك بسبب المعاملة السيئة لأعمامها وزوجاتهم ، ففي أحد الأيام شعرت (ف.ز) بضيقه قوية في الصدر ، وصعوبة في التنفس ، ورغبة قوية في الهروب من

المنزل ، والشك في تصرفات الآخرين اتجاهها والحذر منهم ، تقول أنها أحست بذلك بعدما قامت زوجة العم بوضع الحنة في قدميها تعبيرا عن الحب والمودة وتوديعا لها ، لأنها كانت ذاهبة إلى منزلها العائلي ، وذلك بعد انتهاء الدراسة وقدم العطلة الصيفية .

2 - التاريخ المرضي السابق :

تذكر (ف.ز) أنها عُرِّفت بوجود بعض الصفات لها في الطفولة مثل الخجل ، والحساسية الزائدة ، والرغبة في البقاء وحيدة ، والحذر أحيانا في التعامل مع بعض الأفراد ، كما أنها معروفة بتناول الأكل غالبا في المنزل ونادرا خارجة .

3 - مستوى الدافعية للعلاج :

(ف.ز) لها رغبة قوية في الشفاء والرجوع إلى سابق عهدها، تقول إنها عندما كانت تتمتع بصحة جيدة، كان يقول لها الناس: " لا تمشي في الشمس لأنك لا تظهرين" ، وهذا من شدة بياض وشفاء بشرتها .

فهي تريد وبكل الطرق الممكنة العودة إلى حالتها الطبيعية ، والتخلص من هذه المعاناة ، لأنها عانت الكثير ومازالت تعاني لحد الآن ، فهي لم تشفي بصورة نهائية ، ولكن أحيانا أخرى يسيطر عليها اليأس وتسيطر عليها أفكار من قبيل أن شفاءها غير ممكن بل ومستحيل .

ثالثا - تاريخ الحالة .

1 - المجال العائلي :

— الأب : على قيد الحياة ، وعمره 64 سنة ، ومستواه الدراسي السادسة ابتدائي ، ويعمل بناء (Maçon) ، وهو الأخ الأكبر لأشقائه ، 4 ذكور (ثلاثة على قيد الحياة وواحد متوفى) ، وأخت واحدة .

علاقتهم ببعض كانت جيدة ، ولكنها بدأت تتغير وتشهد بعض التذبذب بسبب مشاكل عائلية ، والتي تتعلق بالميراث وحصصة الأب في السكن العائلي ، والذي فرض عليه لاحقا التنازل عن نصيبه الشرعي .

أخوه مريض عقليا منذ ثلاث سنوات ، ولديه هلوسات بصرية وسمعية ، وعدواني مع الناس ، ويضرب ويكسر ، وأحيانا يصل به الأمر إلى ضرب الأم ، ومدمن على شرب الكحول والأدوية ، وظهرت عليه هذه الأعراض بعد وفاة أخوه الأكبر بسبب قصور كلوي ، وأيضا بعد وفاة والده بسبب مرض السكري وبتر رجله .

كان الدخل المادي للأب جيدا، والمستوى الاقتصادي للعائلة مريح ، ولكن سرعان ما بدأ الوضع يتغير للأسوأ ، بعد ازدياد (ف.ز) بدأ سلوك الأب يتغير، حيث أصبح مدمنا على الكحول، كما عرف بإقامته لعلاقات غير شرعية مع العديد من النساء.

تصفه الحالة والدها بالمتسلط، وينظر للآخر باحتقار ، ومتكبر ، ويأمر كثيرا ، وقليل الحنان معها ومع الأسرة .

— الأم : على قيد الحياة ، وعمرها 54 سنة ، وبدون مستوى دراسي ، وماكثة في البيت ، وعدد إخوتها خمسة ، وترتيبها بينهم الرابع ، وهي تعاني من مرض الروماتيزم المزمن الذي ألزمها الفراش ، وذلك منذ نجاح ابنتها (ف.ز) في شهادة البكالوريا .

وقد لجأت الأم إلى معالج تقليدي "طالب" ، فتحسنت الأعراض قليلا ، لتعود مرة أخرى وبقوة ، فذهبت إلى طبيب عام ، فأخبرها أنها تعاني من مرض في الروماتيزم على حد تعبيرها وليس روماتيزم لأنه يوجد فرق بينهما.

وعن أسباب هذا المرض فأرجعه الطبيب إلى تعبها الشديد في القديم ، بسبب معاناتها وتضحيتها الكبيرة على أفراد أسرتها ، وذلك بسبب القصور المادي للأب ، حيث كانت الأم تضطر إلى جلب الحطب أحيانا والطهي عليه.

تصف الحالة الأم بأنها تغضب أحيانا لأتفه الأسباب، ويسودها الكثير من القلق والتوتر خصوصا في علاقتها بالزوج ، وذلك بسبب المرض الذي ألزمها الفراش ، وأحيانا تكون جافيا وقاسية.

— **علاقة الوالدين ببعض:** توجد بينهما قرابة متوسطة ، وزواجهما كان تقليديا ، والعلاقة بينهما غير جيدة ، وغير مستقرة ، وناقصة ، وغير متزنة على حد تعبير (ف.ز)، وتسودها الخلافات الكثيرة واللامبالاة وعدم الاهتمام من طرف الزوج ، تقول الحالة أنهما مطلقان بصفة شفهوية (كلاميا) وليس على الورق أي لا توجد بينهما معاشرة زوجية .

— **علاقة الوالدين بالأبناء:** تصف (ف.ز) الأم بالمضحية في سبيل أبنائها ، فهي عانت كثيرا في تربيتهن ، فعلاقة الأم بـ (ف.ز) هي متذبذبة وفاترة أحيانا ، والحالة تصفها بالعادية ، ففي فترة مرضها تقول : " أمي تقلقت من مرضي وما صبرتش .. "

أما علاقة الأب بالحالة فهي غير مستقرة ، ويسودها الكثير من التوتر واللا تفاهم ، تصفه بأنه سريع الغضب ، ولا مبالي ، وقلبه حقود ، ودائم الخلافات مع الأم ، مما يجعله أحيانا يُحمل الأبناء نفس أخطاء والدتهم ، فيعاملهم نفس المعاملة السيئة ، فهم ضحايا لهذه العلاقة المكهربة ، وخصوصا عندما يكون في حالة سكر ، فالأبناء تأثروا كثيرا بحالة الأب وخصوصا (ف.ز) .

— **الأخوة والأخوات :** تأتي (ف.ز) الثانية بعد أختها الكبرى (ك) التي تبلغ من العمر 34 سنة ، ومشوارها الدراسي توقف عند حدود الثالثة متوسط ، وهي تقوم بأعمال الخياطة في المنزل .

يأتي بعد (ف.ز) الأخ (ز) الذي يبلغ من العمر 29 سنة ، ومستواه الدراسي توقف عند السادسة ابتدائي يعمل بناء مثل أبوه ، ويأتي بعده (ج) لديه 28 سنة ، ومستواه الدراسي الثالثة متوسط ، ثم الأخ (م) عمره 25 سنة ، والأخ (إ) وعمره 21 سنة ، ثم الأخ (ع) وعمره 19 سنة ، ومستواهم الدراسي توقف أيضا عند حدود الثالثة متوسط ، وأخيرا الأخت (هـ) وعمرها 17 سنة ، وتدرس أولى ثانوي علمي ومستواها الدراسي جيد .

تتميز علاقتهم بالدفء ، والحب ، والمودة ، مع بعض الخلافات ومشاعر الغيرة بين الأخ (ج) والأخ (ز) ، وبين (ف.ز) وأختها الكبرى (ك) .

فعموما الجو المنزلي العام ، ويسوده النزاع والتوتر أكثر من التفاهم والتوافق ، وخصوصا بحضور الأب الكثير التذمر والذي لا يعجبه شيء ، فأحيانا تجد الحالة نفسها منطوية على نفسها ، وهي بين أفراد أسرتها .

نمط التنشئة السائد مع الحالة هو مزيج بين التدليل ، والسيطرة ، والقلق ، أما الوالد المفضل للحالة هو الأم ؛ لأنها تشعر بألمها وعذابها مع الوالد .

وعن أهم المعتقدات ، والمبادئ ، واتجاهات الحالة في الحياة فهي : حب السلم ، والعيش باكتفاء ، والطموح للأحسن ، والعيش بدون انتظار المساعدة من الغير .

2 - المجال الشخصي :

ولدت (ف.ز) بعد أختها الكبرى(ك) بستين ، وقبل ذلك حصل للأم إجهاض أي قبل الحمل بـ (ف.ز) ، وذلك بسبب مشاكل عائلية مع الجدة .

فكانت ولادة الحالة ولادة طبيعية في المستشفى ، بعد مرحلة حمل مليئة بالقلق مع كثرة الغضب ، كما أن نفاس الأم كان مليء بالتوتر والقلق ، فقد تعرضت لحالة من الاكتئاب في هذه المرحلة ، لأنها عاشت ضغوطات كبيرة من طرف الزوج ، لأنه لم يكن راغبا في جنس المولود (أنثى).

كانت الرضاعة طبيعية لمدة سنة ونصف، وكان الفطام في وقته ، أما توقيت التسنين فكان في ستة أشهر تقريبا ، وضبط الإخراج كان في الوقت أيضا ، كما أن الحالة لم تعاني من وجود التبول اللاإرادي .

بداية المشي واللغة كانت في وقتها، ولم تعرف الحالة أي صعوبات في النطق أو مشكلة قضم الأظافر، ولكنها عُرِفَت بنوبات الغضب المتكررة.

اللعب كان بشكل مبكر، وكانت تحبده مع الجماعة ومع أقرانها، واستجابتها لمولد الأشقاء كانت بتوتر وقلق، كما عرف تاريخ طفولتها العديد من حالات الانفصال عن أمها، وذلك بسبب مشاحناتها مع الأب والمشاكل مع الجدة، وكان يستمر لمدة طويلة.

معاملة الأب للحالة منذ طفولتها تتميز بالجفاء ، أما الأم فهي عادية ، وتخيالات الحالة عن ذاتها في الصغر هي جميلة ، مع وجود ارتقاء في الصغر على حد تعبيرها ، والأبطال المفضلون كانوا من المشاهير والفنانين الغربيين ، أما الاتجاه العام السائد في الطفولة فكان يتسم بالحنين .

3 - المجال التعليمي :

دخلت (ف.ز) المدرسة في السن الطبيعي أي ستة سنوات، وكان تكيفها مع المدرسة جد طبيعي ، ومستواها الدراسي جيد في المرحلة الابتدائية ، أما عن علاقاتها وصدقاتها في هذه المرحلة فكانت كثيرة .

في المرحلة المتوسطة تعرضت لفشل مدرسي ، لأنها لم تكن مستقرة في السكن ، وكانت بعيدة عن الأهل (العيش عند الجدة) ، فلم تستطع التأقلم مع هذا الوضع ، أما في المرحلة الثانوية والجامعية ، فكان مستوى تحصيلها من حسن إلى متوسط ، كما عرفت صداقات كثيرة في هذه المراحل ، ولكنها ليست عميقة بما فيه الكفاية .

تميزت علاقاتها مع المعلمين والأساتذة بالاحترام المتبادل ، فكانت أحسن مرحلة تعليمية هي الثانوي لوجود أساتذة في المستوى ، أما بالنسبة للمواد المفضلة فكانت : الأدب العربي ، واللغة والفرنسية ، واللغة الإنجليزية ، أما المواد المكروهة فكانت الرياضة ، والرياضيات ، والتكنولوجيا .

الميول والهوايات المفضلة للحالة هي : المطالعة والكتابة بمختلف أنواعها ، لأنها تراها وسيلة للدفاع عن حقوق الناس ، أما عن طموحات الحالة فتراها في مواصلة الدراسة ، والعمل ، والاكتفاء والعيش بسلام.

4 - التاريخ المهني :

الميل المهني للحالة كبيرة جدا ، فهي تحلم بمواصلة دراستها الجامعية ، واقتحام عالم الصحافة والكتابة ، لأنها تعشق هذه المهنة ، وبذلك فدرجة الاستقرار المهني هي ضعيفة جدا في هذه المرحلة بسبب المرض ، أما عن مستويات الطموح في المهنة فهي متذبذبة ، فأحيانا هي قوية جدا ، وأحيانا أخرى هي هادئة وعادية.

5 - المجال الجنسي والزواجي :

اكتسبت (ف.ز) معلوماتها الأولى حول الجنس في سن مبكر ، وذلك أثناء الدراسة عن طريق الكلام في الجنس من قبل الصديقات ، أما فكرتها عن ولادة طفل وعن العلاقات الجنسية بين الوالدين ، فكانت في سن الثامنة حينما ولد الأخ الذي يليها في البيت ، فشكل هذا صدمة قوية لها، لأنها رأت طريقة الولادة .

الخبرات الجنسية الأولى والعادة السرية كانت في سن الثانية والعشرون ، أما عن اللعب الجنسي فلم يكن موجودا ، البلوغ والدورة الشهرية كانت في سن الثالثة عشر ، وعبرت الحالة عن ردة فعلها اتجاه هذا الموقف بالخوف والقلق ، أما الأم فكان موقفها مزيجا بين اللامبالاة وافتعال الغضب .

الاستجابة للنشاط الجنسي تكون بعدم الاهتمام واللامبالاة ، فهي تقول أنها لا تفكر فيه حتى ولو رأت أي موقف جنسي في إحدى القنوات ، لأنها تخاف من فكرة الجنس ، أما عن خبرات الارتباط العاطفي فهي مترددة وقلقة اتجاهها ، لأنها لم تقم بأي علاقة عاطفية مع رجل إذ تقول : " أنا لا أحب إقامة العلاقات العاطفية " .

نموذج الزوج المستقبلي حسب خيالها يجب أن يكون: كبير السن، وحنون، وراقي، مع أن الاتجاه العام نحو فكرة الزواج يسوده الخوف مع رفض الفكرة أحيانا.

6 - المجال الطبي :

تمثلت الأمراض التي عرفتھا (ف.ز) أثناء طفولتها في التهاب اللوزتين فقط ، وقد شهدت الحالة حادثة صادمة تمثلت في عضه كلب وهي في الثامنة من عمرها ، فشكلت لها حالة كآبة مع بكاء شديد.

أما عن الأمراض النفسية والعقلية بين أفراد الأسرة أو الأهل، فيوجد فقط مرض عقلي عند العم، كما سبق وأن أشرنا في عنصر المجال العائلي.

الصحة البدنية الحالية لـ (ف.ز) هي متدهورة نوعا ما ، بسبب مخلفات "السحر" الذي أكلته ، فهي حسب إجماع العديد من الأطباء تعاني من وجود ميكروب أو غاز غير طبيعي في جسدها (على حد تعبيرها) ، وهو الذي ينخل جسدها ويفقدھا العديد من الكيلوغرامات ، بعدما كانت بصحة جيدة ، وهذا الميكروب هو السحر الذي أكلته ، فهو مستقر في جسدها ، ولم تصفي منه بشكل نهائي .

رابعاً - مصادر جمع المعلومات .

1 - المقابلات .

أ - مقابلة الحالة : أجريت خمسة مقابلات شخصية مع الحالة ، كان يمتد الوقت فيها قرابة 45 دقيقة إلى ساعة أحيانا، كانت (ف.ز) جد متعاونة مع الفاحصة ، كما حاولت الإجابة على كل الأسئلة ، وأعطت كامل التفاصيل عن مراحل حياتها بدون تحفظ أو نقصان ، لأنها شعرت بالراحة والثقة مع الفاحصة منذ المقابلة الأولى ، مما جعلها لا تخبئ أي معلومة عنها ، ولأنها أدركت جيدا أن الصراحة ستكون في صالحها ، كما أنها ستفيد في عمليتي التشخيص والعلاج .

ب - مقابلة الأهل : أجريت مقابلة واحدة مع الأم بسبب ظروفها الصحية ، ولكن كانت لها أهمية كبيرة في معرفة تفاصيل مهمة عن تاريخ الحالة وعن التاريخ المرضي، لم تذكرها المريضة خلال إجراء المقابلات ، كما ساهمت في الكشف عن معاناة الأم في علاقتها بالأب ، ومدى قلق الأم عن حالة

(ف.ز) ، وأملها الكبير في شفاء ابنتها ورجوعها إلى سابق عهدها ، وخصوصا إلى دراستها التي كانت تحبها وما زالت كذلك.

2 - الاختبارات:

أجريت مع الحالة أربع اختبارات نفسية، وقد كانت جد متعاونة أثناء إجرائها، فمستواها التعليمي جعلها تفهم وتتفاعل بسرعة مع بنود الاختبار، فكانت نتائجها كما يلي:

أ - قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصابية : أوضحت نتائج تطبيق القائمة أن الحالة تعاني من درجات مرتفعة من كل أبعاد المقياس والتي كانت كالتالي :

عدم الكفاية (11/8)، الاكتئاب (6/5)، القلق (9/7)، الحساسية (6/5)، الغضب (6/6)، التوتر (9/7).

ب - اختبار الصحة النفسية للشباب : حصلت الحالة على درجة 38 من 105 درجة ، حيث تمثل 105 الدرجة المرتفعة من المقياس ، فالحالة تعاني من سوء الصحة النفسية .

ج - اختبار تقدير الذات : حصلت (ف.ز) على درجة 44 من 99 ، فالحالة تعاني من تقدير متوسط للذات (قريب من المتوسط) .

د - اختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) : تم بإجراء الاختبار في ظروف جيدة ، وأبدت الحالة رغبة كبيرة في إنجازه وإتمامه ، حيث كانت جد متفهمة لخطوات تطبيقه ، واستغرق ذلك مدة ساعة وربع تقريبا .

وتم استخراج وتجميع السياقات المتشابهة مع بعضها في شبكة تحليل الاختبار، وذلك على شكل أربعة سياقات عامة، كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (32) : يبين خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) لحالة "السحر".

سياقات (E)	سياقات (C)	سياقات (B)	سياقات (A)
E1=2 E2=1 E3=1 E6=2 E4=1 E8=2 E9=4 E11=2 E10=4 E14=9 E15=2 E20=1	CP1=29 CP2=3 CP3=7 CP5=3 CP6=10 CP=52	B1.1=2 B1.2=2 B1.3=2	A1.1 =6 A1.2=2 A1.3=1
E=31	CN1=8 CN2=27 CN5=7 CN9=4 CN10=7 CN=53	B1=6	A1=9
	CM1=16 CM2=4 CM=20	B2.1=5 B2.3=4 B2.4=6 B2.6=1 B2.8=4 B2.9=5 B2.10=1 B2.11.4	A2.1=4 A2.2=2 A2.3=18 A2.8=11 A2.10=1 A2.11=2 A2.13=3 A2.17=36
	CF1=16 CF3=43 CF=59	B2=30	A2=77
	CC=2		

- الإشكالية العامة للاختبار :

إن كل السياقات المستعملة من طرف الحالة هي محاولة للتهرب من الإشكالية العميقة ، والتي تدور حول هشاشة الأنا في مواجهة الصراعات ، لأنها موجودة ومرساة في القدم وعميقة إلى حد الغموض .

فهي تحاول صد الهوامات والصراعات في جل الإشكاليات الملتزمة ، بالرقابة والتشدد تارة ، والمتعلقة ببروز الهوامات المحارمية والمشاهد البدائية (الأم الأثرية) ، مع المنافسة أحيانا والعدوانية تجاه الموضوع (الرقابة الاضطهادية للأم) ، بسبب الحاجة للسند والدعم التي عبرت عنها بصورة مباشرة ، وذلك لتغطية مخاوف فقدان والتخلي للصورة الأمومية دفاعا ضد الاكتئاب والانهيار.

وأحيانا أخرى تقوم بتمثيل الصراع بين المانع والإغراء ، ولكن بشكل حذر مع سيطرة المخاوف المتعلقة بالنزوات الجنسية والليبيدية ، لأنها مرتبطة بالنزوات العدوانية ، والتي تصل إلى درجة الاضطهاد والتدمير للصورة الأبوية.

— التوظيف النفسي للحالة :

من خلال تلخيص أهم النقاط البارزة في تحليل المقابلات العيادية ، والتي ستساعدنا في تحديد التوظيف النفسي للحالة ، والتي نشير إليها فيما يلي:

— وجود الهلاوس والخداعات البصرية (خيالات في الحائط ، وظل امرأة ، وعناكب) .

— عدم التناسق اللغوي مع غموض الكلام .

— مواضيع تتعلق بالتوهم الجسدي والتحول، مثل تغيرات في شكل ولون البشرة، وديدان وحشرات تأكل جسدها ، وذلك على شكل حكة جلدية قوية إلى درجة احمرار قوي للجلد ، وبشكل غير طبيعي ، واسوداد الوجه ، وبرودة شديدة في الجسد) .

— الرغبة القوية في الصراخ ، والتكسير ، والتحطيم .

— سيطرة مشاعر الخوف ليلا بتصور أشياء تأتي خلفها.

— تحس بحرق قوية على مستوى رأسها في الجانبين .

— مواضيع تتعلق بالتملك والتأثير من قبل قوى خفية (de possession , d'influence Les thèmes diabolique) ، وذلك من خلال اعتقادها الكبير بالإصابة بالسحر ، ويظهر ذلك في قولها للأم : " ديني للوالي (ضريح) الفلاني " .

— التفكير السحري والاعتقاد بالخرافات (croyances bizarres ou pensée magique) .

— خبرات إدراكية غير عادية بما فيها خداعات جسدية (illusions corporelles) .

— قلق اجتماعي لا يتناقص بالألفة مع خوف زوراني (craintes persécutaires) .

— انخفاض القدرة وانزعاج حاد من إقامة العلاقات الحميمة (الخوف من الجنس) .

واستنادا على هذه المعطيات ونتائج اختبار (TAT) ، فالتوظيف النفسي للحالة يتعلق بالتوظيف من النمط الفصامي (structure schizotypique) ، لأن هذا النوع من التوظيف يصاحبه عادة القلق والاكتئاب وهذا ما يؤكد اختبار "كورنل" للنواحي العصائية ، بحيث يقدر الاكتئاب ب (6/5) والقلق ب (9/6) ، إضافة إلى الحضور المعتبر للسياقات الضد اكتئابية المتعلقة بقلق الانفصال ، والحاجة للاستناد على الموضوع (CM1=16)، مع وجود ملامح للشخصية الحدية (CM=20,CN=53) ، وظهور الأعراض الذهانية .

خامسا - اللوحة الإكلينيكية .

تم تحليل اللوحة الإكلينيكية للحالة وهي في حالتها الطبيعية.

1 - ملامح الوجه : وجه حزين ، وذابل ، ومسفر .

2 - الاتصال : كان الاتصال جد سهل مع الحالة، وتحدثت بإسهاب عن أحاسيسها، ومشكلتها ، وأملها في الشفاء .

3 - **النشاط العقلي** : القدرات العقلية عادية ، والمريضة لم تفقد التوجه الزماني والمكاني ، ولديها وعي كامل بالأشخاص والأماكن ، كما أن مستوى ذكاءها جيد ، والدليل على ذلك المستوى التعليمي التي توصلت له (جامعي) ، والمواهب التي تمتلكها في الكتابة .

أ - **اللغة** : سليمة وبسيطة وعفوية ، وتختار مفردات تعبر بها جيدا عن معاناتها ، فنشير إلى أنها تستعمل أحيانا اللغة العربية الفصحى، والتي تجيدها كثيرا بحكم كتابتها للخواطر والشعر ، وأحيانا أخرى تستعمل اللغة الدارجة ، وذلك على حسب المواقف ومواضيع النقاش .

ب - **الإدراك والتفكير** : إدراكها متذبذب وغير مستقر ، فأحيانا يكون عادي ، وأحيانا أخرى تتخلله فترات تحس بأنها غير مدركة لما يجري حولها ، فتحس بأنها مدفوعة بأوامر رغما عن إرادتها ، وهي مدركة لهذا التغير في إدراكها ، وكأنها مسلووبة الإرادة ، كما أنها تدرك الواقع أحيانا أو العالم بصورة ضبابية وبلون أحمر ، فتقول الحالة : "خطراتش منحسش بالناس والدنيا .. وحتى الهوء مشي كيما الهوء اللي كنت نتنفسه "

تفكير الحالة تغلب عليه السوداوية ، وتشعر أحيانا أنها معرضة للحوادث ، كما يتخلله مشاعر وأفكار الاضطهاد ، مع كثرة الأوهام والتخيلات ، والتي تصل أحيانا عند اشتداد الأعراض إلى درجة الهلاوس البصرية (رؤية العناكب والحشرات ، وخيال امرأة بدينة).

كما أن تفكيرها أحيانا خرافي، متأثر بمعتقدات وجود "السحر" ، و"المس" ، و"العين" ، وهذا موجود أيضا عند أفراد الأسرة، فتقول أنها لا تحب التشكيك في عدم وجودها.

تقول أنها عندما تتعرض للرقية الشرعية ، فإن كل أفراد الأسرة يتأثرون ويشعرون بما تحس به أثناء ذلك ، كما يعانون من أعراض متشابهة ، ويحصل هذا أيضا أثناء عملية الحمامة التي تقوم بها الحالة ، إذ أن الأم تحس في ذلك الوقت بنفس الآلام والعكس صحيح.

ج - الذاكرة والانتباه : ذاكرتها المباشرة ، والقريبة ، والبعيدة جيدة ، فهي تتذكر بشكل جيد العناوين ، والأسماء ، والتواريخ ، وأسماء المدارس ، والمدرسين.. إلخ ، ولكن أحياناً قليلة تعاني من النسيان بسبب القلق .

4 - النشاط الحركي : حركتها عادية ، وثابتة ، ومحسوبة .

5 - العلاقات الاجتماعية : مضطربة وغير مستقرة ، وملبئة بالكثير من المشاحنات .

أ - العلاقة مع الأهل : هي غير مستقرة فالعلاقة مضطربة مع جدتها من والدها وأعمامها وزوجاتهم ، فعموماً تقول الحالة أنها حسنة مع الكثير من الحذر ، وكذلك فيما يخص أهل الأم .

ب - العلاقة مع المحيط الخارجي : تتميز بالدقة في اختيار الأصدقاء المقربين ، أما الناس الآخرين فعلاقتها بهم هي عادية وسطحية .

6 - المزاج والحالة الانفعالية :

أ - الحالة المزاجية السائدة : اكتئاب وحزن مصحوب بقلق وتوتر، وأحياناً قليلة الفرح بدون الإحساس به ، وهذا ما تؤكدته نتائج مقياس "كورنل" للنواحي العصابية ، حيث يقدر الاكتئاب ب (6/5) ، والقلق (9/6) ، والتوتر (9/8).

ب - التقلب في الحالة المزاجية : يوجد أحياناً .

ج - ملاءمة الاستجابات الانفعالية للمحتوى العقلي المعبر عنه : أحياناً لا يوجد تلاءم بين الانفعالات والمواقف التي تثيرها مواضيع النقاش ، وتوجد برودة انفعالية ، ولا تنفعل الحالة مع المواقف التي تثيرها القصص والحوادث التي تعرضت لها .

7- وضعية النوم : الكثير من الأحلام المزعجة والكوابيس ، ورؤية الخيالات مع ضيق في التنفس .

8 - وضعية الأكل : فقدان للشهية مع نقص واضح في الوزن.

9 - مضامين الشكوى التلقائية : تشكو المريضة كثيرا من سحر التعطيل الذي غير مجرى حياتها دراسيا، ومهنيا، واجتماعيا ، كما تشكو من الأعراض والنتائج الجسمية والنفسية التي ألحقه بها، خصوصا من حيث فقدانها الواضح للوزن ، وتغير ملامح وجهها ، وبريق بشرتها، وجاذبيتها كامرأة.

كما تشكو الحالة ، وتتذمر ، وتتألم من العلاقة الفاترة والغير مستقرة مع الأب ، وتغير سلوكه ومستوى دخله بسبب إدمانه على الكحول ، فعلاقته هي سيئة مع جميع أفراد الأسرة ، كما أنها مشغولة البال وجد قلقلة على صحة أمها ، بسبب المرض الذي ألزمها الفراش مبكرا ، فتقول الحالة : " إن طفولي كانت استراحة لي من مخاوف ومساوئ الحياة .. ذلك الزمان الذاهب بدون رجعة .. براءة ، وصدق ، وغنى ، وجمال... كل هذا كان ظلا يحميني من أشعة الشمس..".

سادسا - التشخيص النهائي :

من خلال عرض هذه اللوحة الإكلينيكية والاستعانة بمعايير (DSM IV) تم تشخيص الحالة كما يلي :

- المحور الأول : اضطراب ذهاني من نمط جسدي (Trouble délirant de type somatique)
- المحور الثاني : اضطرابات الشخصية من النمط الفصامي (Trouble de personnalité schizotypique)
- المحور الثالث : طفح جلدي (Urticaire allergique) وتقرح معدي مزمن (ulcère de l'estomac chronique).
- المحور الرابع : مشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية " الانفصال الغير رسمي بين الأبوين وعدم الاتفاق بينهم ، وإدمان الوالد وسلوكه الغير لائق " (أنظر الملحق رقم " 2 ") .

● المحور الخامس : يقدر مستوى الحالة في السلم العام للتقييم الوظيفي (EGF) من 40 إلى 31 (أنظر الملحق رقم " 3 ") .

سابعاً - النشاط العلاجي :

اقتصرت علاج الحالة أولاً على زيارة الأطباء العامين، والذين لم يضعوا تشخيص دقيق لها، فكان العلاج يركز خصوصاً على المقويات ، وعلاج آلام المفاصل ، والصداع بالمسكنات ، أو عن طريق الحمامة ، والتي يعتبرها الكثير من الرقاة مفيدة جداً في حالات إخراج السحر.

بعد ذلك أخذ العلاج وجهة تقليدية ، فتأرجح ما بين الذهاب إلى العجائز التي تستعمل الأعشاب لإخراج السحر ، والرقية الشرعية ، و"الطلبه" ، وزيارة الأضرحة ، والأولياء الصالحين ، تذكر الحالة أنها لم تزر أي مختص نفساني أو طبيب عقلي ، لأن لا أحد نصحها بذلك .

أما العلاج النفسي المطبق على الحالة فتمثل في العلاج المساند، والعلاج النفسي التحليلي، والعلاج العائلي (العلاقة مع الأب).

دراسة الحالة الثالثة

أولاً - التعريف بالحالة :

الاسم : (ف).	الجنس : أنثى
مكان الميلاد : سيدي بلعباس .	البيئة الاجتماعية : حضرية .
السن : 31 سنة .	المهنة : عون إداري في الفلاحة
المستوى التعليمي : المرحلة المتوسطة .	
عدد الإخوة : 2	عدد الأخوات : 2
	ترتيب الحالة بينهم : الثانية .

الحالة الاجتماعية : متزوجة بعقد مدني .

الحالة الاقتصادية : جيدة

المظهر الخارجي : 1 – الطول : 1,58 سم 2 – الوزن : 50 كلغ 3 – الشكل :

جيد ومرتب ، وجسم ممتلئ ويبدو بصحة جيدة .

العادات والأنشطة : الأنترنيت والمطالعة .

ثانيا - مشكلة الحالة :

تتلخص شكوى الحالة الحالية كما وصفتها في ظهور بعض علامات القلق ، والارتباك ، ونقص التركيز مع بعض النسيان ، إضافة إلى مشاعر الحزن ، والكآبة ، والتشاؤم ، والتدمر من كل شيء ، وفقدان الأمل أحيانا ، مع تقلبات واضحة في المزاج ، والشهية ، والنوم .

تعاني الحالة كما تقول من حالة "عين" ، والتي شخصها العديد من المعالجين التقليديين (المعالجين بالرقية الشرعية) ، فأجمعوا كلهم على ذلك .

تحس(ف) أن لا أحد يفهمها في هذه الحياة وفي بلدها (الجزائر) بالتحديد ، ولا أحد يقدر قدراتها وإمكاناتها ، لأنهم "مشي Niveau" ، و"مشي حالة " على حد تعبيرها ، ولن تجد السعادة وتحقق طموحها إلا في الخارج (فرنسا) ، باعتباره مكان عيش زوجها بعقد مدني ، وهذا هو مصدر قلقها وتوترها .

ففي كل مرة تقوم بكل الإجراءات الإدارية والقانونية الممكنة فيما يخص ملف التأشيرة ، وتصرف مبالغ كبيرة على ذلك ، وهذا منذ حوالي 4 سنوات وبدون أي جدوى ، لأن ملفها يرفض من طرف القنصلية الفرنسية ، وبدون أي سبب واضح ، مع أنها تقوم بكل ما يلزم لذلك ، وتقول أن لها كل الحقوق في الحصول على التأشيرة ، لأنها متزوجة من مهاجر جزائري في فرنسا .

تسيطر على (ف) فكرة العيش في الخارج والانبهار بالغرب ، وضرب المثل بهم في كل شيء ، وخصوصا فيما يخص الوفاء ، والإخلاص ، والصدق ، والدقة في العمل ، والصرامة .. إلخ ، وهي أمور تفتقدها مع الأفراد في الجزائر ،

إن هذه الفكرة موجودة عندها منذ الصغر ، بحكم أن لديها العديد من الأقارب والأصدقاء يعيشون في الخارج ؛ الشيء الذي جعل فكرة الهجرة إلى الخارج تسيطر عليها ، والموافقة على الزواج بهذا الشخص المهاجر ، الذي تراه الآن سبب في معاناتها ، لأنه لم يحدد موقفه بعد ، وتخلي عنها في تسوية أوراقها للسفر والعيش بكرامة كما تقول .

كما تسيطر عليها أفكار من قبيل أن الأفراد في الجزائر والتي تصفهم بـ "العرب" ، لا يقدرّون الناس الأوفياء والمخلصين لعملهم ، ولا يحبون الناس الجادين في تصرفاتهم ، ويسيطر عليهم الكذب ، والنفاق ، والاهتمام بالأمور المادية والمظاهر الخادعة ، وذلك على حساب الأخلاق والصدق في العمل .

كما أنهم يفضلون التعامل خصوصا مع الأفراد المنافقين مثلهم، والذين يبيعون ضميرهم ومبادئهم، وحتى شرفهم أحيانا مقابل ذلك، وهي بالطبع لا تجد نفسها مكانا وسط هؤلاء "المنافقين" أو "لي عندهم double face" على حد تعبيرها ، لأنها ببساطة عكسهم تماما .

كما أنها تعاني من قلق وصراع داخلي ، من حيث موقف زوجها الغير واضح ، فهناك تضارب وتناقض في تصرفاته اتجاهها ، وهذا ما زاد الموقف سوءا ، فأحيانا يبدي اهتماما بها ، ويكون حنوناً ومحبا لها ، ويوصيها بالصبر أكثر لمقدرته على تسوية وضعيتها ، مع أن معظم اتصالاته بها تكون عبر الهاتف ، وقرابة السنة لم تلتقي به وجها لوجه .

وأحيانا أخرى يبدي لامبالاة حيالها ، ويقطع اتصالاته بها مدة طويلة بدون أي مبرر ، وينعتها بأمور كثيرة مثل "حاسبا روحا" ، إضافة إلى تدخلات والدته المستفزة لها ، والتي تقوم بالكذب عليها في الكثير من الأحيان ، لأنها حسب (ف) هي امرأة غيورة ومتطفلة و"واعرة" على حد تعبيرها ، بالرغم من أنها هي من تقدمت إلى خطبتها ، وكانت مصرة عليها في البداية .

نشير إلى أن زوج (ف) أشار لها بإمكانية إقامة الزواج والدخلة في الجزائر، وعند تسوية وضعيتها يأخذها معه ، ولكنها رفضت هذه الوضعية ، لأنها تعتبرها غير عادلة في حقها ، وأن رغبتها في السفر خارجا أكبر من أي شيء آخر .

تعاني (ف) أيضا من نتائج شخصية وطبع والدها المستبد ؛ ظروف صعبة ومؤرقة بسبب طبعه العدواني والشرس والمسيطر ، ولامبالاته المفرطة ، وعدم تحمله لأية مسؤولية اتجاهها أو اتجاه أسرتها.

لذا فإن مشكلة تسوية وضعيتها وسفرها إلى فرنسا تؤرقها وتقلقها إلى درجة الهوس ، لأنها كما تقول وكما يظهر ؛ هي الأمل الوحيد والأخير في انتهاء معاناتها ، والهروب من وضعيتها السيئة والصعبة في الجزائر وخصوصا مع أسرتها ، وذلك في ظل علاقتها الصراعية مع والدها ، وحتى مع المجتمع التي تراه ظالما ومجحفا في حقها .

1 - التاريخ المرضي الحالي : ترى الحالة أن عرفت إشارات لهذه الأعراض لأول مرة بعد فشلها في شهادة البكالوريا ، حيث ظهرت عليها ملامح القلق والكره للأب ، والذي قام بشتيمها وضربها بسبب هذا الفشل ، فأصبحت شديدة الاستثارة ، وسريعة الغضب ، واندفاعية ، وكثيبة مع كثرة البكاء ، وضعيفة الشهية ، مع ظهور بعض الأعراض الجسدية كسقوط الشعر ، وآلام على مستوى البطن مع التقيؤ...إلخ.

2 - التاريخ المرضي السابق : تذكر المريضة أنها كانت تتميز ببعض الصفات منذ طفولتها ، كاستثارتها الزائدة ، وخفة حركاتها ، وفرط نشاطها ، ويظهر ذلك في سرعة كلامها بإسهاب لغوي كبير ؛ إذ تعيش المريضة منذ صغرها مشاكل عائلية وخلافات بين الأبوين ، وإحساسها الدائم بالخوف من تفكك أسرتها وسيطرة الأب ونعته بـ "الهمجي الظالم".

3 - مستوى الدافعية للعلاج : للمريضة رغبة قوية في التخلص من معاناتها ، واستقرار أوضاعها خصوصا فيما يخص الزواج ، ورغبتها أيضا في التخلص من القلق والأفكار السوداء ، والتي تراودها أحيانا كأن يتخلى زوجها عنها وتسوء أوضاعها ، ورغبتها أيضا في علاج حالة "العين" ، والتي تراها السبب الأساسي في تردي أوضاعها الزوجية والعلائقية.

ثالثا - تاريخ الحالة .

1 - المجال العائلي :

— الأب : على قيد الحياة ، وعمره 67 سنة ، ومستواه الدراسي جامعي ، أكمل دراسته بفرنسا ، ويعمل طبيب بيطري ، وهو الأخ الأكبر لسبعة إخوة ، أربع ذكور وثلاث إناث ، علاقاته مع أفراد أسرته غير جيدة ، فيميزها الخلافات الدائمة والعلاقات الفاترة ، كما يتميز بمزاج عصبي ، وكثير التذمر ، ويدقق في كل شيء مهما كان تافها ، يعارض أي شيء بلا سبب واضح .

— الأم : على قيد الحياة ، وعمرها 53 سنة ، وتركت التعليم في المرحلة الابتدائية ، هي طيبة وهادئة ، وقد تعرضت إلى مرض بسبب مشكل أو نقاش حاد بينها وبين زوجها (AFC) ، وتعاني من سمعة كبيرة بعد مرضها ، لا تكلف نفسها كثيرا بأعمال البيت بسبب المرض ، كما تساعدنا بناتها على ذلك.

لا يوجد تعدد الزوجات ، أو طلاق ، أو انفصال ، أو أمراض نفسية أو عقلية عند الزوجين ، أما الوضع المادي للأسرة فهو مريح ، ولكن الأب كثير البخل ، ولا يقوم بواجباته في الإنفاق المادي على الأسرة كما يجب ، ويُرغم الأبناء وحتى الزوجة بالتكليف بمصاريفهم .

— علاقة الوالدين ببعض : لا توجد بينهما قرابة وزواجهما كان تقليديا ، والعلاقة بينهما غير مستقرة ، فتسودها الخلافات المتكررة بسبب الطبع القاسي للزوج ، وكانت تصل به إلى درجة ضرب زوجته ، فهو الذي تسبب في مرضها .

— علاقة الوالدين بالأبناء : تصف الحالة الأم بأنها طيبة وحنونة مع جميع إخوتها ، وخصوصا معها على عكس الأب الذي يظهر قسوة كبيرة ولا مبالاة في تعامله معهم ، وينتقد تصرفاتهم دائما ولا يعجبه العجب ، وأناني ولا مبالي في كل شيء .

— الأخوة والأخوات : الأخ الأكبر عمره 32 سنة ، ومستواه الدراسي أولى ثانوي ، وهو يعمل كما أنه يدخن ، أما الأخ الثاني فعمره 24 سنة ، مستواه الدراسي أيضا توقف عند الثانوي ، أما

الأخت الرابعة فعمرها 23 سنة بمستوى الثالثة متوسط ، وأخيرا الأخت الصغرى عمرها 10 سنوات ، وتدرس في السنة الرابعة ابتدائي .

علاقة المريضة بأختها التي تليها غير جيدة بسبب غير هذه الأخيرة منها ، لأن المريضة تملك كما يقال " لسان حلو " ، وتجلب الناس بطريقة كلامها وتلقائيتها ، فهي محبوبة من طرف الناس أكثر منها ، لذلك يظهر تنافس كبير بينهما ، أما علاقتها بأخواتها الذكور فهي جيدة خصوصا الأخ الأكبر ، لأنها تحس بالراحة والطمأنينة في التعامل معه .

فعموما الجو المنزلي العام ، ويسوده النزاع والتوتر أكثر من التفاهم ، خصوصا مع الأب المسيطر واللامبالي والمتجبر ، أما عن نمط التنشئة السائد مع الحالة ، هو مزيج من التدليل (الأم) ، والسيطرة (الأب) ، أما الوالد المفضل للحالة هو الأم لأنها تفهمها وتقدرها .

2 - المجال الشخصي : ولدت الأم (ف) وولادة طبيعية في المستشفى ، وذلك بعد مرحلة حمل ونفاس مليئة بالقلق بسبب تصرفات الأب ، وكانت الحالة مرغوب فيها ، لأنها ولدت بعد ذكر .

نمط الرضاعة كان طبيعي لمدة ستة أشهر، والفطام في وقته والتسنين أيضا، لم تعرف مشاكل في ضبط الإخراج ، ولم تعاني من التبول اللاإرادي .

بداية المشي واللغة كانت في وقتها، ولم تعرف الحالة أي صعوبات في النطق أو مشكلة قضم الأظافر، ولكنها عرفت بنوبات الغضب وسرعة الاستشارة.

اللعب كان بشكل مبكر، كما كانت تحب اللعب مع الجماعة أيضا وعرفت بكثرة الأصدقاء، أما الاستجابة لمولد الأشقاء فكانت بتوتر وقلق خصوصا الإناث، كما عرف تاريخ طفولتها العديد من حالات الانفصال عن أمها، وذلك بسبب مشاحناتها مع الأب .

معاملة الأب للحالة منذ طفولتها تتميز بالجفاء ، والقسوة واللامبالاة ، أما الأم فهي حنونة ومتسامحة معها ، كانت تخیلات الحالة عن ذاتها في الصغر بصورة القوة وحب الظهور والتميز ، أما

الاتجاه العام السائد في الطفولة فكان يتميز بالشغب ، والتميز ، والفضول في معرفة الأشياء ، وأحيانا الصرامة ، والدقة.

3 – المجال التعليمي: دخلت (ف) المدرسة في السن الطبيعي أي ستة سنوات، وتكيفت مع المدرسة بشكل عادي، إذ كان مستواها الدراسي في المرحلة الابتدائية والمتوسطة جيد ، أما عن علاقاتها وصدقائها فكانت كثيرة ، ولكنها مع الأغلبية سطحية ،

أما في المرحلة الثانوية فقد تعرضت للفشل في شهادة البكالوريا ، والذي لم تكن تتوقعه ، فأثر هذا كثيرا على شخصيتها ومسار حياتها كما تقول ، فكان بمثابة جرح نرجسي عميق ، خصوصا عندما قابله موقف الأب الغير متفهم ، والذي أدخلها في تأنيب ضمير حاد ، إذ قام بضربها وشتمها أيضا ، فاعتبر هذا الموقف بمثابة الشرارة الكبرى التي حركت مشاعر العدوانية تجاه الأب القاسي.

تميزت علاقاتها مع المعلمين والأساتذة بالاحترام المتبادل، فكانت أحسن مرحلة تعليمية هي المتوسطة لوجود أساتذة جيدين ومتفهمين، أما بالنسبة للمواد المفضلة فكانت: الرياضيات ، والعلوم اللغة ، واللغة الفرنسية ، أما المواد المكروهة فكانت الأدب العربي والعلوم الاجتماعية .

الميل والهوايات المفضلة تمثلت في المطالعة ، وشغف معرفة الجديد في جميع المجالات، وتصفح مواقع الانترنت.

4 – التاريخ المهني : الميل المهنية للحالة كبيرة جدا ، فهي تحلم بالاستقرار في العمل بصفة دائمة ، وفي مجال تخصصها (التسويق) ، لأنها بعد فشلها في البكالوريا درست هذا التخصص في أحد مراكز التكوين المهني ، فهي تعمل الآن عون إداري في إطار عقود ما قبل التشغيل ، وهذا قليل على طموحاتها ولا يكفيها ، لأنها تقوم أحيانا بالإنفاق على المنزل وعلى علاج الأم ، وذلك بسبب بخل الأب ولامبالاته الدائمة حتى فيما يخص المرض والأمور الأساسية ، كما أنها تنوى الزواج والعمل في فرنسا ، لأنهم هناك كما تقول يقدرون جهد الناس وتفانيهم في العمل .

5 – المجال الجنسي والزواجي : اكتسبت الحالة معلوماتها الأولى حول الجنس في سن (8سنوات) ، وذلك عن طريق الصدفة ، فكرتها عن العلاقات الجنسية بين الوالدين كانت صدمة ، وقد كانت في نفس السن ، و الخبرات الجنسية الأولى والعادة السرية لا توجد ، واللعب الجنسي والعلاقات مع الأفراد من نفس الجنس ومع الجنس الآخر لا توجد أيضا ، وسن البلوغ والدورة الشهرية كانت في سن الرابعة عشر ، وعبرت الحالة عن ردة فعلها اتجاه هذا الموقف بالخوف والقلق ، أما الأم فكان موقفها عاديا .

لديها شغف لمعرفة كل الأمور الجنسية ، والاطلاع على صور من مواقع الانترنت أحيانا ، وذلك بدافع المعرفة والفضول ، وليس إلى درجة الإدمان .

الحالة مندفعة وشغوفة اتجاه خبرات الارتباط العاطفي، فهي تحب أن تكون محط إعجاب الرجال، أما عن نموذج الزوج المستقبلي فيجب أن يكون ثري، وحنون، وغير متكبر، وناضج، ولا يشبه والدها، وخصوصا صادق يفهمها ويقدرها.

6 – المجال الطبي: لم تعرف الحالة أمراض ظاهرة في الطفولة ما عدا الحمى والإسهال العادي، لا توجد أمراض نفسية أو عقلية بين أفراد الأسرة أو الأهل.

الصحة البدنية الحالية لـ (ف) تعرف بعض التدهور ، وذلك بسبب بعض الآلام على مستوى الظهر والرأس ، ولكنها زالت بمجرد زيارة الطبيب ، كما أنها تعاني أحيانا من ضيقة في الصدر والتنفس بسبب القلق والتوتر .

رابعاً - مصادر جمع المعلومات .

1- المقابلات .

أ – مقابلة الحالة : أجريت ستة مقابلات شخصية مع الحالة ، كان يمتد الوقت فيها من 45 د إلى ساعة تقريبا ، جمعت خلالها معلومات كثيرة عن تفاصيل حياة (ف) ، كما أجريت خلالها الاختبارات النفسية الأربعة ، والمریضة تحدثت بكل تلقائية وبكل صدق عن مشاعرها وأفكارها ،

وكانت جد متعاونة خلال جميع المقابلات ، لأن رغبتها في العلاج والتغيير ، وإصرارها على إيجاد الحلول كانت جد كبيرة .

ب – مقابلة الأهل : أجريت مقابلة واحدة مع الأم بسبب وضعها الصحي ، ولكنها كانت مفيدة في إعطائنا معلومات كنا نفتقدها عن الحالة ، كما عبرت خلالها عن قلقها إزاء وضعية ابنتها فيما يخص الزواج والسفر ، وكذلك إزاء تصرفات زوجها ، وسيطرته ، وبخله ، ومعاناة كل الأسرة من سلوكياته ، كما أنه يحمل (ف) نتيجة اختيارها في الزواج بكل سخرية و قسوة.

2 – الاختبارات : أجريت مع الحالة أربعة اختيارات نفسية ، وفيما يلي نتائج هذه الاختبارات:

أ – قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصابية : أوضحت نتائج تطبيق القائمة أن الحالة تعاني من ارتفاع بعض أبعاد المقياس والتي كانت كالتالي :

عدم الكفاية (11/5) ، الاكتئاب (6/3) ، القلق (9/7) ، الحساسية (6/4) ، الغضب (6/6) ، التوتر (9/7) .

ب – اختبار الصحة النفسية للشباب : حصلت الحالة على درجة 66 من 105 درجة ، فالحالة تعاني من صحة نفسية متوسطة .

ج – اختبار تقدير الذات : حصلت الحالة على درجة 45 من 99 ، فتقديرها لذاتها هو متوسط على العموم .

د – اختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) : أجري الاختبار في ظروف جيدة ، وأبدت الحالة رغبة كبيرة في إنجازه ، حيث كانت جد متعاونة ومتفهمة لخطوات تطبيقه ، واستغرق ذلك مدة ساعة تقريبا ، وقد تم تجميع السياقات المتشابهة في شبكة تحليل الاختبار كما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (33) : يبين خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) لحالة "العين" .

سياقات (E)	سياقات (C)	سياقات (B)	سياقات (A)
E1=2 E4=1 E6=2 E9=5 E11=1 E12=1 E14=3 E15=1 E17=1 E20=1 E=18	CP1=13 CP2=10 CP3=3 CP4=1 CP5=6 CP6=1 CP=34	B1.2=1 B1.3=2 B1.4=1 B1=5	A1.3=1 A1=1
	CN1=19 CN2=2 CN3=1 CN4=1 CN5=6 CN7=1 CN8=1 CN9=1 CN=32		
	CM1=4 CM=4		
	CC2=1 CC=1	B2.1=10 B2.3=10 B2.4=8 B2.5=1 B2.8=1 B2.9=6 B2.11=4 B2.12=2	A2.1=3 A2.2=2 A2.3=7 A2.6=6 A2.7=7 A2.8=12 A2.9=1 A2.11=6 A2.13=6 A2.14=1 A2.17=22
	CF1=18 CF2=4 CF3=19 CF=41	B2=42	A2=69

- الإشكالية العامة للاختبار :

الإنتاج القصصي الوفير ساهم في إبراز الإشكالية ، والتي تدور في الأساس حول الصراع الأوديبى وقلق الإحصاء ؛ صراع نفسي داخلي تمثل في قلق الانفصال ، وصراع نفسي علائقي تمثل في العلاقة بالأم والأب ، كما هناك تناقض وجداني مكبوت تجاه الأم ، وعدوانية مباشرة تجاه صورة الأب .

- التوظيف النفسي للحالة :

استنادا على معطيات المقابلات وخلاصة السياقات العامة للاختبار ، تبين أن الحالة تتميز بتوظيف نفسي وسواسي(هجاسي) نموذجي ، لأن سياقات الرقابة والتشدد ترافقت مع سياقات المرونة والواقعية ، فجعلت توظيفها النفسي مرنا ، ونموذجيا ، و غير صلب .

خامسا - اللوحة الإكلينيكية :

تم تحليل اللوحة الإكلينيكية للحالة وهي في حالتها الطبيعية.

- 1 - ملامح الوجه : وجه متجهم ، ومتوتر ، وعابس أحيانا .
 - 2 - الاتصال: كان الاتصال جد سهل مع الحالة ، فهي كثيرة الكلام وعفوية في الحوار .
 - 3 - النشاط العقلي: القدرات العقلية عادية، والحالة لها توجه زماني ومكاني عادي، ولديها وعي كامل بالأشخاص والأماكن.
- أ - اللغة : سليمة وبسيطة ، ومفرداتها عادية وتستعمل أحيانا لغة التهكم والمزاح في كلامها ، وخصوصا عندما تكون متوترة .

ب - الإدراك والتفكير: الإدراك عادي، ولكن محتوى التفكير تطغي عليه أحيانا أفكار الاضطهاد من الناس والمجتمع مع بعض الأفكار السوداوية والانهزامية ، كما تسيطر عليها فكرة الانبهار بالغرب .

ج - الذاكرة والانتباه : ذاكرتها جيدة مع بعض النسيان بسبب التوتر وكثرة الاستشارة والحركة الزائدة .

4 - النشاط الحركي: حركتها سريعة وغير متناسقة أحيانا.

5 - العلاقات الاجتماعية: متقلبة وغير مستقرة وأغلبها سطحية.

أ - العلاقة مع الأهل: مضطربة أيضا خصوصا مع أقاربها من جهة الأب، لأنه هو بدوره لديه جفاء من جهة والديه وإخوته وأهله، أما مع أهل الأم فهي جيدة وجد قريبة .

ب - العلاقة مع المحيط الخارجي: تختار الأصدقاء بدقة وحذر، كما أن زملاءها في العمل تتعامل معهم بصفة محدودة، ولا تضع الثقة الكاملة فيهم .

6 - المزاج والحالة الانفعالية.

أ - الحالة المزاجية السائدة : قلق وتوتر مع بعض الكآبة، ونتائج مقياس "كورنل" للنواحي العصابية توضح ذلك حيث يقدر الاكتئاب بـ (6/3) ، والقلق (9/5) ، والتوتر (9/7).

ب - التقلب في الحالة المزاجية : يوجد بكثرة .

ج - ملاءمة الاستجابات الانفعالية للمحتوى العقلي المعبر عنه : يوجد تلائم للانفعالات مع مواضيع النقاش .

7 - وضعية النوم : نوع عادي ولكن تتخلله أحيانا أحلام مزعجة .

8 - **وضعية الأكل** : هي عادية ، ولكن عند ازدياد المواقف الضاغطة تشعر برغبة قوية في الأكل لامتناس الغضب والتوتر.

9 - **مضامين الشكوى التلقائية** : تردد (ف) كثيرا كلمة "معنديش الزهر" ، " أنا كرهت من هذه البلاد ... باغي نحرق " .. الخ ، كما تشتكي كثيرا من غطرسة والده ، وظلمه ، وعدم تحمله المسؤولية ، وعدم مساعدتها واحتواءها وقت الأزمات ، وتتكلم كثيرا عن تعطل ملف التأشيرة ، وذلك بسبب حسد الناس والأقارب لها ، لأنها تزوجت في الخارج ..

سادسا - التشخيص النمائي :

من خلال عرض هذه اللوحة الإكلينيكية والاستعانة بمعايير (DSM IV) تم تشخيص الحالة كما يلي:

- **المحور الأول** : اضطرابات التكيف المزمنة مع توتر ومزاج اكتئابي (Trouble de l'adaptation à la fois anxiété et humeur dépressive) .

- **المحور الثاني** : اضطرابات الشخصية الوسواسية (Trouble de personnalité compulsive-obsessionnelle)

- **المحور الثالث** : الأم في المفاصل .

- **المحور الرابع** : مشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية : مشكلة صحية في العائلة (الأم) ، والانضباط الغير كافي للأب ؛ مشكلات مهنية : جدول عملي ضاغط ، وظروف عمل صعبة ، والاستياء من الوظيفة (أنظر الملحق رقم "2").

- **المحور الخامس** : يقدر مستوى الحالة في السلم العام للتقييم الوظيفي (EGF) من 51 إلى 60 (أنظر الملحق رقم "3").

سابعاً - النشاط العلاجي :

كان علاج الحالة تقليدياً (الرقية الشرعية)، فبدأت بعض الأعراض تزول تدريجياً، كضيق الصدر، والبكاء والتوتر، كما نصحتها الراقي الشرعي بضرورة ممارسة الرقية الشرعية الذاتية في البيت بقراءة القرآن الكريم، مع رقية جميع أرجاء المنزل لتزول آثار العين والحسد.

أما فيما يخص ألام المفاصل فشفيت تدريجياً منها بعد زيارة الطبيب، والذي أخبرها بأنها حالة عصبية، ونصحها بضرورة الابتعاد عن كل الضغوطات والمشاكل.

تذكر الحالة أنها لم تقصد أي مختص نفسي قصد الاستشارة أو العلاج، ولكنها كانت تفكر في ذلك.

أما العلاج النفسي المستعمل مع الحالة، فيعتمد في الأساس على العلاج النفسي التحليلي، والعلاج السلوكي، والعلاج المساند، والاسترخاء لإبعاد التوتر، والعلاج العائلي (العلاقة مع الأب).

2 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

تندرج الحالات التي تعاني من "المس"، و"السحر"، و"العين" ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي، غير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4 (DSM IV)، وهي غير مدرجة في المحاور الكبرى للاضطرابات النفسية للدليل، وإنما وضعت فقط على شكل ملحق يضم معجم لهذه الأمراض مع النموذج المتعلق بوظائف وأدوار الثقافة.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية، اعتمدنا في تشخيصنا على الملحق I (Annexe I) الموجود في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية رقم 4 (DSM IV).

حيث تم التأكد من أن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي، تأخذ أشكالاً من التنازلات المرضية (Des syndromes pathologiques) مرتبطة بالثقافة المميزة للأفراد، حيث وجد أنها تأخذ تسميات ومصطلحات محلية، ولكنها تُسوق وتستعمل على نطاق كبير وشامل من أرجاء

العالم ، فقد تنفرد وتخصص فيها مجتمعات معينة (Des thermes locaux) أو تشترك فيها كل المجتمعات (Des thermes internationaux) .

حيث وجد أن الحالة الأولى "المس" والثانية "السحر" تستجيب أو تتوافق مع معجم التناذرات المميزة لثقافة الفرد (Glossaire des syndromes propres à une culture donnée) في (Antoine CROCQ , 2005 : 1020-Julien Daniel GUELEFI et Marc) ، والتي تأخذ مصطلح (Rootwork) ، والذي يعني مجموعة التأويلات ذات الأصل الثقافي ، والتي تعطي أمراض تتعلق بالسحر والسحرة والشعوذة (Une maladies à des sortilèges ,de la magie ,de la sorcellerie) ، والتي وصلت مع حالة (ف.ز) إلى درجة الهذيان ، كما تتوافق حالة "السحر" مع تناذر الذي يأخذ مصطلح الهجمة الهذيانية (Bouffée délirante) الموجودة في هذا المعجم .

كما يمكن أن تعطي أمراض مرتبطة بالتأثير السلبي لأشخاص آخرين (La mauvaise influence d'une autre personne) ، فتعطي مجموعة من الأعراض تتعلق بالتوتر ، والاستثارة العامة ، وشكاوي معدية ومعوية (Plainte gastro – intestinal) مثل : التقيؤ ، والدوار، والإسهال ، والإعياء ، والذهول (étourdissement) ، والخوف من التسمم من الآخر ، وأحيانا الخوف من أن يُقتل ، وهذا يتطابق مع حالة (م.أ) المصاب بـ "المس" ، لأن كان لديه خوف من أن يقتله الجن الذي يسكنه ، ووصل به الأمر إلى درجة الانتحار ، كما تتوافق هذه الحالة مع تناذر الذي يأخذ مصطلح (Attaque de nervois) الموجود في المعجم .

هذه الأمراض موجودة في جنوب الولايات المتحدة الأمريكية ، وبالتحديد السكان الأمريكيين من أصل أفريقي أو أوروبي .

كما وجد أن الحالة الثالثة "العين" تستجيب للتناذر الذي يأخذ مصطلح (Mal de ojo) ، وهو تصور يوجد بصورة شائعة وشائعة في الثقافات المتوسطة وأماكن أخرى من العالم .

فالمصطلح هو اسباني ، وقد ترجم إلى الفرنسية بمصطلح (Mauvais œil) أي العين الشريرة ، ويصاب بها الأطفال على وجه الخصوص وأيضا النساء .

أما الأعراض المصاحبة لها تتمثل في نوم متقلب، وبكاء بدون أسباب واضحة ، وإسهال ، وتقيؤ ، وحمى ، وهذا يتوافق مع الأعراض التي ظهرت عند حالة (ف) .

3 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنتشر الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بنسب كبيرة بين الحالات المصابة بـ "المس" ، و"السحر" ، و"العين" .

وللتأكد من صحة هذا الفرض ، قمنا بحساب التكرارات والنسب المئوية للاضطرابات الانفعالية والمزاجية الستة ، وذلك انطلاقاً من حساب الوسيط لكل اضطراب معين ، كما هو مبين في الجداول الموالية .

الجدول رقم (34) : يبين النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "المس" (العينة الأساسية) .

النسبة المئوية (%)	عدد أفراد العينة (ن)	التكرار (ك)	الوسيط	الاضطرابات الانفعالية و المزاجية
90 %	10	9	5	عدم الكفاية
70 %	10	7	3	الاكتئاب
100 %	10	10	4	القلق
100 %	10	10	3	الحساسية
100 %	10	10	4	الغضب
100 %	10	10	4	التوتر

نلاحظ من خلال هذا الجدول الشيع الكبير والمعتبر للاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "المس" ، مع وجود اختلاف جد بسيط بين الاضطرابات الستة ، حيث تتراوح نسب شيعها ما بين 70 % إلى 100 %.

إذ يشيع اضطراب القلق ، والحساسية ، والغضب ، والتوتر بنفس النسبة حيث قدرت بـ 100% ، يليه اضطراب عدم الكفاية بنسبة 90 % ، ثم اضطراب الاكتئاب بنسبة 70 % .

الجدول رقم (35) : يبين النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "السحر" (العينة الأساسية).

الاضطرابات الانفعالية و المزاجية	الوسيط	التكرار (ك)	عدد أفراد العينة (ن)	النسبة المئوية (%)
عدم الكفاية	5	17	18	94,44%
الاكتئاب	3	13	18	72,22%
القلق	4	15	18	83,33%
الحساسية	3	16	18	88,33%
الغضب	4	14	18	78%
التوتر	4	17	18	94,44%

نلاحظ من خلال الجدول الشيع الكبير للاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "السحر" ، مع وجود اختلاف بسيط بين الاضطرابات الستة ، حيث تتراوح نسب شيوعها ما بين 72,22% إلى 94,44% .

إذ يشيع اضطراب عدم الكفاية والتوتر بنفس النسبة حيث قدرت بـ 94,44% ، يليه اضطراب الحساسية بنسبة 88,33% ، ثم اضطراب القلق بنسبة 83,33% ، ثم اضطراب الغضب بنسبة 78% ، وأخيرا اضطراب الاكتئاب بنسبة 72,22% .

الجدول رقم (36) : يبين النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات " العين " (العينة الأساسية) .

الاضطرابات الانفعالية و المزاجية	الوسيط	لتكرار (ك)	عدد أفراد العينة (ن)	النسبة المئوية (%)
عدم الكفاية	5	15	17	88,23%
الاكتئاب	3	10	17	59%
القلق	4	9	17	53%
الحساسية	3	12	17	71%
الغضب	4	11	17	65%
التوتر	4	14	17	82,35%

نلاحظ من خلال الجدول الشيعوع الكبير للاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "العين" ، مع وجود اختلاف متوسط بين الاضطرابات الستة ، حيث تتراوح نسب شيعوعها ما بين 53 % إلى 88,23 % .

الجدول رقم (37) : يبين المقارنة بين النسب المئوية لمدى شيعوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين المجموعات الثلاثة .

حالات العين			حالات السحر			حالات المس			الاضطرابات الانفعالية و المزاجية
%	ن	ك	%	ن	ك	%	ن	ك	
88,23	17	15	94,44	18	17	90	10	9	عدم الكفاية
59	17	10	72,22	18	13	70	10	7	الاكتئاب
53	17	9	83,33	18	15	100	10	10	القلق
71	17	12	88,33	18	16	100	10	10	الحساسية
65	17	11	77,77	18	14	100	10	10	الغضب
82,35	17	14	94,44	18	17	100	10	10	التوتر

يظهر من خلال الجدول أن النسب المئوية لمدى شيعوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى حالات "المس" هي أكبر بقليل من حالات "السحر" ، وأكبر منها بقليل من حالات "العين" .

ويظهر ذلك جليا في الأبعاد الأربعة الأخيرة (القلق ، والحساسية ، والغضب ، والتوتر) ، حيث وجدت عند حالات "المس" بنسبة 100 % في كل الأبعاد المذكورة ، وتراوحت عند حالات "السحر" ما بين (78 و 94,44) تقريبا ، في حين تراوحت عند حالات "العين" ما بين (53 و 82,35) تقريبا .

كما أن بعض الأبعاد تشيع بصورة كبيرة في المجموعات الثلاثة مقارنة بالأبعاد الأخرى، ولكن بنسب بسيطة التفاوت (عدم الكفاية ، والحساسية ، والغضب ، والتوتر) .

وبالتالي هناك تقارب في النسب بين حالات "المس" و"السحر" من حيث اضطراب الاكتئاب ، في حين يوجد اختلاف بين هذه النسب من حيث هذا الاضطراب بين حالات "المس" و"العين"، وبين "السحر" و"العين" بنسب متوسطة التفاوت .

إذن اضطراب الاكتئاب يشيع بنسبة كبيرة ومقاربة بين حالات " المس" و"السحر" ، ويشيع بنسبة فوق المتوسط بين حالات "العين" ولكنه أقل وطأة وشدة مقارنة بـ حالات "المس" و"السحر" .

أما اضطراب القلق ، فإنه يشيع بين حالات "المس" بنسبة 100 % ، بين حالات "السحر" بنسبة 83,33 % ، وبين حالات "العين" بنسبة 53 % ، وبالتالي هناك شبه تقارب في النسب بين حالات "المس" و"السحر" من حيث اضطراب القلق ، في حين يوجد اختلاف بين هذه النسب من حيث هذا الاضطراب بين حالات "المس" و"العين" ، وبين حالات "السحر" و"العين" بنسب متوسطة التفاوت .

إذن اضطراب القلق يشيع بنسبة كبيرة وشبه مقاربة بين حالات "المس" و"السحر" ، ويشيع بنسبة فوق المتوسط بين حالات "العين" ، ولكنه أقل وطأة وشدة مقارنة بـ حالات "المس" وحالات "السحر" .

الجدول رقم (38) : يبين النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لعينة الدراسة الأساسية .

الاضطرابات الانفعالية و المزاجية	الوسيط	التكرار (ك)	عدد أفراد العينة (ن)	النسبة المئوية (%)
عدم الكفاية	5	41	45	91,11%
الاكتئاب	3	30	45	67%
القلق	4	34	45	75,55%
الحساسية	3	38	45	84,44%
الغضب	4	35	45	78%
التوتر	4	41	45	91,11%

نلاحظ من خلال الجدول الشيعوع الكبير للاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى كل الحالات المدروسة سواء كانت "المس" أو "السحر" أو "العين"، مع وجود اختلاف بسيط بين الاضطرابات الستة الميينة في الجدول ، حيث تتراوح نسب شيعوعها ما بين 67 % إلى 91,11 %.

إذ يشيع اضطراب عدم الكفاية والتوتر بنفس النسبة حيث قدرت بنسبة 91,11 % ، يليه اضطراب الحساسية بنسبة 84,44 % ، ثم اضطراب القلق والغضب بنفس النسبة تقريبا حيث تراوحت ما بين 75,55 % إلى 78 % ، ثم يليه في الأخير اضطراب الاكتئاب بنسبة 67 %.

ويمكن التأكد من سبب الشيعوع الكبير للاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الحالات المدروسة ، وذلك عن طريق دراسة العلاقة الارتباطية بين حالات ("المس" ، و"سحر" ، و"عين") والاضطرابات الانفعالية والمزاجية .

وللتحقق من هذا قمنا بحساب معامل الارتباط للاتفاق (C) ، وقد أسفرت المعالجة الإحصائية على النتائج التالية :

الجدول رقم (39):يمثل التكرارات الحقيقية والتكرارات المتوقعة لحالات "المس" ، و "السحر" ، و"العين" .

المجموع	التوتر	الغضب	الحساسية	القلق	الاكتئاب	عدم الكفاية	إم الحالات المدروسة
56	10	10	10	10	7	9	حالات المس
	11	10	10	9	8	11	
92	17	14	16	15	13	17	حالات السحر
	17	15	16	14	13	17	
71	14	11	12	9	10	15	حالات العين
	13	11	12	11	10	13	
219	41	35	38	34	30	41	المجموع

وعليه يمكن تلخيص نتائج تطبيق معامل الارتباط للاتفاق (C) كالتالي:

الجدول رقم (40) : يبين نتائج معامل الارتباط للاتفاق (C) .

مستوى الدلالة المعنوية 0,05	DF	ك ج 2	ك ت 2	C	ن
غير دالة	10	18,30	1,13	0,07	219

يتضح من خلال هذا الجدول أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية ، بين الحالات التي شخصت من منظور ثقافي شعبي على أنها حالات "مس" ، أو "سحر" ، أو "عين" ، والاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، لأن ك ت 2 أصغر من ك ج 2 عند درجة حرية (DF) تساوي 10 ، و مستوى دلالة معنوية يقدر بـ 0,05.

4 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة :

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصحة النفسية وتقدير الذات لدى حالات الدراسة.

وللتأكد من صحة هذا الفرض ؛ قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الصحة النفسية ، ودرجات تقدير الذات لعينة البحث ، وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

الجدول رقم (41) : يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون بين درجات مؤشرات الصحة النفسية ، ودرجات تقدير الذات للعينة الأساسية .

مستوى الدلالة المعنوية 0,01	T ج	T ت	ر	الانحراف المعياري	المتوسط	درجة الحرية (ن-2)	ن
دالة	2,70	3,91	0,51	17,02	54,04	43	45
				3.21	46		

يظهر من نتائج الجدول أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً وقوية جداً بين مؤشرات الصحة النفسية ومستويات تقدير الذات ، لأن النسبة التائية التجريبية أكبر من النسبة التائية الجدولية ، عند مستوى الدلالة المعنوية 0,01 ، ودرجة الحرية 43 ، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجات الصحة النفسية لدى أفراد العينة ، ترتفع بالضرورة مستويات تقدير الذات عندهم .

5 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

— توجد فروق دالة إحصائياً بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية.

وللتأكد من صحة هذا الفرض؛ قمنا بتحليل التباين أحادي التصنيف، وذلك باستعمال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم لاجتماعية (SPSS)، وقد كانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (42) : يبين نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفرق بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية (العينة الأساسية).

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	التباين	النسبة الفائية التجريبية	النسبة الفائية الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية
ما بين المجموعات	503,96	2	251,98	3,19	3,23	0,05
داخل المجموعات	3313,23	42	78,88			
المجموع	3817,2	44	330,86			

يظهر من خلال الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين "المس"، و"السحر"، و"العين" ، من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، لأن النسبة الفائية التجريبية أصغر من النسبة الفائية الجدولية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 ، ودرجة الحرية 2 ما بين المجموعات ، و42 داخل المجموعات .

- توجد فروق دالة إحصائية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين"، من حيث مؤشرات الصحة النفسية.

وقد قمنا بالتأكد من صحة هذه الفرضية من خلال تحليل التباين أحادي التصنيف، وذلك باستعمال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد أسفرت النتائج على ما يلي :

الجدول رقم (43): يوضح نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفرق بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث مؤشرات الصحة النفسية (العينة الأساسية).

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	التباين	النسبة الفئوية التجريبية	النسبة الفئوية الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية 0,05
ما بين المجموعات	460,87	2	230,43	0,78	3,23	غير دالة
داخل المجموعات	12297,04	42	292,78			
المجموع	12757,91	44	523,21			

يوضح الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين "المس"، و"السحر"، و"العين"، من حيث مؤشرات الصحة النفسية، لأن النسبة الفئوية التجريبية أصغر من النسبة الفئوية الجدولية، عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05، ودرجة الحرية 2 ما بين المجموعات، و42 داخل المجموعات.

- توجد فروق دالة إحصائية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث مستوى تقدير الذات.

وقد حاولنا التأكد من صحة هذا الفرض من خلال تحليل التباين أحادي التصنيف، وقد كانت النتائج كما يلي :

الجدول رقم (43) : يوضح نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفرق بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث مستوى تقدير الذات (العينة الأساسية).

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	التباين	الفائفة النسبة التحريبية	الفائفة النسبة الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية 0,05
ما بين المجموعات	1609,75	2	804 ,87	1,92	3,23	غير دالة
داخل المجموعات	17532,41	42	417,44			
المجموع	19142,57	44	1222,31			

يظهر من خلال الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث مستويات تقدير الذات ، لأن النسبة الفائفة التحريبية أصغر من النسبة الفائفة الجدولية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 ، ودرجة الحرية 2 ما بين المجموعات ، و44 داخل المجموعات .

ثانياً — تفسير ومناقشة نتائج الدراسة .

1 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى :

من خلال دراسة الحالات المصابة بـ "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، وذلك من حيث تاريخها العائلي ، والشخصي ، والتعليمي ، والمهني ، والجنسي والزواجي ، وتاريخها المرضي ، وتحليل اللوحة الإكلينيكية الخاصة بها ، وتشخيصها وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4 (DSM IV) ، وذلك بالاعتماد على نتائج الاختبارات النفسية الأربعة المطبقة على الحالات ؛ تبين أن الحالات الثلاثة تعاني من وجود بنية نفسية مرضية تجعلهم أكثر استعداداً من غيرهم للإصابة بالمرض .

واختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) ، يجيب ويؤكد بشكل واضح ودقيق على الفرضية الأولى ، حيث تبين أن (م.أ) المصاب بـ "المس" يتميز ببنية هستيرية (Structure histrionique) ،

وبالتحديد بنية هستيرية لا نموذجية خطيرة ، وذلك انطلاقا من تحليل السياقات العامة لاختبار (TAT) المبين في الجدول رقم (31) ، وبالاعتماد على شبكة الفرز لـ"شتوب" سنة 1990 المبينة في الجدول رقم (30) ، و شبكة التحليل في (عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة ، 2008 :193-206)

وقد تبين أيضا من خلال دراسة الحالة الثانية (ف.ز) المصابة بـ"السحر" ، أنها تتميز ببنية من النمط الفصامي (structure schizotypique) ، وذلك انطلاقا من تحليل السياقات العامة لاختبار (TAT) المبين في الجدول رقم (32) ، وبالاعتماد على نفس شبكة الفرز والتحليل.

كما اتضح جليا من خلال دراسة الحالة الثالثة (ف) المصابة بـ"العين" ، أنها تتميز ببنية وسواسية (Une structure obsessionnelle compulsive) ، وبالتحديد بنية وسواسية نموذجية ، وذلك انطلاقا من تحليل السياقات العامة لاختبار (TAT) المبين في الجدول رقم (33).

والنتائج المحصل عليها يؤكدها "بودي - Boddy . J" في (عزة شرارة بيضون ، 1998 : 145) ، حيث يرى أن الرغبة العامة للجن في مس الإنسان تكاملها قابلية هذا الأخير لذلك ، وتحدد أحواله وسماته الشخصية ، وضغوط واقعية ، أو تعرضه في تاريخه الشخصي لحوادث هلعة وقوية ، فالإنسان المكتئب أو القلق أو المريض هو هدف سهل للإصابة بالمس.

كما يؤكد هذه النتيجة "راسي - Racy.J" في (نفس المرجع السابق : 145) كون الشخص الذي يعيش وضعية ضاغطة على المستوى العاطفي والعلائقي (خلاف ، أو فقدان حبيب ، أو موت عزيز) هو أيضا معرض للمس.

وهذه النتائج تتفق مع ما خلصت إليه دراسة الحالة الأولى ، والتي تؤكد تعرض (م.أ) خلال مسار حياته لمجموعة من الضغوط على المستوى النفسي ، والعاطفي ، والعلائقي منذ الصغر (ضغوطات وقلق أثناء الحمل والنفاس ، وخلافات بين الأبوين ، ومشاكل السكن والاستقرار) .

والنتائج المحصل عليها يؤكدتها أيضا "ميخائيل أسعد" في (العيسوي عبد الرحمن ، 1983 : 23) في كون الشخصية التي لديها استعداد فصامي (الحالة الثانية) ، تكون أكثر قابلية للسحر من الشخصية التي ليس لديها هذا الاستعداد .

كما يرى الباحث في (نفس المرجع السابق: 22 - 23) أن الحسد هو نوع من أنواع السحر الذي يؤثر الحاسد بواسطته على المحسود ، وأول الخصائص التي تتوفر عادة في الشخص المسحور أو المحسود قابليته الشديدة للإيحاء .

كما يفترض الباحث في (المرجع نفسه: 24-25) أن عين الحسود تؤثر بشكل أقوى في الشخصية الانطوائية أكثر من تأثيرها في الشخصية الانبساطية ، لأن الانبساطي يكون معتمدا على الواقع الخارجي في اندفاع نشاطه الحيوي باتجاهه ، مما يحول دون وصول التأثير النفسي من شخص آخر إليه .

ومعنى هذا أن الحسد والسحر لا يصيبان الناس جميعا بنفس المدى، بل يعتمد التأثير في الحالتين على مدى استعداد المؤثر بالمتأثر، وكلما كان النشاط داخليا بالنفس الإنسانية كان الاستعداد بالتأثير أقوى والعكس صحيح.

كما تتفق هذه النتائج مع ما يؤكدته (علي بن حسن الحلبي الأثري ، 1996: 47-49) في أن انتشار العلاج بالقرآن الكريم ، ورؤية الناس لبعض حالات المس ، وانتشار القصص سواء من المترددين أو من بعض الكتب ؛ أصبح يساعد على انتشار الوهم في نفوس الناس وسط مشاكل الحياة الكثيرة .

فقد كان لخوف الناس من الجن والشياطين دور كبير في حصول هذا الوهم ، وبدأ الكثير من الناس يربط بين إصابته بمرض معين ، أو مشكلة أو خلاف زوجي عادي ، بأن عين أصابته أو أصابه مس أو سحر ، ثم تعطي أعراضا يحس بها .

وقد يتوهم بعض الناس بأنه مصاب بالسحر، فيشوش فكره، وتضطرب حياته، وتحتل وظائف غدده ، ثم يوحى لنفسه بأنه مسحور ، فتظهر عليه علامات المس أو السحر، وربما تحدث له تشنجات أو إغماء بما يسمى بالإيحاء الذاتي.

ويشير الكاتب أن المترددين على المعالجين بالقرآن الكريم ، نسبة كبيرة منهم مرضى بالوهم أي هم أشخاص موهومين أو ممثلين ، والقلة القليلة من به مس من الجن ، حتى وإن كان به بعض الأعراض ، لأن استمرار القلق بسبب توهمات الإصابة بالمس ؛ يسبب فعلا أمراض عضوية حقيقية ، وتصبح الآلام صادرة عن إصابة في الجسد ، وليس مجرد توترات وتقلصات .

وكل هذه النتائج تتوافق مع دراسة الحالات الثلاثة حيث يتميزون بـ :

- القابلية الشديدة للإيحاء (تغير الأعراض بمجرد الذهاب إلى المعالج التقليدي).

- تعرضوا لضغوطات أسرية ومجتمعية قبل الإصابة بالمرض (خلافات بين الأبوين، أو انفصال عن الوالدين في الصغر ، أو قسوة الأب ، أو الصرامة في التربية ، أو مشاكل اقتصادية أو معيشية أو تكيفية ..إلخ) .

- يتميزون بتفكير خرافي بكل مميزات وخصائص العقلية الخرافية التي ذكرت سابقا .

- يدعم محيطهم العائلي والخارجي هذه الخرافات ويؤكد لها ، وهذا ما يجعلهم أكثر استعداد ، وإيحاء ، وتأثرا بها .

- يسيطر عليهم التوهم والتخيل بكل أنواعه سواء على مستوى الأفكار ، والمشاعر ، والسلوك ، والجسد ، فينتج عن هذا قلق ، وتوتر، واكتئاب ، أو أمراض عضوية كما رأينا في تشخيص الحالات ، والتي وصلت في الحالات القصوى إلى درجة الهلوسة والهذيان(حالة السحر)، أو الانتحار(حالة المس).

2 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية .

تتسم الحالات العيادية بمجموعة من الأبعاد الثقافية والاجتماعية (الأسرة والمجتمع) ، والتي أعطتها صبغة ثقافية معينة ، فأخذت تسميات تتعلق بالثقافة المحلية ، كما قد تشترك فيها ثقافات عالمية أخرى ، فأصبحت تشكل تناذرات مرضية متعلقة بطبيعة وخصوصية الفرد الثقافية .

فهذه الحالات تصنف ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي ، غير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4 (DSM IV) ، والموجودة على شكل ملحق خاص يضم معجم لهذه الأمراض مع النموذج المتعلق بوظائف وأدوار الثقافة .

ونفسر ذلك كون هذه الحالات هي في حقيقة الأمر عبارة عن اضطرابات نفسية أعراضها تشبه إلى حد كبير تلك الموجودة في المحاور الكبرى للاضطرابات النفسية والعقلية الموجودة في (DSM IV) ، وخصوصيات الثقافات أعطتها هذه التسميات وهذه الأسباب أو الدوافع مثل (Rootwork Mal de ojo , attaque de nervois , Bouffée délirante) وغيرها .

لذا فقد وضعت هذه التناذرات في ملحق خاص ، يضم كل الأمراض الناتجة عن تأثير الثقافة ، إضافة إلى النموذج المتعلق بوظائف وأدوار الثقافة بكل أبعادها والمتمثلة في :

أ - الهوية الثقافية للفرد :

والمتعلقة بنوع الدين المعتمد للحالات المدروسة (الدين الإسلامي) ، العادات والتقاليد مرتبطة بالثقافة المحلية (عادات عربية وإسلامية) ، واستعمال اللغة العربية ، ولا يوجد استعمال أو تفضيل للغات أخرى ، ما عدى الحالة الثالثة (العين) ، والتي تفضل استعمال اللغة الفرنسية أحيانا ، كما لديها انبهار بالثقافات والعادات الأوروبية والغربية .

ب - التفسيرات الثقافية للمرض :

تأخذ طابع التهويل في التفسير واللامسؤولية ، بإرجاعها إلى عوامل خارجة عن إرادة الإنسان (الجن والسحر) ، مما يجعل المريض يحس بنوع من الراحة والطمأنينة .

فتأويلات المرض النفسي ودلائله ترجع إلى نمط التنشئة التي تعتمد عليه الأسرة ، واتجاهاتها ، وأفكارها الخرافية ، والتي استمدت من معتقدات قديمة ترجع إلى عصور سابقة ، وحتى وإن شخصها الأطباء والنفسانيين على أنها أمراض نفسية أو عضوية ، فقوة المعتقدات والتصورات الخرافية حول المرض النفسي تجعلهم لا يقتنعون بالأمر ؛ إذ يفضلون التفسير الثقافي السائد والمقبول من الآخر على التفسير العيادي للمرض .

ج - العوامل الثقافية المتعلقة بالمحيط النفسي الاجتماعي ومستويات التوظيف:

الحالات الثلاثة تعاني من تأثير العوامل الثقافية في تفسير المرض النفسي ، وذلك بإرجاعه إلى قوى خفية ، لأن أول ما يلجأ إليه المريض غالبا في الثقافة المحلية ، وذلك عندما يحس ببعض الأعراض أو التغيرات كالقلق ، أو الاكتئاب ، أو البكاء ، أو تعطل قضاء الحاجات ، أو الإخفاق .. إلخ ، هو اللجوء إلى المعالج التقليدي بكل أنواعه وانتماءاته ، وعدم التفكير في إمكانية وجود المرض النفسي أو العقلي لأنه يعتبر من الطابوهات .

وهذا يؤكد أن الثقافة المحلية للحالات المدروسة ما زالت بدائية وتتسم بالخرافية ، إذ أن المحيط الأسري (المحيط النفسي الاجتماعي) يؤثر كثيرا على قرارات المريض واختياراته العلاجية .

د - المحددات الثقافية التي تربط الفرد بالمعالج العيادي :

هناك العديد من النقاط المشتركة بين الحالات المدروسة والمعالج العيادي (الباحثة) ، فلا يوجد اختلاف في الثقافة المحلية ، أو صعوبة في الاتصال مع الحالات ، لأنها تستعمل اللغة الأم (العربية)، تتدين بالإسلام ، وتتشرك في العادات والتقاليد ، لأن الحالات الثلاثة من منطقة الغرب الجزائري.

كما لا توجد صعوبة في معرفة الأعراض أو فهم الدلائل الثقافية للمرض ، أو صعوبة في إقامة علاقة موضوعية مبنية على نوع من الاحتواء والدفع ، أو صعوبة في تشخيص المرض ، بل بالعكس كل الحالات كانت جد متفهمة ولها رغبة قوية في العلاج ، كما أنها عقدت ثقة كبيرة في المعالجة منذ المقابلات الأولى ، مما سهل من عمليتي التشخيص والتكفل النفسي .

هـ - التقييم الثقافي العام من أجل التشخيص والتكفل:

التشخيص والتكفل بالمرض عند الحالات الثلاثة اعتمد على التأويلات الثقافية والاجتماعية (التشخيص والعلاج التقليدي) ، وابتعد كثيرا عن التشخيص المرضي الموضوعي والمتخصص (التشخيص والعلاج العيادي) ، مما جعل التكفل بالمرض يأخذ طابعا سحريا وخرافيا ، وذلك عن طريق تفضيل استعمال العلاج التقليدي بكل أنواعه (رقية شرعية ، أو شعوذة ، أو أعشاب ، أو حجامه .. إلخ) .

فالتقييم الثقافي للمرض والذي يعتمد على المعتقدات الخرافية يزيد من تفاقم المرض بسبب سوء التشخيص ، وبالتالي تأخر استعمال العلاج المناسب والمتخصص سواء كان طبيا أو نفسيا.

وهذا ما يؤكد مصير الحالات المدروسة ، ففي حالة (المس) وصلت الأعراض إلى درجة الشروع في الانتحار ، والثانية (السحر) إلى درجة الهذيان ، أما الحالة الثالثة (العين) فوصلت الأعراض إلى درجة الخلاف والتأزم في العمل (تغيير المنصب) ، والأسرة ، ومع الزوج ، وعدم القدرة على البقاء في الوطن الأم (هوس الهجرة) .

3 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

تؤكد النتائج المتحصل عليها على أن المجموعات المدروسة سواء كانت حالات "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" تعاني من وجود اضطرابات نفسية ، وبالتحديد عصابية (انفعالية ومزاجية) معتبرة ، وهذا ما يؤكد الشيع الكبير والمهم لها في المجموعات الثلاثة ، مع بعض التفاوت البسيط فيما بينها .

فالأفراد الذين يعانون من "المس"، أو "السحر"، أو "العين" يعيشون حالة من الارتباك والحيرة، ممزوجة بمشاعر نقص الخبرة في الحياة العامة، وكذا الشعور العام بالحزن، والمصحوب باليأس والتشاؤم ، والرغبة في الانتحار أحيانا ، والتوقع والخوف من المجهول والضجر ، وضعف التركيز وسرعة الانفعال.

كما يعانون أيضا من الحساسية الزائدة عن العادة، والحجل، وتوقع الأذى من الآخر ، وسرعة الغضب ، والاستثارة الزائدة ، والعصبية الشديدة مصحوبة أحيانا بعدوانية ذاتية أو خارجية.

فالشيوع الكبير والمعتبر للاضطرابات الانفعالية والمزاجية (العصبية) ، يؤكد على أن هذه الحالات ما هي في حقيقة الأمر ؛ إلا اضطرابات نفسية عصبية طغت عليها صبغة الثقافة الشعبية فسميت سواء بحالات "المس"، أو "السحر"، أو "العين" .

فأخذت هذه الحالات تسميات ، ومظاهر ، وأعراض مختلفة ومتباينة، ولكنها تعكس حقيقة واحدة وأساسية ؛ ألا وهي وجود المرض النفسي .

والسبب في أخذ الاعتبار بالمرض النفسي كسبب للتغير في السلوك واضطرابه قبل الأخذ بـ "المس"، أو "السحر" ، أو "العين" ، يرجع إلى كون الأمراض النفسية هي شائعة جدا بالمقارنة مع الحالات الحقيقية لـ "المس"، و"السحر"، و"العين" ، وخاصة في عصر كثرت فيه الضغوط والتناقضات بكافة أنواعها ، فما أكثر ما نتعرض له من مواقف يومية وانفعالات متغيرة ومستمرة .

كما أن عدم وجود العلاقة الإرتباطية بين حالات ("المس"، و"السحر"، و"العين") والاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، يؤكد بوضوح أن هذه الاضطرابات هي ناتجة عن البنية الهشة ، والضعيفة ، والمضطربة لشخصية من اعتبروا أنهم "ممسوسين" ، أو "مسحورين" ، أو "معيونين" ، وليس نتيجة للتصنيف المرضي الثقافي لهذه الحالات .

فهذه الاضطرابات ترتبط بالشخصية من حيث بنيتها ، ومكوناتها ، وخصائصها ، وسماتها ، وليس من حيث البعد الثقافي الذي تحمله .

فعدم وجود العلاقة الارتباطية يؤكد ويشرح بامتياز ؛ أنه ليست كل الاضطرابات النفسية هي ناتجة عن وجود "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، وذلك رغم وجود بعض الحالات الحقيقية النادرة الحدوث وليست الوهمية ، وإنما هي ناتجة عن بنية ومكونات الشخصية متأثرة بمظاهر وخصائص الثقافة الشعبية من معتقدات ، وطقوس ، وخرافات ، وهي التي أعطتها هذه الصبغة ، فأصبحت تنسب الكثير من الاضطرابات النفسية إلى وجود حالة من "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" .

وبالتالي يمكن القول أن أغلب حالات "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، ما هي في حقيقة الأمر إلا اضطرابات نفسية ، وأصحابها هم مرضى بالوهم ، تأثروا بالخرافات والمعتقدات السائدة في المجتمع ، وذلك بسبب ضعف وهشاشة شخصياتهم ، وتمتعهم ببنية نفسية مرضية ، وسوء صحتهم النفسية وتقديرهم السيئ لذاتهم ، والقلّة القليلة من لديهم حالات حقيقية من "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" .

وهذا ما أثبتته نتائج الفرضية الأولى ، كون الحالات الثلاثة المدروسة عياديا تملك كلها بنية نفسية مرضية تجعلهم أكثر استعدادا للإصابة بالمرض ، وهذا التطابق في النتائج بين الفرضيات ، هو دليل على صدق نتائجها في المحمل .

4 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

العلاقة الارتباطية الموجبة والقوية جدا بين مؤشرات الصحة النفسية ومستويات تقدير الذات ، تؤكد على أن مستويات الصحة النفسية لدى أفراد العينة ، ترتبط ارتباطا قويا بمستويات تقدير الذات عندهم .

والسبب في ذلك يعود إلى وجود مظاهر وخصائص مشتركة بين مؤشرات الصحة النفسية (مقياس الصحة النفسية للشباب) ، وتقدير الذات (مقياس تقدير الذات) .

فالفرد الذي لا يتمتع بصحة نفسية جيدة ، ينعكس هذا بالضرورة على تقديره لذاته ، لأن الصورة السلبية التي يراها الفرد عن نفسه وعن علاقاته بالآخرين ، هي دليل على اختلال صحته النفسية .

فتقدير الذات السيئ يتجسد في تدني الصحة الجسدية والنفسية للفرد وعدم رضاه عنهما ، وعدم تمتعه بالقدرات العقلية الأساسية ، وعدم تقبله للمظهر الخارجي له ، وسوء علاقته بالأسرة وبالعالم الخارجي ، وعدم قدرته على تحقيق السعادة ، وعدم الاستمتاع بوقت الفراغ ، وعدم تحقيق الأهداف المرجوة ، وتكوين فلسفة سالبة عن الشخصية .

وكل هذه المظاهر هي شبيه ولها علاقة جد قوية بتلك المظاهر التي تظهر في سوء الصحة النفسية لهذا الفرد ، كعدم تقبله لذاته ، ومظاهر القصور العضوي الموجودة عنده ، ونقص ثقته بنفسه ، والشعور باللا كفاءة ، ووجود أنماط سلوكية مرضية عنده ، والتي تظهر في عدم نضجه الانفعالي ، وعدم قدرته على مواجهة الصراعات النفسية ، والتي تعوق مشاركته الفاعلة في الحياة الاجتماعية ، فلا يستطيع تكوين علاقات إنسانية سليمة ، لأنه لا يملك القدرات العقلية على توظيف طاقاته وإمكانياته في أعمال مفيدة ، والتي تشعره بالرضا وبالإشباع ، وبالتالي لا يستطيع ملاً وقت فراغه والاستماع به بصورة جيدة .

هذا التشابه في المظاهر والخصائص بين مؤشرات الصحة النفسية وتقدير الذات ، هو الذي يفسر العلاقة الارتباطية القوية جدا والموجبة بينهما .

وهذه النتيجة هي دليل على صدق نتائج البحث ، لأنها أكدت على أن كلا من اختبار الصحة النفسية للشباب ، واختبار تقدير الذات ، يمكن اعتبارهما **محك صدق** بالنسبة للاختبار الآخر .

5 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

عدم وجود الفروق بين حالات "المس"، و"السحر"، و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية ، يؤكد على أن هذه الحالات تعيش نفس المشكل النفسي ، فهي تعبر عن أشكال مختلفة لعملة واحدة ألا وهي الاضطراب النفسي .

فأغلب الأفراد الذين يعانون من "المس"، أو "السحر"، أو "العين" من المنظور الثقافي الشعبي ، حقيقة هم أفراد يعانون من وجود نفس الاضطراب النفسي من المنظور النفسي العيادي (الشيوع الكبير لها حسب نتائج الفرضية الثالثة) ، مع وجود بعض الاختلاف من حيث حدة أعراضه ومسبباته (التفاوت البسيط بين بعض الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى الحالات المدروسة).

فعدم وجود الفروق بين هذه الحالات من حيث الاضطرابات النفسية ، يؤكد على أن جميع هذه الحالات تتمتع بوجود بنية نفسية مرضية تميز شخصيتهم بغض النظر عن التصنيف المرضي ، والبعد الثقافي الذي تحمله هذه الحالات .

كما أن عدم وجود الفروق بين الحالات من حيث مؤشرات الصحة النفسية ، يؤكد على أن جميع هذه الحالات تعاني من تدهور واضح في الصحة النفسية ، لأنها تعيش نفس الاضطرابات النفسية ، وبالتالي فهي تتشارك وتتقاسم أيضا في معاناتها من جانب الصحة النفسية .

وبما أن وجود الاضطرابات النفسية هو دليل على سوء الصحة النفسية ، وبما أنه يمكن اعتبار نتائج مقياس "كورنل" للنواحي العصابية ، بمثابة محك صدق بالنسبة لنتائج اختبار الصحة النفسية المحصل عليها ؛ فعدم وجود الفروق بين حالات الدراسة من حيث الاضطرابات النفسية ، يؤدي حتما إلى عدم وجود الفروق بينها من حيث مؤشرات الصحة النفسية ، وهذه النتيجة هي منطقية ، لأن العلاقة بين وجود الاضطرابات النفسية وسوء الصحة النفسية ، لا يستطيع أي منطق إنكارها أو إثبات عكسها .

أما عدم وجود الفروق بين حالات الدراسة من حيث مستويات تقدير الذات ، يدل على أن جميع هذه الحالات تعاني من سوء تقدير الذات ، لأنها وبكل بساطة تعيش وتتقاسم نفس المشكل النفسي ، ونفس المعاناة من حيث تدهور صحتها النفسية .

وبما أن سوء الصحة النفسية هو دليل على سوء تقدير الذات ، وهو دليل أيضا على وجود الاضطرابات النفسية ، وذلك لوجود العلاقة القوية بين نتائج الاختبارات الثلاثة المطبقة ، واعتبار نتائج كل اختبار هي بمثابة محك صدق بالنسبة لنتائج الاختبارين الآخرين ، فنتيجة هذه الفرضية هي أيضا منطقية وحتمية ، وهي دليل على صدق ، وتناسق ، وانسجام كل النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة .

ثالثا _ خلاصة البحث :

يمكن أن نستنتج من خلال نتائج هذه الدراسة أن الإصابة بـ "المس" ، أو "السحر" ، أو "العين" ، تتحدد بتميز أصحابها ببنية نفسية مرضية ، ونمط من الشخصية يكون هش ، وضعيف ، وخرافي ، وقابل للإيحاء (عصابية أو ذهانية) ، والذي يُكتسب ويضرب بجذوره منذ الطفولة المبكرة ، بل وأكثر من هذا منذ مرحلة الحمل والنفاس ، والتي تكون مليئة بالصراعات والخلافات الزوجية والأسرية .

ولقلق الانفصال (L'angoisse de séparation) دور كبير في الإصابة بهذه الاضطرابات ، فالحالات العيادية عاشته بسبب هجران الأم للبيت الزوجي سواء لمدة متوسطة أو طويلة ، وذلك نتيجة للمشاحنات الزوجية والأسرية ، كما ظهرت الحاجة الكبيرة للسند والدعم المفقود بسبب هذا فقدان ، والتناقض الوجداني لصورة الأم ، والتي تكون أحيانا كموضوع حامي وداعم ، وأحيانا أخرى كموضوع مراقب ومضطهد .

كما تميزت طفولة الحالات العيادية سواء باضطرابات علائقية مع الأب (قسوة الأب أو إدمانه) ، أو مع الأم (تدليل مع قلق) ، مشاكل تكيفية مع الأسرة (الغيرة بين الأشقاء) أو مع المدرسة

(رسوب مدرسي)، وضغوطات المحيط (الزواج في الخارج والانبهار بالغرب، مشكلة السكن والقصور المادي).

وكل هذا انعكس على حياتهم وشخصيتهم ، فأبدوا مجموعة من الاضطرابات النفسية كالقلق ، والتوتر، والاكتئاب بالدرجة الأولى ، وهذا ما أكده الشيوخ الكبير لها عند جميع الحالات تقريبا سواء العيادية أو الإحصائية ، والتي جعلت صحتهم النفسية تسوء وهذا منطقي ، فأثر ذلك على صورتهم لدوائهم ، فكانت أغلبها صورة سلبية وسيئة عن الذات ، والتي استمدوها وتأثروا بها من خلال الصورة السلبية للآخر (الأسرة والمجتمع) سواء بشكل مباشر أو غير مباشر .

قائمة المراجع .

1. المراجع باللغة العربية .
2. المراجع باللغة الفرنسية .

1 - المراجع باللغة العربية :

القرآن الكريم برواية حفص .

- 1- ابن منظور جمال الدين أو الفضل محمد بن مكرم.(1119).لسان العرب.لبنان:دارالمعارف.
- 2-ابن منظور محمد بن مكرم.(1990).لسان العرب.بيروت:دار صادر.
- 3-أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم أبن منظور الإفريقي المصري.(1968).لسان العرب.(ج3).بيروت:دار صادر.
- 4-أبو البراء أسامة بن ياسين المعاني.(2000).منهج الشرع في بيان المس والصرع.(ج6).عمان:دار المعالي.
- 5-أبو البراء أسامة بن ياسين المعاني.(2000).الأصول الندية في علاقة الطب بمعالجي الصرع والسحر والعين بالرقية.(ج11).عمان:دار المعالي.
- 6-أبو النيل محمود.(1994).الأمراض السيكوسوماتية.(المجلد1).بيروت:دار النهضة العربية.
- 7- أحمد بن نعمان.(1996).هذي هي الثقافة.(ط1).الجزائر:شركة دار الأمة لبرج الكيفان.
- 8-أدهم إبراهيم كمال(1993).العلاقة بين الجن والإنس من منظار القرآن والسنة.بيروت:دار بيروت المحروسة .
- 9-إبراهيم سعدي.(2010).الثقافة الجزائرية البنية والأساس(أفكار وقضايا).الجزائر:مجلة العرب الأسبوعي.
- 10-إيمان كاشف.(2004).المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاق سمعيا في ظل نظامي العزل والدمج.(المجلد14).القاهرة:مجلة دراسات نفسية .

- 11- إيمان زكي محمد. (2008). مشكلات الطالبات وعلاقتها بمؤشرات الصحة النفسية والتحصيل الدراسي لدى عينة من طالبات كلية التربية لإعداد المعلمات بمكة المكرمة. (ج1): الجمعية المصرية للمناهج وطرق التدريس.
- 12- بدر الدين بن عبد الله الشبلي. (دت). أكام المرجان في أحكام الجان (غرائي الجن وعجائبه). (القاهرة: مكتبة ابن سينا).
- 13- بدرة معتصم ميموني. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 14- بدوي أحمد زكي. (1982). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
- 15- بن عبد الله محمد. (2010). سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 16- تركي رابع. (1975). التعليم القومي والشخصية الوطنية. الجزائر: الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.
- 17- تاج الدين نوفل. (1993). السحر والسحرة والوقاية من الفجرة. (ط2). القاهرة: مكتبة التراث الإسلامي.
- 18- جلال مدبولية. (1979). الاجتماع الثقافي. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
- 19- الجوهري محمد. (دت). الدراسة العلمية للمعتقدات. (ج1). القاهرة: دار الثقافة.
- 20- الحصري ساطع. (1959). محاضرات في نشوء الفكرة القومية. بيروت: دار العلم للملايين.
- 21- حسن مصطفى عبد المعطي. (1998). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار قباء .
- 22- سامية حسن الساعاتي. (1983). السحر والمجتمع. (ط2). بيروت: دار النهضة العربية .

- 23- سامية حسن الساعاتي.(1983).الثقافة والشخصية (بحث في علم الاجتماع الثقافي).بيروت:دار النهضة العربية.
- 24 - سبوح رشيد.(2000).المعتقدات الشعبية في الجزائر - ظاهرة العين نموذجاً(أطروحة ماجستير).جامعة تلمسان: قسم الثقافة الشعبية .
- 25- سعاد عثمان.(2002).التراث والتغير الاجتماعي.(ط1).القاهرة.
- 26- سعد بن سعيد الزهران وعلي بن صديق الحكمي.(2008).السحر والشعوذة (دراسة ميدانية على المجتمع السعودي).مركز البحوث والدراسات الإسلامية.جدة:وكالة المطبوعات والبحث العلمي.
- 27- شيلدون كاشدان.(دت).علم النفس الشواذ.ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة.الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية .
- 28- صالح معاليم.(2010).بعض الاختبارات في علم النفس(تفهم الموضوع ورسم الشخص). (ج1).الجزائر:ديوان المطبوعات الجامعية.
- 29- طواهرى ميلود.(2008).الطلبه بين الذهنية السحرية والمرجعية الدينية(أطروحة دكتوراه).جامعة تلمسان: قسم الثقافة الشعبية .
- 30- عاطف وصفي.(1981).الثقافة والشخصية (الشخصية ومحدداتها الثقافية).بيروت:دار النهضة العربية .
- 31- عباس محمود خضر.(2011).البنية النفس . اجتماعية في الخطاب القرآني العام في قوله تعالى " يا أيها الناس"(المجلد 19): مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية) .
- 32- عبد المالك مرتاض.(1989).الميثولوجيا عند العرب (دراسة لمجموعة من الأساطير والمعتقدات العربية القديمة .الجزائر:المؤسسة الوطنية للكتاب .

- 33- عبد المحسن صالح.(1979). الإنسان الحائر بين العلم والخرافة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- 34- عبد السلام أبو قحف.(1999). ثقافة الخرافات وإدارة الأزمات. القاهرة: الدار الجامعية.
- 35- عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة.(2008). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي.(ج1). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .
- 36- عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة.(2008). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي.(ج2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .
- 37- عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة.(2008). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي.(ج3). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .
- 38 - عبد الباقي زيدان.(1982). الطب الشعبي في قرية مصرية. القاهرة : مجلة العلوم الإجتماعية.
- 39- عبد اللطيف محمد خليفة.(1992). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي. القاهرة: دار الثقافة.
- 40- عبد المطلب أمين القريطي وعبد العزيز السيد الشخص.(1992). مقياس الصحة النفسية للشباب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 41- عبد الرزاق نوفل.(دت). عالم الجن والملائكة. القاهرة: المركز الثقافي العربي(مطبعة نهضة مصر).
- 42- عبد الحميد وحسن علي.(2007). تعريف مصطلح البنية : موقع الثقافة الالكتروني.
- 43 - عيسوي عبد الرحمن.(1983). سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي مع دراسة ميدانية مقارنة على الشباب المصري والعربي. القاهرة: دار النهضة العربية.

- 44- علي عبد العال الطهطاوي.(دت). أسرار السحر والاستخارة وضرب الرمل وقراءة الفنجان والكف. القاهرة: الروضة للنشر والتوزيع .
- 45- علي بن حسن الحلبي الأثري.(1996). برهان الشرع في إثبات المس والصرع(ط1). جدة: دار ابن حزم.
- 46- علي أسعد وطفة.(2001). اتجاهات التقليد والحداثة في العقلية العربية السائدة(دراسة في المضامين الخرافية للتفكير لدى عينة من المجتمع الكويتي). جامعة دمشق: قسم علم الاجتماع التربوي (كلية التربية).
- 47- غيث محمد عاطف.(1979). قاموس علم الاجتماع. القاهرة: الهيئة المصرية العام للكتاب .
- 48- فوزي غراييه ونعيم دهمش.(1981). أساليب البحث العلمي.(ط2). عمان: الجامعة الأردنية.
- 49- فاروق أحمد مصطفى.(2008). الأنثروبولوجيا ودراسة التراث الشعبي(دراسة ميدانية). القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 50- فقيه العيد.(2010). محاضرات في الأنثروبولوجيا والصحة النفسية. جامعة تلمسان(سنة أولى ماجستير الصحة النفسية والالتماس العلاجي).
- 51- قاسم حسين صالح.(2009). اضطرابات النفس والعقل وسيكولوجيا الشواذ.(ع16). العراق: سلسلة الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية.
- 52- محمد الجوهري.(1980). علم الفولكلور: دراسة المعتقدات الشعبية(ج1). القاهرة: دار المعارف.
- 53- محمد زيان عمر.(1983). البحث العلمي مناهجه وتقنياته.(ط4). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 54- محمد سعدي.(1996). ظاهرة الاعتقاد في إصابة العين بين المقدس والديني.(ع4):مجلة الثقافة الشعبية.

- 55- محمد بزیکا. (1982). مفهوم الثقافة الشعبية بين المثقف العضوي والتقليدي. (ع9): مجلة آفاق) اتحاد كتاب المغرب).
- 56- مجدي محمد الشهاوي. (دت). حقيقة الحسد وعلاج المحسود (حسد الحاسدين بين العلم والدين). القاهرة: مكتبة القرآن.
- 57- محمد خالد الطحان وموسى محمد نجيب. (2008). فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرة الإنسانية في كل من الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين أطروحة دكتوراه. (المجلد 12). جامعة عمان للدراسات العليا: مجلة البصائر.
- 58- محمد يسرى إبراهيم دعبس. (1997). الثقافة والشخصية (دراسات في الأنتروبولوجية السيكلوجية). القاهرة: دار المطبوعات الجديدة.
- 59- محمد عثمان نجاتي. (1993). الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين. (ط1). القاهرة: دار الشروق .
- 60- محمد سيد محمود. (1990). الفتح الرباني لعلاج المس الشيطاني بالقرآن الكريم. (ط1). القاهرة: دار الرسالة للتراث.
- 61- المنجد في اللغة والأعلام. (دت). بيروت: دار الشرق المكتبة الشرقية .
- 62- المنجد الإعدادي. (1984). بيروت: دار المشرق ش م م.
- 63- المعجم الوسيط. (1960). مجمع اللغة العربية (ج1) .
- 64- المختار مقسم. (2002). المعتقد الشعبي للأمراض العقلية والعصبية: الصرع الطفولي نموذجاً (رسالة ماجستير). جامعة تلمسان: قسم الثقافة الشعبية (فرع الأنتروبولوجيا).

2 - المراجع باللغة الفرنسية :

- 1-Arar .F.(1981). L'hystérie chez la femme algérienne. Approche clinique et socioculturelle (thèse de doctorat 3^{ème} cycle). université Lille III .
- 2-Boucebci .M.(1989).L'hystérie en milieu hospitalier algérien in psychopathologie africain. (vol XXII).Alger.
- 3-Bergeret . J et all.(1974).Abrégé de psychologie pathologie .paris:Masson.
- 4-Bergeret .J (1982) . Psychologie pathologie.(3e).paris: Masson.
- 5-Bouchami.F(1981).Reconnaitre la dépression chez les magrébines.(N20): La revue de médecine .
- 6- Cheikh Boubaker Hamza.(1989) . le coran . Alger :ENAG.
- 7-Edmond Giliéron.(2004). Manuel de psychothérapies brèves. (2 édition). paris: Dunod.
- 8-Françoise Brelet-Foulard et Catherine Chabert. (2003).Nouveau Manuel du TAT (Approche psychanalytique).(2édition). Paris:Dunod.
- 9-Julien Daniel GUELEFI et Marc-Antoine CROCQ. (2005).Manuel diagnostique et statistique des trouble manteaux. Paris: Masson .
- 10-Si Moussi,A.(2000).Névroses et psychothérapie d'inspiration psychanalytique.Actes des troisièmes journées nationales de psychologie .Alger :Dar El Hikma .
- 11-Toualbi .N.(1974).Religion, rites et mutations.Alger : ENAL .

الملاحق .

الملحق رقم (1) : جدول عام للدرجات الخام .

الملحق رقم (2) : المشكلات النفسية والاجتماعية والمشكلات البيئية.

الملحق رقم (3) : سلم التقييم الشامل للأداء الوظيفي (EGF) .

الملحق رقم 01

الدرجات الخام ل قائمة "كورنل" الجديدة للنواحي العصبية ، ومقياس الصحة النفسية للشباب ، ومقياس تقدير الذات.

درجات تقدير الذات	درجات الصحة النفسية	المجموع	الاضطرابات الانفعالية والمزاجية						المستوي الدراسي	الجنس	السن	حالات الدراسة
			التوتر	الغضب	الحساسية	القلق	الاكتئاب	عدم الكفاية				
40	66	33	6	6	6	4	2	9	1 جامعي	أ	25	المس ن م=10 19-45 سنة
35	70	30	6	5	3	8	3	5	ليسانس	أ	39	
23	44	48	9	8	5	8	6	12	3 متوسط	أ	25	
21	13	49	8	9	6	9	5	12	بدون مستوى	أ	24	
22	49	47	9	9	6	9	6	8	ابتدائي	أ	45	
41	64	37	5	7	6	7	6	6	جامعي	أ	25	
29	71	42	8	5	6	9	3	11	ليسانس	أ	29	
51	46	35	9	5	5	5	2	9	ثانوي	أ	25	
25	69	41	8	8	4	9	4	8	1 جامعي	ذ	19	
61	62	24	5	4	4	6	2	3	3 ثانوي	ذ	26	
348	554	386	73	66	51	74	39	83				المجموع
91	60	25	3	3	4	4	3	8	3 ثانوي	أ	30	السحر
27	37	45	8	9	6	9	4	9	3 جامعي	أ	35	
66	43	29	4	7	3	6	4	5	ثانوي	أ	28	

23	52	45	7	9	6	7	6	10	4 متوسط	أ	42	ن س=18 42-18 سنة
49	62	30	7	4	5	7	2	5	بكالوريا	أ	31	
46	39	35	5	7	4	7	5	7	3 ثانوي	أ	27	
25	49	44	7	8	6	8	6	9	ثانوي	أ	28	
74	58	25	4	5	4	3	4	5	1 ثانوي	أ	18	
40	56	31	5	3	3	6	4	10	2 متوسط	أ	23	
27	27	42	8	6	6	9	5	8	3 ثانوي	أ	36	
32	44	41	6	6	6	8	5	10	3 متوسط	أ	25	
60	55	32	9	5	2	4	1	11	ثانوي	ذ	32	
55	57	36	8	8	6	6	2	6	ثانوي	ذ	25	
29	38	41	6	8	5	7	4	11	ابتدائي	ذ	28	
31	39	40	8	7	4	8	5	8	جامعي	ذ	24	
54	47	37	7	5	5	5	5	10	4 متوسط	ذ	42	
90	74	18	5	3	4	1	2	3	1 جامعي	ذ	21	
88	67	18	4	3	2	2	2	5	ثانوي	ذ	37	
907	904	614	111	106	81	107	69	140				المجموع
52	68	34	7	8	6	4	2	7	3 متوسط	أ	40	
30	13	45	8	8	3	9	6	11	3 ثانوي	أ	35	
28	19	46	7	9	5	8	6	11	جراحة أسنان	أ	34	
39	22	32	7	4	3	4	4	10	طبيبة عامة	أ	46	
72	82	19	5	3	1	2	2	6	ليسانس	أ	30	

70	70	19	2	3	1	7	2	4	تقني سامي	أ	30	العين ن ع = 17 47-23 سنة
32	68	26	4	3	5	7	2	5	ليسانس	أ	30	
36	58	33	7	7	5	1	6	7	ليسانس	أ	29	
29	59	22	5	3	2	3	1	8	جامعي	أ	23	
75	85	18	3	0	1	2	3	9	2 ثانوي	أ	25	
77	77	21	5	4	3	2	2	5	جامعي	أ	24	
69	62	20	3	2	2	3	3	7	ثانوي	أ	39	
71	63	24	4	6	3	6	2	3	ليسانس	أ	30	
32	60	35	5	6	4	7	4	9	متوسط	أ	28	
29	57	36	5	7	4	7	3	10	4 ابتدائي	ذ	47	
27	55	42	8	7	6	3	6	12	تقني سامي	ذ	32	
30	56	34	6	5	5	3	5	10	ثانوي	ذ	28	
798	974	506	91	85	59	78	59	134				المجموع
2053	2432	1506	275	257	191	259	167	357				المجموع العام
46	54.04	33.47										المتوسط
3.21	17.02	9.31										الانحراف المعياري
10.31	289.95	86.75										التباين

الملحق رقم 02

المشكلات النفسية والاجتماعية والمشكلات البيئية , (المحور الرابع في التشخيص الإكلينيكي) .

- مشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية - مثل : موت أحد أفراد العائلة ؛ مشكلات صحية في العائلة ؛ تمزق العائلة بالانفصال ؛ الطلاق أو الوحشة ؛ الانتقال من البيت ؛ الزواج الثاني للوالد ؛ الإساءة الجنسية أو الجسدية ؛ فرط الحماية الأبوية ؛ إهمال الطفل ؛ الانضباط غير الكافي ؛ النزاع مع الأشقاء ؛ ولادة شقيق .
- مشكلات متصلة بالمحيط الاجتماعي - مثل : موت أو فقد صديق ؛ دعم اجتماعي غير كاف ؛ العيش المنفرد ؛ صعوبة التطبع الثقافي؛ التمييز ؛ التأقلم مع التحول في دورة الحياة (مثل التقاعد).
- مشكلات تعليمية - مثل: الأمية ؛ المشكلات الأكاديمية ؛ النزاع مع المعلمين أو زملاء المدرسة ؛ البيئة المدرسية غير الملائمة.
- مشكلات مهنية - مثل: البطالة ؛ التهديد بفقدان الوظيفة ؛ جدول عملي ضاغط ؛ ظروف عمل صعبة ؛ الاستياء من الوظيفة ؛ تغيير العمل ؛ النزاع مع المدير أو زملاء العمل.
- مشكلات السكن - مثل : التشرد ؛ السكن غير الملائم ؛ الجوار غير الآمن ؛ النزاع مع الجيران أو مع المالك.
- مشكلات اقتصادية - مثل: الفقر المدقع ؛ أموال غير كافية ؛ الدعم المعيشي القاصر.
- مشكلات متعلقة بخدمات الصحة - مثل : خدمات الرعاية الصحية الغير كافية ؛ عدم توفر نظام النقل ؛ الضمان الصحي غير الكافي.
- مشكلات متصلة بالنظام القضائي / العقابي - مثل : التوقيف؛ الحبس؛ المقاضاة ؛ ضحية جريمة.

- مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية أخرى - مثل : التعرض للكوارث أو الحرب أو اعتداءات الأخرى ؛ النزاع مع مساعدين من غير الأسرة مثل المرشد أو العامل الاجتماعي أو الطبيب ؛ عدم توفر مكاتب الخدمة الاجتماعية.

الملحق رقم 03

التقييم الشامل لسلم الأداء الوظيفي (EGF)

(المحور الخامس في التشخيص الإكلينيكي) .

91-100 : أداء وظيفي أعلى في مجال واسع من الأنشطة ، مشكلات الحياة لا تبدو أبداً أنها أفلتت زمامها ، يسعى إليه الآخرون لصفاته الإيجابية العديدة.

غياب الأعراض .

81-90 : الأعراض غائبة أو محدودة (توتر خفيف قبل امتحان ما) ، أداء وظيفي كاف على كافة الأصعدة ، مهتم ومنخرط في مجال واسع من الأنشطة المؤثرة والمفيدة اجتماعياً، مُشبع (مسرور) بشكل عام بالحياة ، ليس هناك ما هو أكثر من مشكلات أو انشغالات يومية (جدال مع أفراد العائلة بين الحين والآخر).

71-80 : إذا كانت الأعراض موجودة ، فهي عابرة أو مؤقتة ، وهي عبارة عن ردود أفعال يمكن توقعها بسبب عوامل تثير التوتر (صعوبة التركيز بعد جدال عائلي) ، وليس هناك ما هو أكثر من اختلال طفيف في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (تقصير أو تأخر مؤقت في الواجب المدرسي).

61-70 : بعض الأعراض الخفيفة (مزاج مكتئب وأرق خفيف) ، أو بعض الصعوبة في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (التسرّب من المدرسة بين الحين والآخر، أو سرقة

في المنزل) ، ولكن بصورة عامة يقوم بأداء وظيفي جيد نوعاً ما ، وقيم بعض العلاقات الشخصية الإيجابية .

51-60 : أعراض بحدّة متوسطة (وجدان سطحي وإسهاب في الكلام ، نوبات هلع مرحلية)،أو صعوبة بحدّة متوسطة في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (قلة أصدقاء ، نزاعات مع زملاء القسم أو زملاء العمل) .

41-50 : أعراض مهمة وخطيرة (تفكير انتحاري ، طقوس وسواسية شديدة ، سرقات متكررة للمحلات التجارية)،أو أي اختلال خطير في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (عدم وجود أصدقاء، عدم القدرة على الاحتفاظ بعمل).

31-40 : وجود بعض الاختلال في اختبار الواقع أو التواصل (الكلام أحياناً غير منطقي أو غامض أو غير ملائم) ، أو قصور كبير في عدة مجالات مثل العمل ، المدرسة ، العلاقات العائلية ، الحكم ، التفكير أو المزاج (رجل مكتئب يتحاشى الأصدقاء ويُهمل العائلة ويعجز عن العمل ، طفل كثيراً ما يضرب من هم أصغر منه عمراً ، مُشاغب في البيت ويخلق المشاكل ويفشل في المدرسة).

21-30 : السلوك يتأثر كثيراً بالأفكار الهديانية أو الهلاوس أو اضطراب خطير في التواصل أو الحكم (متفكك أحياناً، يتصرف بشكل غير مناسب ، انشغال انتحاري) ، أو عجز في الأداء الوظيفي في كافة المجالات تقريباً (يبقى في السرير طوال اليوم ، غياب في العمل أو البيت).

11-20 : وجود خطورة معينة لإلحاق الأذى بالذات أو بالآخرين (محاولات انتحارية دون توقع واضح للموت ، عنف متكرر ، إثارة هوسية) ، أو يُخفق أحياناً في الحفاظ على حد أدنى من النظافة الشخصية (التلطيخ بالبراز)، أو اختلال جسيم في التواصل (مفكك بصورة واضحة أو صامت).

1-10 : خطورة دائمة لإلحاق أذى شديد بالذات أو بالآخرين (عنف معاود) ، أو عجز دائم في الحفاظ على الحد الأدنى من النظافة الشخصية أو عمل انتحاري جدي مع توقع واضح للموت.

0 : معلومات غير كافية.

يهدف هذا البحث إلى دراسة إشكالية مهمة في البحث العلمي ، ألا وهي الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي ، وذلك بدراسة ميدانية للحالات التي تُشخص من هذا المنظور على أنها حالة من "المس"، أو "السحر" ، أو "العين" ، وقد اعتمدنا على الدراسة العيادية لثلاث حالات ، وعلى الدراسة الوصفية الإحصائية لـ(45) حالة .

وتكامل المنهجين العيادي والإحصائي ، سمح لنا بإثبات أن حالات الدراسة (العيادية) تتميز ببنية نفسية مرضية هشّة ، وضعيفة ، وخرافية (هستريونية ، ومن النمط الفصامي ، وسواسية - قهريّة) ، وهي تجعل هؤلاء الأفراد أكثر استعداد من غيرهم للإصابة بالمرض ؛ كما تدرج حالات الدراسة ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي ، غير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4؛ وتنتشر الاضطرابات العصابية بينهم بنسب كبيرة ؛ كما توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا وقوية جدا بين مؤشرات الصحة النفسية ودرجات تقدير الذات لدى حالات الدراسة ؛ ولا توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعات الثلاث من حيث الاضطرابات العصابية ، ومؤشرات الصحة النفسية ، ودرجات تقدير الذات .

الكلمات المفتاحية: الاضطراب النفسي، علم النفس المرضي، المنظور الثقافي الشعبي ، "المس" ، "السحر" ، "العين" ، البنية النفسية المرضية ، الاضطرابات العصابية ، الصحة النفسية ، تقدير الذات ، الخرافية ، هستريونية ، من النمط الفصامي ، وسواسية - قهريّة .

Résumé:

Cette recherche vise l'étude une problématique importante dans la recherche scientifique, ce qui est le trouble psychologique entre la psychopathologie et le concept culturel populaire , et cela par une étude des cas diagnostiqués par ce concept présentant des état de " possession" , "magie" , ou de "mauvais œil" , et on a compté sur l'étude clinique de trois cas, et l'étude descriptive (statistique) de 45 cas .

A travers l'intégration entre ces méthodes, les résultats obtenus confirment que les cas étudiés (clinique) se caractérisent par une structure psychopathologique fragile, faible, et superstitieuse (histrionique, schizotypique, et obsessionnelle -compulsive), et c'est elle qui les rend plus prédisposés que les autres ; les cas étudiés entrent dans le cadre des troubles psychologiques avec une dimensions culturelle non classée dans le DSM IV ; ils souffrent beaucoup des troubles névrotiques ; l'existence d'une relation de corrélation statistiquement significative très forte entre la santé mentale et l'estime de soi chez les cas étudiés ; mais il ya une absence des différences statistiquement significatives entre les trois groupes concernant les troubles névrotiques , la santé mentale , et l'estime de soi .

Les mots clés :

Le trouble psychologique , la psychopathologie , le concept culturel populaire, "possession" , "magie" , "mauvais œil" , la structure psychopathologique, le trouble névrotique , la santé mentale , l'estime de soi, superstitieuse, histrionique , schizotypique , obsessionnelle - compulsive.

Abstract:

This search aim the study of an important problematic in scientifically research , it is about an psychological disorders between the psychopathology and the popular cultural concept , presented through a study of cases diagnosed by this concept as presenting a states of " possession" , " magic" , and " bad eye" , we counted on a clinical study of three cases, and a descriptive (statistical) study of (45) cases .

Through the integration of this methods , the obtained results confirms that the studied cases (clinic) are characterized by a weak , a feeble, and a superstitious psychopathological structure (histrionic , schizotypal , obsessive -compulsive) , and this what make them more predisposed then the others; the studied cases are among a none classified cultural dimension of Psychological Disorders in DSM-IV; and they suffers of more neurotic disorders ; it exist a strong relation of correlation statistically significant between mental health and self-esteem at the studied cases ; but there is no differences statistically significant between the three groups concerning the neurotic Disorders , mental health ,and self-esteem .

Keywords:

Psychological Disorders, the psychopathological, popular cultural concept, "possession", "magic", "bad eye", the psychopathological structure, neurotic Disorders , the mental health, self-esteem, superstitious ,histrionic , schizotypal ,obsessive – compulsive.