المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية
Democratic Arabic Center

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية

دورية دولية علمية محكمة

العدد 02 جويلية 2018

رقم التسجيل: VR.3373-6364.B

ISSN (Online) 2569-930X

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية

International Journal of Educational and Psychological Studies

International scientific periodical journal

العدد 02 جويلية 2018

المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية
Democratic Arabic Center

ISSN (Online) 2569-930X

المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتجية والسياسية والاقتصادية

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية

دورية دولية علمية محكمة

الإيداع القانوني V.R.3373-6364.B

ISSN(Print) 2569-9296
ISSN(Online) 2569-930X

العدد الثاني(02) جويلية 2018

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الاستراتجية والسياسية والاقتصادية

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية

دورية دولية علمية محكمة

تصدر من ألمانيا- برلين- عن المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتجية والسياسية والاقتصادية

رئيس المركز الديمقراطي العربي

عمار شرعان

رئيس التحرير

الدكتورة خرموش منى

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02 الجزائر.

مدير التحرير

الدكتور بحري صابر

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02 الجزائر

هيئة التحرير

د.بلبكاي جمال، المدرسة العليا لأساتذة التعليم التكنولوجي، سكيكدة، الجزائر
أ.شيخاوي صلاح الدين، جامعة بسكرة، الجزائر.
أ.المودن موسى، باحث، جامعة عبد المالك السعدي، المغرب.
أ.عبد الرزاق أبلال، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، المغرب.
أ.العيساوي صونيا، جامعة الجزائر 02، الجزائر.
أ.بوزاد نعيمة، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، الجزائر.

الهيئة العلمية والاستشارية

أ.د إبراهيم الكوفحي، الجامعة الأردنية، المملكة الأردنية الهاشمية.
أ.د بوعامر أحمد زين الدين، جامعة أم البواقي، الجزائر.
أ.د. بومنقار مراد، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر.
أ.د عاصم شحادة علي، الجامعة الإسلامية العالمية، ماليزيا.
أ.د لعريط بشير، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر.
أ.د محمد أحمد عبد العزيز القضاة، الجامعة الأردنية، المملكة الأردنية الهاشمية.
أ.د محمد الطاهر الميساوي، الجامعة الإسلامية العالمية، ماليزيا.
أ.د نصر الدين إبراهيم أحمد حسين، الجامعة الإسلامية العالمية بماليزيا، ماليزيا.
د.أحمد معد، المدرسة العليا للأساتذة، جامعة الحسن الثاني، المغرب.
د.إسعادي فارس، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، الجزائر.
د.أمل محمد غنايم، جامعة قناة السويس، مصر.
د.أميرة جابر هاشم الجوفي، كلية التربية للبنات، جامعة الكوفة، العراق.
د.بن حامد لخضر، جامعة البويرة، الجزائر.
د.بن رامي مصطفى، جامعة برج بوعريريج، الجزائر.
د.بن عزوز حاتم، جامعة العربي التبسي تبسة، الجزائر.
د.بن عطية ياسين، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02، الجزائر.
د.بوحنيكة نذير، جامعة الشاذلي بن جديد الطارف، الجزائر.
د.بوعطيط جلال الدين، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، الجزائر.
د.بوعطيط سفيان، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، الجزائر.
د.تومي طيب، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
د.جمال تالي، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
د.ربيع عبد الرؤوف محمد عامر، جامعة الملك خالد، المملكة العربية السعودية.
د.رشيدي السعيد، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02، الجزائر.
د.روبي محمد، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
د.سليمان عبد الواحد يوسف، جامعة قناة السويس، مصر.
د.صيفور سليم، جامعة جيجل، الجزائر.
د.عبد الغني بن محمد دين، جامعة الإنسانية، ماليزيا.
د.عدنان عبد الخفاجي، كلية التربية للبنات، جامعة الكوفة، العراق.
د.عزيزة رحمة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
د.فاتن عدي، الجامعة الأردنية، المملكة الأردنية الهاشمية.
د.فكروني زاوي، جامعة جلالي اليابس سيدي بلعباس، الجزائر.
د.فلاحي كريمة، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02، الجزائر.
د.فيفيان أحمد فؤاد علي، جامعة حلوان، مصر.
د.محمد الأزهر بالقاسمي، جامعة برج بوعريرج، الجزائر.
د.هشام موساوي، الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين لجهة الرباط، المغرب.
د.يزيد شويعل، جامعة يحي فارس المدية، الجزائر.

شروط النشر

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية مجلة دولية علمية محكمة تعنى بنشر الدراسات والبحوث في ميدان العلوم التربوية والعلوم النفسية والأرطفونيا، وكل ما له علاقة بالبحوث والدراسات التربوية والنفسية باللغات العربية والانجليزية على أن يلتزم أصحابها بالقواعد التالية:

- أن تكون المادة المرسلة للنشر أصيلة وأكاديمية ولم ترسل للنشر في أي جهة أخرى ويقدم الباحث إقرارا بذلك.
-أن يكون المقال في حدود 20 صفحة بما في ذلك قائمة المراجع والجداول والأشكال والصور.
- أن يتبع المؤلف الأصول العلمية المتعارف عليها في إعداد وكتابة البحوث وخاصة فيما يتعلق بإثبات مصادر المعلومات وتوثيق الاقتباس وإحترام الأمانة العلمية في تهميش المراجع والمصادر.
-تتضمن الورقة الأولى العنوان الكامل للمقال باللغة العربية وترجمة لعنوان المقال باللغة الإنجليزية، كما تتضمن اسم الباحث ورتبته العلمية، والمؤسسة التابع لها، الهاتف، والفاكس والبريد الالكتروني وملخصين، في حدود مائتي كلمة للملخصين مجتمعين،(حيث لا يزيد عدد أسطر الملخص الواحد عن 10 أسطر بخط 14 Traditional Arabic للملخص العربي و 14 Times New Roman للملخص باللغة الانجليزية.
-تكتب المادة العلمية العربية بخط نوع Traditional Arabic مقاسه 14 بمسافة 1.00 بين الأسطر، بالنسبة للعناوين تكون Gras، أما عنوان المقال يكون مقاسه 14 Times New Roman.
-يجب أن يكون المقال خاليا من الأخطاء الإملائية والنحوية واللغوية والمطبعية قدر الإمكان.
-بالنسبة للدراسات الميدانية ينبغي احترام المنهجية المعروفة كاستعراض المشكلة، والإجراءات المنهجية للدراسة، وما يتعلق بالمنهج والعينة وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية وعرض النتائج ومناقشتها.
-تتبنى المجلة نظام توثيق الرابطة الأمريكية لعلم النفس.(APA)، ويشار إلى المراجع داخل المتن بذكر الاسم الكامل للمؤلف ثم سنة النشر والصفحة بين قوسين، أو ذكر الإسم الكامل للمؤلف، السنة بين قوسين.
-يشار إلى ذكر قائمة المراجع في نهاية البحث وترتيبها هجائيا وفق نظام الرابطة الأمريكية لعلم النفس.
-المقالات المرسلة لا تعاد إلى أصحابها سواء نشرت أو لم تنشر.
-المقالات المنشورة في المجلة لا تعبر إلا على رأي أصحابها.
-يحق لهيئة التحرير إجراء بعض التعديلات الشكلية على المادة المقدمة متى لزم الأمر دون المساس بالموضوع.
- يقوم الباحث بإرسال البحث المنسق على شكل ملف مايكروسوفت وورد، وذلك ضمن قالب المجلة إلى البريد الإلكتروني:

-

psychology@democraticac.de

كلمة العدد

تصدر المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية في عددها الثاني بمقالات متنوعة في مجالات علم النفس وعلوم التربية لتؤكد ذلك المنهاج الذي تسير فيه مع مختلف دروب وأطياف التلاقي بين علم النفس وعلوم التربية والعلوم المجاورة لها وهي بذلك تمنح فرصة أخرى للباحثين لتأكيد معارفهم ونشر أبحاثهم وتعريف القارئ بالمستجدات العلمية المحلية والعالمية.

إن المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية تقف اليوم وقفة إحترام أمام كل الباحثين الذين ينشرون مضامين معارفهم ضمنها وكل الذين يسهرون من أجل أن ترتقي المجلة وتتطور نحو الأمام في خطى ثابتة تتقدم شيئا فشيئا نحو حقول المعرفة الإنسانية التي ينهل منها كل باحث وكل أكاديمي محب للمعرفة وخدمة العلم.

وإن كان لم يكن من السهل أن تصدر المجلة كما هي عليه أين تقف مجموعة من العوامل المتداخلة والمتشابكة فيما بينها لتجعل منها منارة علمية بإمتياز، وهنا في هذا المقام نشكر كل الذين ساهموا من قريب أو من بعيد كي تصدر المجلة خاصة الهيئة الإستشارية العلمية وهيئة التحرير، الذين أفاضوا علينا من وقتهم وجهدهم في سبيل خدمة البحث العلمي وهم بذلك يشكلون الأقلام الذهبية للمجلة.

لقد جاءت البحوث المنشورة في هذا العدد متميزة تميز الأقلام التي نشرت فيها والتي أكدت ذلك المنهاج العلمي الذي تسير وفقه المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية والذي رسمته المجلة منذ تأسيسها ولغاية اليوم، وهو دليل على الجدارة والإستحقاق التي تريد المجلة بلوغه بأن تكون فضاءا للنشر العلمي لا غير.

الدكتورة: خرموش منى
رئيس التحرير

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية

المركز الديمقراطي العربي ألمانيا -برلين، العدد 02 جويلية 2018

فهرس المحتويات

صفحة

المعاش النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي بالجزائر
د. الماحي زوبيدة،.....10
اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المحررين في محافظة الخليل وعلاقته بالاتزان الانفعالي
أ.سعدية عدنان العجلوني، د.عمر طالب الريماوي.....28
الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي(دراسة ميدانية على عينة من المصابين بـ "المس" و"السحر" و"العين" على مستوى الغرب الجزائري)
د.ليلى ميسوم.....47
المدرسة الجزائرية ورهانات التغيير
د. ورغي سيد أحمد، أ.بن معاشو مهاجي.....75
درجة استخدام معلمي المدارس الحكومية في محافظة اريحا للتقويم الواقعي واتجاهاتهم نحوه ومعوقات استخدامه
د. محمد طالب دبوس، د.رجاء روحي سويدان،أ.محمد محي الدين عساف.....86
دور المنظمات الدولية في دعم برامج تعليم الكبار بالسودان من وجهة نظر الخبراء والمختصين
د. بانقا طه الزبير حسين، د.الرشيد حبوب محمد الحسن، أ.خالد الطيب محمد.....111

الخبرات الصادمة وعلاقتها بالسلوك الفوضوي لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة
أ.د.عفراء إبراهيم خليل العبيدي، أ.م.د. أنور قاسم يحيى.....127
الأسس النظرية لبناء منهاج مفيد لتعليم النحو العربي وتعلّمه
أ.احميدة العوني.....153
اكتساب الفعل في اللغة العربية
د.عبد الرحيم ناجح.....180
أسس تعلم اللغة الثانية وسبل تحقيقها بين الإلمام والتحقيق
أ.د عبد القادر سلامي، أ.حورية نهاري.....191
تطور عدد المتلازمات اللفظية في الإنتاج الكتابي لمتعلمي المستويات الابتدائية
د. عبد الرحيم ناجح.....212
الوساطة الاجتماعية ودورها في التقليل من العنف ضد الأطفال
د.عبيد مراد، أ.بن تيشة يوسف.....222
القيادة المدرسية بين الواقع والمأمول في ضوء الصلاحيات الممنوحة لمديري ومديرات المدارس في محافظة اربد في المملكة الأردنية الهاشمية
آلاء ناصر أحمد باكير.....233

فاعلية استخدام إستراتيجية التحفيز في عملية الإشراف التربوي
د.بوزيدي محمد.....250
معرفة النفس عند "كارل كوستاف يونغ"
أ.فاتن أحمد السكافي.....270
دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في انحراف الأحداث
د.دريدش حلمي.....287
دراسة إكلينيكية اسقاطية لبعض حالات التوحد الخفيف
د.الزهراء جعدوني.....298
La solidarite éducative pour réduire La fracture numériqu.
adel ben hassine……..……319

المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية
العدد 02 جويلية 2018
المركز الديمقراطي العربي ألمانيا برلين

الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي(دراسة ميدانية على عينة من المصابين بـ "المس" و"السحر" و"العين" على مستوى الغرب الجزائري).

د. ليلى ميسوم
كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة تلمسان: الجزائر

ملخص: 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 على عينة من المصابين بـ "المس" و"السحر" و"العين" على مستوى الغرب الجزائري، وقد اعتمدنا على الدراسة العيادية لثلاث حالات، وعلى الدراسة الوصفية التحليلية لـ(45) حالة، يقع سنهم ما بين (18 - 33) سنة، وقد استعملنا لتحقيق ذلك مقياس الصحة النفسية لدى الشباب للقريطي والشخص(1992)، وقائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية(الانفعالية والمزاجية) لمحمود أبو النيل(1995)، واختبار تفهم الموضوع للراشد TAT، وتكامل المنهجين العيادي والوصفي التحليلي؛ سمح لنا بإثبات أن حالات الدراسة (العيادية) تتميز ببنية نفسية مرضية هشة، وضعيفة، وخرافية، وهي تجعل هؤلاء الأفراد أكثر استعداد من غيرهم للإصابة بالمرض؛ كما تنتشر الاضطرابات العصابية بين الحالات المدروسة بنسب كبيرة.

الكلمات المفتاحية: الاضطراب النفسي، علم النفس المرضي، المنظور الثقافي الشعبي، البنية النفسية المرضية، الاضطرابات العصابية.

مقدمــة:

تعتبر الثقافة عاملا محددا للشخصية السوية والشاذة بأبعادها المختلفة، فلا يمكن دراسة أي نماذج إنسانية 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 (محمد يسرى إبراهيم دعبس، 1997: 33)، وفي هذا السياق يؤكد بن عبد الله أن الثقافة هي التي تنتج بالفعل نفسية الفرد بل إن دورها بارز في بناء "النواة الشعرية" لكل إنسان(محمد بن عبد الله، 2010: 17)، وهذا 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.

إن الكتابات في النماذج النفسية المرضية هي قليلة بالجزائر، وذلك راجع إلى الافتقار إلى نماذج عيادية مؤسسة لتوظيف نفسي خاص ومتفق عليه لدى الأوساط العلمية في علم النفس المرضي، فغالبا 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(عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، 2008: 117)، 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 نجد أنه مفهوم عالمي، وذلك من حيث التقاء المفاهيم الأساسية التي يبني عليها تكوين الفرد(عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، 2008: 118).

ولكن تبقى ديناميكية العلاقات الأوديبية 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"، والأوديب 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 علاجا نفسيا داخليا معمقا، ويقتصر فقط على رغبتهم في تخفيف معاناتهم الشديدة، أما البعض الآخر فيلجئون إلى العلاجات

الكيميائية الطبية، أو التقليدية السحرية(عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، 2008: 118).

إن معتقدات 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 أيضا من المواضيع التي تشكل طابوهات في المجتمع؛ فتاريخ المريض الجزائري المليء بالتدخلات العلاجية المتعددة خصوصا التقليدية منها قبل وصوله إلى العلاج النفسي، يزيد من خطورة الحالة وتعقيدها، مما يؤدي 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 السواء والشذوذ، وفي هذا الشأن يقول Toualbi: "إننا نشاهد حاليا عودة قوية للاعتقادات والطقوس الدينية وما جاورها (الوَعدة وزيارة الأضرحة)، كوسيلة لمقاومة التجريد والتغيير الاجتماعي.."(Toualbi ,N, 1974: 75).

أولا: مشكلة الدراسة.

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، أما ابن سينا فيرفض وجودهم، ويفسر وجود لفضة الجن في القرآن الكريم كتجريد فقط (بدرة معتصم ميموني، 2005: 26).

إن نسبة الإصابات المختلفة إلى الجن هو واقع اجتماعي، فزبائن "الطُلبة" والسحرة يأتون من كل الفئات الاجتماعية باختلاف مستواهم الثقافي والاقتصادي، وهذا يدل على أنه مهما كان التكوين العلمي والثقافي، فإنه لا يمحي 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 (بدرة معتصم ميموني، 2005: 27).

أما السحر و"الطلسمات" فإنها تنسب إلى أفعال الجن ومنهم "هاروت" و"ماروت" من عهد سليمان، والإسلام لا ينفي مفعوله، وهذا ما يعطيه قوة ووزنا في التصور الشعبي (بدرة معتصم ميموني، 2005: 29)، وما قد يترتب عنه من 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.

إن علماء النفس لا يعترفون بهذه الحالات، ويصنفونها ضمن الاضطرابات النفسية والعقلية، إذ يشير بن عبد الله في هذا الصدد أن الحالات السيكوباتولوجية المشبعة بالخلفية الثقافية، والتي تغذيها المعتقدات والتصورات السائدة في المجتمع المغاربي؛ يدرجها بعض الإكلينيكيين ضمن ما يسمونه بالنشاط الهذياني الهلوسي ويصنفونها ضمن ذهان الهلوسة المزمن PHC (محمد بن عبد الله، 2010: 90)، 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 بين الرفض المطلق وإمكانية حدوث ذلك، 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 (الدين والمعتقدات الشعبية) تؤيد إمكانية حدوث "المس" و"السحر" و"العين"، فهل كل فرد منا معرض للإصابة بها؟ أم هناك مميزات وخصائص تتوفر بالشخص المستهدف تسهل إمكانية حدوث ذلك؟ ولتحديد مشكلة الدراسة وصياغتها بشكل أفضل وأكثر دقة نطرح التساؤلات التالية:

1.هل تتميز الحالات التي تُشخص من المنظور الثقافي الشعبي على أنها "مس" أو "سحر" أو "عين" ببنية نفسية مرضية؟

2.ما مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الحالات المصابة بـ "المس" أو "السحر" أو "العين"؟

ثانيا: فروض الدراسة.

1.تتميز الحالات التي تُشخص من المنظور الثقافي الشعبي على أنها "مس" أو "سحر" أو "عين" ببنية نفسية مرضية تجعلها أكثر استعدادا للمرض.

2.تنتشر الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بشكل كبير بين الحالات المصابة بـ المس" أو "السحر" أو "العين".

ثالثا: أهداف الدراسة.

- الكشف عن مدى وجود الاستعداد النفسي (البنية النفسية المرضية) للإصابة بـ "المس" أو "السحر" أو "العين".
- الكشف عن مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الحالات المصابة بـ "المس" أو "السحر" أو "العين".

رابعا: أهمية الدراسة.

- 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.
- الاستفادة من الحقائق التي تكشف عنها الدراسة في مجالات الخدمة الإكلينيكية، وبالتالي الرفع من كفاءة التشخيص والعلاج النفسي، والمساعدة على التخطيط لوضع برامج تأهيلية، وتطوير خدمات الصحة النفسية بصفة عامة.
- تعتبر هذه الدراسة الوحيدة ـ في حدود علم الباحثة ـ التي حاولت دراسة "المس" و"السحر" و"العين" من الناحية السيكولوجية، وبالتحديد من حيث البنية النفسية المرضية، وبالتالي سيساهم هذا البحث في إثراء وتزويد المعرفة والبحث العلمي بنتائج جديدة.

خامسا: حدود الدراسة.

حدد هذا البحث بدراسة البينة النفسية لثلاث حالات تعاني من "المس" و"السحر" و"العين" على الترتيب(دراسة عيادية)، وبدراسة وصفية تحليلية لـ(45) حالة تعاني من "المس" و"السحر" و"العين" من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، فهذا البحث يقتصر على دراسة الحالات المذكورة (العيادية والوصفية)، وبمواصفات عينة البحث على مستوى الغرب الجزائري (ولاتي تلمسان وسيدي بلعباس)، وذلك من تاريخ جوان 2012 إلى غاية جوان 2013.

سادسا: التعاريف الاجرائية لمصطلحات الدراسة.

1- الاضطرابات الانفعالية والمزاجية:

هي حالة تكون فيها ردود الفعل غير مناسبة لمثيراتها، ويعبر عنها من خلال تغيرات تحدث داخل الجسم وخارجه، وهي عبارة عن بعد متصل يمتد من أقصى الشعور بالارتياح والاتزان الانفعالي، إلى أقصى الشعور بالتعاسة والاضطراب(العيد فقيه، 2007: 286).

التعريف الإجرائي: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص/ة على مقياس كورنل للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية)، بحيث يعاني الفرد من الاضطراب الانفعالي والمزاجي كلما ارتفعت درجته عن المتوسط في أي مقياس من المقاييس الفرعية التالية: عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر.

2 ـ البنية النفسية المرضية:

يعتبر "J. Cournut " البنية النفسية: "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"(عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة، 2008: 40).

وترى "Chabert" البنية: "كطاقة كامنة للتحولات تفسح المجال لإمكانية إنزلاقات سيكومرضية من خط لآخر، ودون أن تشل ديناميكية التغير النفسي، لذا فإن حركات التنظيم والاختلال (أي السواء واللاسواء) لا تندرج في محور وحيد، بل تنتشر على عدة سلاسل تطورية ذات علاقة فينا بينها، وتبقي المسافة ضيقة بين البنية التي تحدد التطور، والظرف "conjoncture " الذي يقلب البنية"(عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة، 2008: 40).

التعريف الإجرائي: البنية النفسية هي ذلك التركيب أو التنظيم النفسي الذي يميز كل فرد منا، وهي تتشكل انطلاقا من مجموعة من الأبعاد التي تظهر على مستوى اللاشعور، مثل مستوى نكوص الليبيدو(التثبيت)، وطبيعة الصراع النفسي والقلق، والعلاقة بالموضوع(الأم)، وميكانيزمات الدفاع الأساسية، وتتحدد نوع البنية النفسية المرضية (التنظيم النفسي) للحالة من خلال تحليل السياقات، وتحديد الاشكالية العامة لاختبار تفهم الموضوع للراشد(TAT)، ومن ثم استنتاج الفرضية التشخيصية للتنظيم النفسي الذي يمكن أن يكون تنظيم عصابي، أو تنظيم ذهاني، أو تنظيم بيني (حدي).

سابعا: الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطــار النظـري

1 ـ مفهوم البنية النفسية المرضية:(La structure psychopathologique)

أ ـ مفهوم البنية: ترى "ميموني" أن البينة هي:" نوع من التركيب الخاص بالكائنات أو الأجسام، ونوع التركيب هو الذي يعطي نوع البنية"، والبنية عند الجشطالتية هي:" مجموع لا يتجزأ مدرك كليا من طرف الفرد، وليس للجزء معنى إلا بالكل"(بدرة معتصم ميموني، 2005: 57).

ب ـ مفهوم البنية في علم النفس المرضي: يعرف" Bergeret" البنية النفسية بقوله:" البنية هي تنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتاسيكولوجية (Elément métapsychologique) أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية"(بدرة معتصم ميموني، 2005: 57).

2 ـ تكوين بنية الشخصية: يحدد "Bergeret" ثلاثة مراحل لتكوين بنية الشخصية نشرحها فيما يلي(بدرة معتصم ميموني، 2005: 57):

أ ـ المرحلة الأولى: تبدأ من الولادة، ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفسي جسمي، 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 فريد.

ب ـ المرحلة الثانية: يتطور اللبيدو 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 اللبيدو ويتقدم تبعا لـ:

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

ـ تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصدمات وتقمصات ايجابية.

ـ تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية.

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

ج ـ المرحلة الثالثة: مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة، ولا تتغير في توجُههَا الأساسي، ما دام صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحباط أساسي أو صراعات قوية ...إلخ)، فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخا في البنية، وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها، بحيث يتمركز الصراع في البينة العصابية 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 والإنحرافات، وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات" organisation" قابلة للتغير، وليس كبنية ثابتة لأنها ممكن أن تتطور إلى مسار الذهان أو العصاب.

3 ـ مكونات بنية الشخصية:

تتحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية بخمسة أبعاد، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات، وهي كالتالي (بدرة معتصم ميموني، 2005: 58):

أ ـ مستوى نكوص الليبيدو والأنا (التثبيت):

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

البنية العصابية: يرجع نكوص الليبيدو 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.

ب ـ نـوع القلـق:

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 مُرَكَز على ماضي شهواني" Erotisé".

التنظيم البيني: هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيار.

ج ـ 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 ـ أم ـ أب "

التنظيم البيني: علاقة ثنائية إتكالية: "طفل ـ أم " وليست اندماجية.

د ـ طبيعة الصـراع:

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 البيني: 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.

ه ـ الآليات الدفاعية الأساسية:

البنية الذهانية: الانكار"Deni" أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.

البنية العصابية: 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.

الدراســات السابقــة.

دراسة عبد اللطيف محمد خليفة(1982): هدفت إلى 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 الحسد (61 % من الأميين مقابل7% من المتعلمين تعليم عالي)، أو العفاريت والأسياد (64% من الأميين مقابل7 % 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 علي عويطة (Aouattah, Ali, 1993): حاولت 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 والهذيان والتجسيم" La somatisation"، وتلونها بعناصر هلوسية لغوية وبصرية، فالوجود المكثف لهذه المواضيع (سحر، أوعين 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 العصابية أو الذهانية الحادة أو المزمنة، والهذيان الذي يطبع كل الحالات المرضية في المغرب العربي ليس محصورا في التصورات والهوامات الخاصة بالفرد كما هو الشأن في الغرب، وإنما يعكس الخلفية الثقافية التي تتميز بهلوسة الواقع، أو إدراك بدون موضوع، كما تعتبر خاصية التجسيم واحدة من أهم ثوابت الخطاب الإثنوبسيكياتري "ethnopsychiatrie" عند المريض المغربي، فهي تصبغ معظم اللوائح النفسية المرضية، ومن بينها الحالة الاكتئابية.

دراسة الخَولَى(1996): هدفت إلى دراسة 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 ي 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 الممسوسات، فوجدت أن الصراع المسيطر على المرأة الممسوسة يدور حول محورين أساسيين هما الجنس والدين، وأنها يمكنها الادعاء بموجب مرضها، أن الجان الذي بداخلها يمنعنها 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): هدفت دراستها الموسومة بـ: "صحة النساء النفسية بين أهل الدين والعلم" بالكشف عن واقع الصحة النفسية لدى المرأة، من وجهة نظر المؤتمنين عليها (المختصين النفسيين ورجال الدين)، ومن أهم نتائجها أن الغلبة المطلقة في جمهور المرضى هم النساء(الممسوسات المحسودات)، وأن الجن مخلوقات تستطيع أن تخرق جسد الإنسان، والتأثير على صحته وسلوكه، وهي تمس الإنسان لأسباب عديدة منها قابلية الشخص للمس، وكذا طبيعة الجن نفسه، كما أكدت 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)، والتي أجريت على عينة شملت(1003) فردا من المثقفين موزعة بين طلاب الجامعة، موظفين، ومعلمين، والتي كشفت نتائجها أن شريحة كبيرة من أفراد العينة تؤمن بالخرافات والسحر، إذ أن الإيمان بفكرة الحسد تتصدر هذه المعتقدات، ثم تأتي فكرة الخوف من الأماكن المهجورة، والإيمان بالسحر، وأخيرا استحضار الأرواح الشريرة وقراءة الطالع، كما تبين وجود فروق دالة إحصائيا 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): هدفت دراسته الموسومة بـ: "المعتقد الشعبي للأمراض العقلية والعصبية: الصرع الطفولي نموذجا" إلى 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 أجريت الدراسة بمركز للمعوقين بولاية سيدي بلعباس، وتكونت العينة من (103) معالج تقليدي، و(15) حالة صرع، ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن التصور الشعبي لأمراض الصرع يختلف عن النموذج الطبي من حيث الأسباب، 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، وهي تؤثر 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 بالمنفرات، والتي قد تكون عبارة عن كلمات معينة، أو عقاقير، أو مواد معينة مثل "الكافور" و"الحلتيت"، ويكون هذا على شكل طقوس يقوم بها المعالج التقليدي، والتي تختلف ما بين "الطلبة"، و"الرقاة"، و"العجائز".

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 ـ 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 .

تعقيب على الدراسات السابقة:

إن الدراسات التي تناولت موضوع الاضطراب النفسي من جانب الأنثروبولوجية 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 ـ في حدود علم الباحثة ـ التي أشرنا إليها، وهذا راجع لاعتبار المرض النفسي ظاهرة مركبة وشديدة التعقيد، وتحتوي على متغيرات نفسية، وثقافية، واجتماعية متعددة مع تحيز الشعور العام ضده، وجهل 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.

توجد من الدراسات المحلية دراسة المختار مقسم (2002) التي أبرزت مدى تأثير الثقافة الشعبية الجزائرية في تشكيل الاضطراب النفسي، ودراسة علي عويطة (1993) التي حاولت الكشف عن سيكوباتولوجية الشخصية المغاربية، وبعض الخصائص الإكلينيكية للاضطراب النفسي في ظل خصوصية الثقافة المغاربية، كما توجد بعض الدراسات العربية كدراسة عبد اللطيف بن خليفة(1982) التي

حاولت الكشف عن المعتقدات نحو المرض النفسي خصوصا فيما يتعلق بتأثير الثقافة على هذه المعتقدات.

أما دراسة عزة بيضون (1998) التي اهتمت بدراسة الصحة النفسية للمرأة، ودراسة الخَولَى (1996) حول إصابة النساء بالمس، والتي أسفرت على نتائج مهمة؛ تعتبران الدراستين الوحيدتين ـ في حدود علم الباحثة ـ التي درست "المس" من الناحية النفسية (الدوافع والوظائف النفسية)، ولكنهما أهملت الرجل كشخص يمكنه الإصابة بـ "المس"، كما لا ننسي أهمية الدراسات التي تناولت العقلية الخرافية السائدة في المجتمعات العربية، وتأثيرها على معتقدات وتصورات الأفراد حول المرض النفسي، كدراسة علي أسعد وطفة (2001)، ودراسة عبد اللطيف محمد خليفة(1982)، ولكن لا توجد دراسات كبيرة وعميقة ـ في حدود علم الباحثة ـ تبين مدى تأثير اختلاف وتباين الثقافات في تشكيل أنماط معينة من الاضطرابات النفسية خصوصا في الجزائر، فيمكن القول أننا استفدنا من خلال الاطلاع على هذه الدراسات في بناء فكرة الدراسة، وتحديد مشكلتها، وصياغة تساؤلاتها، وإعداد أدواتها، وتحليل نتائجها.

ثامنا: إجراءات الدراسة الميدانية.

1 ـ منهج الدراسة: تعتمد هذه الدراسة على المنهج العيادي، والذي نحاول من خلاله البحث عن إمكانية وجود بنية نفسية مرضية لثلاث حالات عيادية، وذلك باستعمال تقنيات الملاحظة، والمقابلة، والاختبارات النفسية، وتعتمد أيضا على المنهج الوصفي التحليلي بدراسة (45) حالة من المصابين بـ"المس" و"السحر" و"العين"، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لفرضيات هذا البحث مثل النسب المئوية، والتكرارات، والوسيط.

2 ـ مجتمع وعينة الدراسة.

أ ـ **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 المرضي المترددين على المعالجين التقليديين، والذين شخصوا حالاتهم سواء على أنها حالة "مسّ أو "سحر" أو "عين".

ب ـ حجم عينة الدراسة وأسلوب اختيارها: تكونت عينة الدراسة الأساسية من (45) فردا ممن يعانون من "المس" و"السحر" و"العين"، منهم 12 حالة من الذكور و33 حالة من الإناث، ويتراوح سنهم ما بين 18 و33 سنة، حيث تكونت العينة من (10) أفراد ممن يعانون من "المس"، و(18) فردا ممن يعانون من "السحر"، و(17) فرادا ممن يعانون من "العين"، وبالتالي فطبيعة هذه العينة هي قصديـة، وقد اختيرت بأسلوب المعاينة الغير احتمالية .

3 ـ أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.

أ ـ 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 قاما الباحثان أمين القريطي وعبد العزيز الشخص(1992) بمراجعة الآراء المختلفة حول مفهوم الصحة النفسية، ومن ثم الخروج بالتعريف الإجرائي الذي يحدد الأبعاد الأساسية للمقياس، ومراجعة ما توافر لدى الباحثين من مقاييس قدمت لقياس الصحة النفسية في المجتمع العربي، مثل مقياس الصحة النفسية السليمة لنبيل إسماعيل(1980)، ومقياس الصحة النفسية للشباب والراشدين لسيد عبد الحميد وفاروق عبد السلام(1981)، بالإضافة إلى ما توافر لديهما من مقاييس الشخصية والتوافق، ثم 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 للتحليلات الإحصائية باستخدام أسلوب التحليل العاملي، لاستخراج معاملات الارتباط بين بنود المقياس، وكذلك درجة تشبع الأبعاد المختلفة بهذه البنود.

وصف المقياس: يتكون مقياس الصحة النفسية للشباب من 105 بندا، تغطي مظاهر وأبعاد الصحة النفسية، وتتم الإجابة على كل بند بإجابة ثنائية(نعم أولا)، وعلى المفحوص أن يختار إجابة واحدة بينهما، وبنود 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، وتعبر 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 تجعله 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، وعلاقات 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، والسيطرة على الانفعالات، والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعيا، كما يعني ثبات الاستجابات الانفعالية للفرد، واستقرارها إزاء المواقف المشابهة، وعدم الاستسلام للقلق 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 العصابية: 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، وانحرافا معياريا 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 تم استخراج معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس من جهة، والدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى.

وقد أكدت النتائج أن معاملات ارتباط بنود الأبعاد الفرعية للمقياس بالدرجة الكلية لكل بعد منها هي دالة عند مستوى 0.01، كما 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، وقد تبين أن الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ب ـ قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية.

التعريف: قام بتعريب وإعداد قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية الدكتور محمود السيد أبو النيل(1995) بجامعة عين شمس، والتي تضم 223 سؤالا بـ 18 مقياسا، والمقياس أُعد أصلا كوسيلة للحصول على بيانات تتعلق بالنواحي السيكوسوماتية والعصابية، وقد استعملنا في هذا البحث فقط الجزء الخاص بالنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية)، والذي يضم على 51 سؤالاً موزعة على ستة مقاييس فرعية وهي: عدم الكفاية M =12، الاكتئاب N = 6، القلق O= 9، الحساسية P=6، الغضب Q= 9، التوتر R=9، ويحدد وجود الاضطراب الانفعالي والمزاجي عندما ترتفع درجته عن المتوسط، ويكون أقل وجودا عندما تنخفض درجته عن هذا المتوسط.

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 إحصائيًا عند مستوى دلالة معنوية 0.01 عند فئة الأسوياء، ودال إحصائيًا عند مستوى دلالة معنوية 0.01 عند فئة المرضى، مما يؤكد صدق المقياس.

صدق المقياس في البيئة الأمريكية: 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 - اختبار تفهم الموضوع للراشد(TAT).

التعريف: يعتبر اختبار تفهم الموضوع للراشد (TAT) من أهم الطرق الاسقاطية بعد اختبار الرورشاخ، فهو اختبار مناسب للكشف عن البنية النفسية للفرد، والكشف عن الصراعات النفسية الداخلية والعلائقية، وتحديد مصدرها وأصلها، كما يكشف عن الميكانزمات الدفاعية التي يستعملها المفحوص لإرصان هذا الصراع، ويتكون الاختبار من (31) لوحة فيها صور ورسومات مبهمة، أغلبها مشكلة من شخص (12 لوحة)، أو أشخاص (15 لوحة)، في حين تصور لوحات أخرى نادرة (3 لوحات) مشاهد طبيعية مختلفة، بالإضافة إلى لوحة بيضاء (اللوحة رقم 16)، وتحمل لوحات الاختبار أرقاما 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 رقما فقط وعددها (11 لوحة)، أما الباقية فهي متغيرة حسب السن والجنس، ويكون فيها الرقم التسلسلي مصحوبا بالحرف الأول من الكلمة الأصلية بالإنجليزية B= boy (ولد)، G = Girl (بنت)، M= male (رجل)، F= femelle (امرأة).

التطبيق: يطبق الاختبار في حصة واحدة، وبمعدل(13) لوحة لكل صنف من الأشخاص، أولا نعرف المفحوص بالاختبار، ونحضر مادته حيث تكون اللوحات مرتبة ومقلوبة وفي الجهة اليسرى للمكتب، مع الإشارة إلى أن اللوحة(16) تقدم في الأخير، أما تعليمة الاختبار ملخصة على الشكل التالي: "تخيل (ي) قصة انطلاقا من اللوحة"، وهي تضع المفحوص في وضعية متناقضة بين حرية الذهاب بالخيال إلى أبعد حد من جهة، مع ضرورة التقيد بالصورة الواقعية المفروضة عليه.

التصحيح: 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 لشنتوب (1990) بما يسمى بديناميكية السياقات(عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة، 2008: 189).

-استنتاج إشكالية كل لوحة انطلاقا من هذه الديناميكيات.

-تجميع السياقات في شبكة الفرز على شكل خلاصة موضوعة في جدول.

-تحليل السياقات العامة للاختبار ثم تحديد الإشكالية العامة.
-استنتاج الفرضية التشخيصية للتنظيم النفسي أو البنية النفسية المرضية.
4 ـ الأساليب الإحصائية. من أجل التحقق من فروض الدراسة تم الاعتماد على عدد من الأساليب الإحصائية منها: التكرارات، والنسب المئوية، والوسيط الحسابي.

تاسعا: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

1 ـ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

نص الفرضية: تتميز الحالات التي تُشخص من المنظور الثقافي الشعبي على أنها حالات "مس" أو "سحر" أو "عين" ببنية نفسية مرضية تجعلها أكثر استعدادا للمرض.

وللتحقق من ذلك قمنا بدراسة عيادية لثلاث حالات، الأولى تعاني من "المس"، والثانية من "السحر"، والثالثة تعاني من "العين"، حيث قام بتشخيص حالتها عدة معالجين تقليديين، وقد تمت دراسة الحالة من خلال التعريف بها، وعرض مشكلتها(التاريخ المرضي الحالي والسابق، ومستوى الدافعية للعلاج)، وتاريخ الحالة (المجال العائلي، والشخصي، والجنسي، والتعليمي، والمهني، والطبي)، ومصادر جمع المعلومات (المقابلات مع الحالة والأهل، وعرض نتائج الاختبارات)، وتحليل اللوحة الإكلينيكية، والتشخيص النهائي للحالة، وذلك من خلال الاستعانة بمعايير(DSM – IV).

وقد اتضح من خلال دراسة الحالة الأولى (المصاب بالمس) أنها تتميز بمجموعة من الصفات والخصائص نلخصها فيما يلي:

قامت الحالة (ذكر) 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، وذلك بطريقة تهويلية ومأساوية ودرامية.

ظهور التمثيل والمسرحية والاندفاعية، ويظهر ذلك في النوبات الانفعالية والغضب والصراخ والتهديد والشتم، وذلك عندما لا تلبى رغباته خصوصا من طرف الوالدين، تهديدهم بالهروب، والتخلي عن المنزل أو" الحرقة " كأسلوب للمساومة والابتزاز.

عرف العديد من العلاقات العاطفية الفاشلة، ويحاول لفت انتباه الفتيات بكل الطرق، برومنسيته ورهافة حسه وحساسيته الشديدة وعاطفته الزائدة؛ فيحاول الدخول في علاقات عاطفية وجنسية كثيرة، وذلك على شكل إغواء جنسي، ولكنها سطحية وساذجة وغير ناضجة، وسرعان ما تتغير وتتبدل.

يتميز بعدم النضج العاطفي، ذكاءه دون المتوسط، وهذا ما يبرر سذاجته، كما يظهر ذلك في ارتباطه الشديد بالأم (الاعتمادية)، وسطحية 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 عن طريق السلطة، وتعويض نقائصه وعيوبه.

هناك ضغوط انفعالية قبل المرض، مشكلة ضيق السكن، الخلافات الزوجية والعائلية.

التعبير الجسدي بالإغماء ومحاولات الانتحار الفاشلة.

الإفراط في التعبير الذاتي مع سطحيته وافتقاده للتفاصيل.

وجاءت نتائج اختبار تفهم الموضوع للراشد كما يلي:

الجدول رقم (1): يوضح خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) للحالة المصابة بـ "المس".

سياقات (A)	سياقات (B)	سياقات (C)	سياقات (E)
		CP1=35	
	B1.1=6	CP2=6	E3=2
	B1.2=6	CP3=2	E6=2
	B1.3=4	CP4=2	E8=4
		CP5=3	E9=6
		CP6=13	E10=2
A1=0		CP=61	E12=2
		CN2=15	E14=4
	B1=16	CN4=3	E15=1
		CN5=3	E16=1
		CN10=2	
		CN=23	
		CM1=2	
		CM2=2	E=24
		CM=4	
A2.1=3	B2.1=3	CC1=2	
A2.3=8	B2.2=2	CC2=2	
A2.5=1	B2.3=6	CC3=3	
A2.8=2	B2.4=5	CC=7	

A2.13=2 A2.17=9 A2=25	B2.5=3 B2.9=5 B2.10=3 B2.12=1 B2.13=1 B2=29	CF1=12 CF2=4 CF3= 26 CF=42	

واستناد إلى معطيات دراسة الحالة، وخلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT)، فالبنية النفسية للحالة تأخذ وجهة هستيرية (CP=61, CF=42, A2=25 B2=29, B1=16,)، 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 والتحكم فيه، ولكن عند المقارنة بين شبكة التوظيف العصابي (الهستيريا)، وشبكة الهستيريا الخطيرة (عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، 2008، ص193- 210)، يظهر لنا أن الحالة يمتلك **توظيف هستيري لا نموذجي خطير**، وذلك اعتبارا لعدة نقاط مهمة:

-ورود السياقات الأولية بشكل ملفت للانتباه (E=24)، والذي يدل على نقص التحكم النزوي الليبيدي (E8=4)، وبروز خشية التخلي 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.

كما يتضح من خلال دراسة الحالة الثانية (أنثى مصابة بالسحر) أنها تتميز بمجموعة من الصفات والخصائص نلخصها فيما يلي:

-وجود الهلاوس والخداعات البصرية (خيالات في الحائط، وظل امرأة، وعناكب) .

-مواضيع تتعلق بالتوهم الجسدي والتحول، مثل تغيرات في شكل ولون البشرة، ديدان وحشرات تأكل جسدها، على شكل حكة جلدية قوية إلى درجة احمرار قوي للجلد بشكل غير طبيعي، اسوداد الوجه، برودة شديدة في الجسد).

-الرغبة القوية في الصراخ، والتكسير، والتحطيم، وسيطرة مشاعر الخوف ليلا بتصور أشياء تأتي خلفها.

-عدم التناسق اللغوي مع غموض الكلام، والاحساس بحرقان قوي على مستوى رأسها.

-مواضيع تتعلق بالتملك والتأثير من قبل قوى خفية (Les thèmes de possession , d'influence 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 persécutoires).
-انخفاض القدرة وانزعاج حاد من إقامة العلاقات الحميمية (الخوف من الجنس).
وجاءت نتائج اختبار تفهم الموضوع للحالة بتحليل السياقات العامة كما يلي:
الجدول رقم (2): يوضح خلاصة السياقات العامة لاختبار (TAT) للحالة المصابة بـ "السحر".

سياقات (A)	سياقات (B)	سياقات (C)	سياقات (E)
		CP1=29	E1=2
A1.1 =6	B1.1=2	CP2=3	E2=1
A1.2=2	B1.2=2	CP3=7	E3=1
A1.3=1		CP5=3	E6=2
	B1.3=2	CP6=10	E4=1
A1=9		CP=52	E8=2
		CN1=8	E9=4
	B1=6	CN2=27	E11=2
		CN5=7	E10=4
A2.1=4	B2.1=5	CN9=4	E14=9
A2.2=2	B2.3=4	CN10=7	E15=2
A2.3=18	B2.4=6	CN=53	E20=1
A2.8=11	B2.6=1	CM1=16	
A2.10=1	B2.8=4	CM2=4	E=31
A2.11=2	B2.9=5	CM=20	
A2.13=3	B2.10=1	CF1=16	
A2.17=36	B2.11.4	CF3=43	
A2=77	B2=30	CF=59	
		CC=2	

واستنادا على أهم النقاط البارزة في تحليل المقابلات العيادية، ونتائج اختبار (TAT)، فالبنية النفسية للحالة تتعلق **ببنية من النمط الفصامي**(A2=77 , une structure schizotypique (CP=52 , CM=20 , E=31 , N=53 ، لأن هذا النوع من البنية يصاحبه عادة القلق والاكتئاب، وهذا ما يؤكده اختبار كورنل للنواحي العصابية، حيث يقدر الاكتئاب بـ (6/5) والقلق بـ (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.

أما الحالة الثالثة، وهي أنثى مصابة بـ "العين"، فإشكاليتها العامة حسب اختبار تفهم الموضوع للراشد تدور في الأساس حول الصراع الأوديبي وقلق الإخصاء، صراع نفسي داخلي يتمثل في قلق الانفصال، وصراع نفسي علائقي تمثل في العلاقة بالأم والأب، إذ يوجد تناقض وجداني مكبوت تجاه الأم، وعدوانية مباشرة تجاه صورة الأب، وجاءت نتائج تحليل السياقات العامة للاختبار كما يلي:

الجدول رقم (3): يوضح خلاصة السياقات العامة لاختبار(TAT) للحالة المصابة بـ "العين".

سياقات (A)	سياقات (B)	سياقات (C)	سياقات (E)
		CP1=13	
A1.3=1	B1.2=1	CP2=10	E1=2
	B1.3=2	CP3=3	E4=1
	B1.4=1	CP4=1	E6=2
		CP5=6	E9=5
	B1=5	CP6=1	E11=1
A1=1		CP=34	E12=1
		CN1=19	E14=3
		CN2=2	E15=1
		CN3=1	E17=1
		CN4=1	E20=1
		CN5=6	
		CN7=1	
		CN8=1	E=18
		CN9=1	
		CN=32	
		CM1=4	
		CM=4	
A2.1=3	B2.1=10	CC2=1	
A2.2=2	B2.3=10	CC=1	

A2.3=7 A2.6=6 7A2.7= A2.8=12 A2.9=1 A2.11=6 A2.13=6 A2.14=1 A2.17=22 A2=69	B2.4=8 B2.5=1 B2.8=1 B2.9=6 B2.11=4 B2.12=2 B2=42	CF1=18 CF2=4 CF3=19 CF=41	

واستنادا على معطيات المقابلات، وخلاصة السياقات، والإشكالية العامة للاختبار، تبين أن الحالة تتميز **ببنية نفسية وسواسية ـ قهرية نموذجية** (A2=69)، لأن سياقات الرقابة والتشدد ترافقت مع سياقات المرونة والواقعية (CF=41، B2=42)، فجعلت توظيفها النفسي مرنا، ونموذجيا، وغير صلب.

إن الدراسة العيادية أثبتت أن الحالة الأولى المصابة بـ "المس" تتميز ببنية هستيرية لا نموذجية خطيرة، والحالة الثانية المصابة بـ "السحر" فتتميز ببنية من النمط الفصامي، أما الحالة الثالثة المصابة بـ "العين" فتتميز ببنية نفسية وسواسية ـ قهرية نموذجية، ونفسر هذه النتيجة بما أكده "Boddy" حيث يرى أن الرغبة العامة للجن في مس الإنسان، تكاملها قابلية هذا الأخير لذلك، وتحددها أحواله وسماته الشخصية، أو ضغوط واقعية، أو تعرضه في تاريخه الشخصي لحوادث هلعة وقوية؛ فالإنسان المكتئب أو القلق أو المريض هو هدف سهل للإصابة بالمس(عزة شرارة بيضون، 1998: 145)، كما يؤكد هذه النتيجة "Racy.J" كون الشخص الذي يعيش وضعية ضاغطة على المستوى العاطفي والعلائقي (خلاف، أو فقدان حبيب، أو موت عزيز) هو معرض أيضا للمس(عزة شرارة بيضون، 1998: 145)، وهذه النتائج تتفق مع ما خلصت إليه دراسة الحالة الأولى، والتي تؤكد تعرض الحالة الأولى خلال مسار حياته لمجموعة من الضغوط على المستوى النفسي، والعاطفي، والعلائقي منذ الصغر(ضغوطات وقلق أثناء الحمل والنفاس، وخلافات بين الأبوين، ومشاكل السكن والاستقرار).

كما يرى ميخائيل أسعد أن الشخصية التي لديها استعداد فصامي، تكون أكثر قابلية للسحر من الشخصية التي ليس لديها هذا الاستعداد (عبد الرحمان العيسوي، 1983: 23)، وهذا تطابق تماما مع دراسة الحالة الثانية المصابة بـ" السحر"، والحسد 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 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، 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 (عبد الرحمان العيسوي، 1983: 23)، وهذا تطابق أيضا مع الحالة الثانية والثالثة.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما يؤكده (الحلبي علي بن حسن الأثري، 1996: 47) في أن انتشار العلاج بالقرآن الكريم، ورؤية الناس لبعض حالات "المس"، وانتشار القصص عنها؛ 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، وتختل وظائف غدده، ثم يوحي لنفسه بأنه مسحور، فتظهر عليه علامات "المس" أو "السحر"، وربما تحدث له تشنجات أو إغماء بما يسمى بالإيحاء الذاتي.

ويشير (الحلبي علي بن حسن الأثري، 1996: 49) 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 بـ "المس" يسبب فعلا أمراض عضوية حقيقية، وتصبح الآلام صادرة عن إصابة في الجسد، وليس مجرد توترات وتقلصات، وأن دخول الجن بدن الإنسي هو قليل ونادر الحدوث، وليس كما يتصور العامة من الناس، والذين يتزاحمون على طوابير المشعوذين والمشايخ، دون التمييز بين ما هو مرض عضوي أو نفسي محض.

وجاءت هذه النتائج متوافقة مع الدراسة العيادية للحالات الثلاثة، حيث يتميزون بما يلي:

-القابلية الشديدة للإيحاء (تغير الأعراض بمجرد الذهاب إلى المعالج التقليدي).

-تعرضوا لضغوطات أسرية ومجتمعية قبل الإصابة بالمرض (خلافات بين الأبوين، وانفصال عن الوالدين في الصغر، وقسوة الأب، والصرامة في التربية، ومشاكل اقتصادية أو معيشية أو تكيفية).

-يتميزون بتفكير خرافي بكل مميزات وخصائص العقلية الخرافية.

-يدعم محيطهم العائلي والخارجي هذه الخرافات ويؤكدها، وهذا ما يجعلهم أكثر استعداد، وإيحاء، وتأثرا بها، كما يسيطر عليهم التوهم والتخيل بكل أنواعه سواء على مستوى الأفكار أو المشاعر أو السلوك أو الجسد، فينتج عن هذا قلق أو اكتئاب أو أمراض عضوية، والتي وصلت في الحالات القصوى إلى درجة الهلوسة والهذيان (حالة السحر)، أو الانتحار(حالة المس).

2 ـ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

نص الفرضية: تنتشر الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بنسبة كبيرة بين الحالات المصابة بـ"المس" و"السحر" و"العين".

وللتأكد من صحة هذا الفرض، قمنا بحساب التكرارات، والنسب المئوية للاضطرابات الانفعالية والمزاجية الستة، انطلاقا من حساب الوسيط لكل اضطراب معين، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (4) : يوضح المقارنة بين النسب المئوية لمدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين المجموعات الثلاثة.

الاضطرابات الانفعالية والمزاجية	حالات المس			حالات السحر			حالات العين		
	ك	ن	%	ك	ن	%	ك	ن	%
عدم الكفاية	9	10	90	17	18	94,44	15	17	88,23
الاكتئاب	7	10	70	13	18	72,22	10	17	59
القلق	10	10	100	15	18	83,33	9	17	53
الحساسية	10	10	100	16	18	88,33	12	17	71
الغضب	10	10	100	14	18	78	11	17	65
التوتر	10	10	100	17	18	94,44	14	17	82,35

يظهر من خلال الجدول رقم(4) أن النسب المئوية لمدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى الحالات المصابة بـ "المس" هي أكبر بقليل من حالات المصابة بـ "السحر"، وأكبر منها بقليل من الحالات المصابة بـ "العين"، ويظهر ذلك جليا في الأبعاد الأربعة الأخيرة (القلق، والحساسية، والغضب، والتوتر)، حيث وجدت عند الحالات المصابة بالمس بنسبة 100 % في كل الأبعاد المذكورة، وتراوحت عند حالات المصابة بـ"السحر" ما بين (78 و94,44 %) تقريبا، في حين تراوحت عند الحالات المصابة بـ"العين" ما بين (53 و35, 82 %) تقريبا، وبصفة عامة يوجد شيوع كبير للاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى كل الحالات المدروسة سواء كانت حالات مصابة بـ"المس" أو "السحر" أو "العين".

ونفسر هذه النتيجة أن الحالات المصابة بـ "المس" أو "السحر" أو "العين" تعاني من وجود اضطرابات نفسية، وبالتحديد عصابية (انفعالية ومزاجية) معتبرة، وهذا ما يؤكده الشيوع الكبير والمهم لها في المجموعات الثلاثة، مع بعض التفاوت البسيط فيما بينها؛ فالشيوع الكبير للاضطرابات العصابية يؤكد على أن هذه الحالات ما هي في حقيقة الأمر إلا اضطرابات نفسية عصابية طغت عليها صبغة الثقافة الشعبية فسميت سواء بـ "المس" أو "السحر" أو "العين"، ولقد أخذت هذه الحالات تسميات ومظاهر وأعراض مختلفة ومتباينة، ولكنها تعكس حقيقة واحدة وأساسية، ألا وهي وجود المرض النفسي، ولكن في بعض الحالات، يكون الفرق دقيقا جدا بين الحالات النفسية وحالات الحقيقية للإصابة بالمس أو السحر، مما

يجعل الراقي الشرعي والأخصائي النفسي يخطئان أحيانا، لأن أعراض الحالات المصابة بالمس تشبه كثيرا أعراض حالات الهستيريا.

والسبب في أخذ الاعتبار بالمرض كسبب للتغير في السلوك واضطرابه قبل الأخذ بـ"المس"، يرجع إلى كون الأمراض النفسية شائعة جدا، بالمقارنة مع الحالات الحقيقية لـ "المس" و"السحر" أو "العين"، خاصة في عصر كثرت فيه الضغوط والتناقضات بكافة أنواعها، فما أكثر ما نتعرض له من مواقف يومية وانفعالات متغيرة ومستمرة، فهذه الحالات هي ناتجة عن البنية الهشة، والضعيفة، والمضطربة لشخصية من اعتبروا أنهم "ممسوسين" أو "مسحورين" أو "معيونين"، وليس نتيجة للتصنيف المرضي الثقافي لهذه الحالات، فهي ترتبط بالشخصية من حيث بنيتها، ومكوناتها، وخصائصها، وسماتها، وليس من حيث البعد الثقافي الذي تحمله، فليست كل الاضطرابات النفسية هي ناتجة عن وجود حالة من "المس" أو "السحر" أو "العين"، 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، فأصبح ترد وتنسب الكثير من الاضطرابات النفسية إلى وجود حالة من المس" أو "السحر" أو "العين".

وبالتالي يمكن القول أن أغلب هذه الحالات 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، والقلة القليلة من لديهم حالات حقيقية من "المس" أو "السحر" أو "العين"، وهذا ما أثبتته نتائج الفرضية الأولى، كون الحالات الثلاثة المدروسة عياديا كلها تملك بنية نفسية مرضية، تجعلهم أكثر استعدادا للإصابة بهذه الحالات.

عاشرا: مقترحات وتوصيات الدراسة.

- دراسات مستقبلية حول البنية النفسية لشخصية الساحر(ة)، ودراسات حول أسباب عزوف الناس عن العلاج النفسي بالمقارنة مع العلاج التقليدي في المجتمع الجزائري، أو دراسة الموضوع من حيث تأثير متغير الجنس والمستوى التعليمي ومنطقة السكن(ريف/حضر) والحالة الاجتماعية وغيرها من المتغيرات.
- ضرورة التنسيق والتعاون بين المعالج التقليدي (الراقي الشرعي) والمختص النفسي فيما يخص تشخيص وعلاج وتوجيه الحالات.
- ضبط وتأطير العلاج بالرقية الشرعية عن طريق منظومة أكاديمية وتكوينية ومهنية فعالة يمكنها حماية المريض والمعالج معا.

- تكثيف الحملات التحسيسية والتوعوية حول أهمية التوجه للعلاج النفسي كخطوة أولى في حالة ظهور أعراض نفسية معينة، والابتعاد قدر الامكان عن العلاجات التقليدية خصوصا التي تعتمد على الشعوذة.
- ضرورة وأهمية التأصيل الاسلامي لعلم النفس، وعلاج الاضطرابات النفسية في ظل خصوصية الثقافة الشعبية السائدة في المجتمع.

خاتمـــة.

تتميز الحالات التي تُشخص من المنظور الثقافي الشعبي على أنها "مس" أو "سحر" أو "عين" ببنية نفسية مرضية تجعلهم أكثر استعدادا للمرض، كما تتميز بنمط من الشخصية يكون هش، وضعيف، وخرافي، وقابل للإيحاء (عصابية أو ذهانية)، والذي يضرب بجذوره منذ الطفولة المبكرة، بل وأكثر من هذا منذ مرحلة الحمل والنفاس، والتي تكون مليئة بالصراعات والخلافات الزوجية والأسرية.

إن قلق الانفصال(L'angoisse de séparation) له دور كبير في الإصابة بهذه الاضطرابات، فكل الحالات 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 الفقدان، والتناقض الوجداني لصورة الأم، والتي تكون أحيانا كموضوع حامي وداعم، وأحيانا أخرى كموضوع مراقب ومضطهد.

كما اتسمت مرحلة الطفولة (للحالات العيادية) سواء باضطرابات علائقية مع الأب (قسوة الأب أو إدمانه) أو مع الأم (تدليل مع قلق)، ومشاكل 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 الشيوع الكبير لها عند جميع الحالات تقريبا سواء العيادية أو الإحصائية، والذي يدل أن أغلب الحالات المصابة بـ"المس" أو "السحر" أو "العين" ما هي في حقيقة الأمر إلا اضطرابات نفسية (رغم وجود بعض الحالات الحقيقية النادرة الحدوث وليست الوهمية)، وهي ناتجة عن بنية ومكونات الشخصية، متأثرة بمظاهر وخصائص الثقافة الشعبية السائدة في المجتمع خاصة المعتقدات الخرافية.

قائمة المراجـــع

1. الأثري، الحلبي علي بن حسن(1996).برهان الشرع في إثبات المس والصرع. (ط1). جدة: دار ابن حزم.
2. بن عبد الله، محمد(2010). سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
3. بيضون، شرارة عزة(1998). صحة النساء النفسية بين أهل العلم وأهل الدين. (ط1). لبنان: دار الجديد.

4. خليفة، عبد اللطيف محمد(1992). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي. القاهرة: دار الثقافة.
5. دعبس، محمد يسرى إبراهيم**(1997)**.الثقافة والشخصية(دراسات في الأنثروبولوجية السيكولوجية). القاهرة: دار المطبوعات الجديدة.
6. سي موسي، عبد الرحمان وبن خليفة، محمود(2008).علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي. (ج1). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
7. العيسوي، عبد الرحمن(1983).سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي مع دراسة ميدانية مقارنة على الشباب المصري والعربي. القاهرة: دار النهضة العربية.
8. فقيه، العيد(2007). أهمية الصحة النفسية للطالب الجامعي(دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة- جامعة تلمسان -الجزائر)، مجلة جامعة دمشق، 23(2)، ص273 - 298.
9. القريطي، أمين عبد المطلب والشخص، السيد عبد العزيز(1992). مقياس الصحة النفسية للشباب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
10. مقسم، المختار(2002). المعتقد الشعبي للأمراض العقلية والعصبية: الصرع الطفولي نموذجا، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الثقافة الشعبية(الأنثروبولوجيا)، جامعة تلمسان، الجزائر.
11. ميموني، معتصم بدرة(2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
12. وطفة، علي أسعد(2002). اتجاهات التقليد والحداثة في العقلية العربية السائدة ـ دراسة في المضامين الخرافية للتفكير لدى عينة من المجتمع الكويتي، المجلة التربوية، 65(17)، ص 129 - 179.
13. Aouattah, Ali (1993). Ethnopsychiatries Maghrébine. l'Harmattan : Paris.
14. Toualbi, N (1974). Religion, rites et mutations. Alger : ENAL.

Psychological Disorders between the psychopathological and the popular cultural concept (A field study on a sample have the possession, the magic, and the bad eye in west Algeria)

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 the possession, the magic, and the bad eye, we counted on a clinical study of three cases, and a descriptive study of (45) cases, their age vary between (18 -33) year, the study was based on the youth mental health measure for Al -Koraity and Al - Shakhss (1992),and the new cornell list of neurological areas (emotional and mood disorders) for Mahmoud Abou El Nile, and the thematic apperception test, 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, and this what make them more predisposed then the others; and they suffers of more neurotic disorders.

Keywords: Psychological disorders; the psychopathological; popular cultural concept; the psychopathological structure; neurotic disorders.