

التمثلات الاجتماعية للاضطرابات النفسية لدى الطفولة

محمد الوناس، جامعة يحي فارس-المدينة

ملخص:

مهما كانت طبيعة المرض لا يمكن فصله عن السياق الاجتماعي والثقافي الذي يوجد فيه. وأن كل جماعة وكل مجتمع له نظراته الخاصة والتي لها تأثيرها على الإجابات المقدمة أي حول التكفل والعلاج..

من خلال نظرية التمثلات الاجتماعية نحاول في هذه المقالة عرض أهم المعاني والتفسيرات السائدة في المجتمع الجزائري حول الضائقة النفسية التي تصيب الأطفال.

الكلمات المفتاحية: التمثلات الاجتماعية، الاضطرابات النفسية، الطفولة.

Résumé :

Quelle que soit la maladie, il est impossible de la détacher du contexte social et culturel où elle s'inscrit.

La culture intervient dans le diagnostic, et la thérapeutique, à partir du système de sens qu'elle projette sur l'existence. Parallèlement, elle amène le malade à signifier ses difficultés, à les exprimer en fonctions des références culturelles du groupe. La théorie de représentations sociales permet d'étudier comment les individus donnent sens à la santé psychique chez les enfants dans la vie quotidienne.

مقدمة

لا تخلو أحاديث عامتنا، بل وحتى خاصتنا، من كلام غريب عن عالم الغيب الماورائي، أخبار الجن المارد بتملكنا و يسيطر على كامل تفاصيل حياتنا، يفرض علينا الذبائح والقرابين حتى يتركنا في حالنا، و أفعال العين و السحر و التوكال حتى ننج و نتزوج و نكسب المال الوفير، أو نزيع شخصا ينافسنا في رزق أو علاقة ..

هذه الظواهر والممارسات والقيم أصبحت مع مرور الوقت تطبع سلوك الفرد وتفاعلاته وحياته الاجتماعية ككل هي تعبير عما يعتمل فيه من اضطرابات واختلالات محتجبة في ثنايا المعيش اليومي، ما فتئت تزداد حدة وخطراً مع مرور الوقت، دون أن يصاحب هذه الحركية حسب اعتقادنا، الاهتمام اللازم واللائق من طرف العلوم الاجتماعية والإنسانية بما هو مفروض أن تقترحه من تفسيرات وحلولاً مناسبة لها.

يعتبر التفكير الاجتماعي بمختلف مكوناته، من منظومة قيم وإدراك وتمثيلات واتجاهات وأحكام.. أكثر تأثيراً بهذه التحولات المتسارعة خاصة في فترة الأزمات حيث يحدث ركوص في التفكير وعجز في مواجهة تحديات الواقع باللجوء إلى الغيبيات و البحث عن الحلول السحرية.. مما يفرض على أي باحث يريد دراسة هذه الظاهرة أن يتعامل معها من منظور السيمولوجيا النفسية الاجتماعية، إذ أن العلامة في هذا السياق تدل على أشياء خافية.

والبحث في هذا الموضوع يحتاج إلى تضافر جهود دارسين من مختلف التخصصات والاتجاهات لتحليله إلى مكوناته البسيطة والمعقدة وفك شفرته وربطه بمرجعياته الرمزية بالإعتماد على أدوات البحث الميداني والملاحظة المباشرة في أوساط مغلقة تريد الإبقاء على هذه الممارسات قائمة لربحياتها والحفاظ، على الواقع الاجتماعي كما هو وعرقله أي اصلاح يطال الفكر الشعبي ويحوّله إلى فكر علمي ونقدي.

البعد الاجتماعي الثقافي في دراسة الضائقة النفسية :

رغم التطور المعتبر في المعارف نتيجة الدراسات والأبحاث والتجارب في المجال الصحي وتراجع نسبة الأمية وانتشار وسائل التعليم والإعلام للتيسير والتثقيف في الأوساط الشعبية يبقى موقف المجتمع من المرض والعلاج والمعالجين يخضع لتفكير آخر غير التفكير المنطقي والعلمي.

تبدو الأمور بسيطة ظاهرياً، من جهة عندنا العلم وكل ما يحمله من قيم الصرامة والضبط والدقة والموضوعية.. وما يعتمد عليه من أساليب ومناهج منطقية وتقنية التي تسمح بمعالجة المعلومات التي يتناولها بأكثر قدر من الموضوعية والحياد الانفعالي، ولدينا من جهة أخرى التفكير اللاعقلي الذي يعتمد في تفسيره للأشياء والظواهر على المعتقدات الخاطئة والممارسات السحرية الماورائية والإيمان بالخوارق والمعجزات، وسلطان الجن والشياطين والبحث عن الحلول وعلاج المشكلات في كتابة التمانم والحروز وممارسة الرقية والتقرب من أصحاب البركات والأولياء وتقديم القرابين والذبايح لتجنب «العين» والأرواح الشريرة.. وغيرها من السلوكات التي تعبر عن اعتلال في التفكير، وهذا غير مقتصر على أشخاص أميين لم يدخلوا المدارس أو حظهم في التعليم ضئيل، أو من أبناء الريف أو المناطق النائية، ولكن نجد ممن يسلكون هذه الطريق في التفكير المهندس والطبيب وأستاذ الجامعة ورجل الأعمال..

فهذه الممارسات والمعتقدات هي جزء من البنيات الرمزية للمتخيل الشعبي واللاشعور الجمعي، هي وليدة عصور ومراحل تاريخية قديمة وثقافات ما قبل إسلامية وهي غالباً ما تستدل بالدين وتوظفه حتى تظفي طابع القداسة عليها. فالعلية السحرية، كما يقول مصطفى زيعور، ما تزال فعالة على نطاق شعبي واسع جداً وفي قطاع عريض داخل العقلية الفردية الواحدة. لم تنظم العقلانية نشاطاتنا الفردية والعلاقات الاجتماعية والمؤسسات السياسية.

قطاعان، سحري وعلمي، يتراكان بتلاصق. إخضاع الظواهر والماجريات إلى أسباب، أو أخذها كنتائج حتمية لعل موضوعية هو من مميزات العقلية العصرية المطلوبة من الفرد في كافة المجالات اليومية. وذلك ما يجب أن يسود على حساب رد الحوادث والوقائع إلى رغبات أو سحر أو «عين» أو إرادة غيبية. فالعقل، والفكر المتفحص، واللجوء إلى التجربة وإلى العلم هو ما يطلب وما ينجح على حساب الانفعالات والعيش في الماضي والتبرك.. حتى نصل إلى الصحة العقلية النفسية التي تخلو من الانفعالات والخرافات والتي توفر الاستقرار والتوازن في الذات. (علي زيعور 1987 ص148)

بكلمة يمكن القول أنه مهما كانت طبيعة المرض لا يمكن فصله عن السياق الاجتماعي والثقافي الذي يوجد فيه. وأن كل جماعة وكل مجتمع له نظرته الخاصة والتي لها تأثيرها على الإجابات المقدمة أي حول التكفل والعلاج..

فالصحة كالمرض، سواء على صعيد الجسد أم النفس، هي قضية معيارية بامتياز.. ولو كان بالإمكان تحديدهما طبيًا وعلميًا، إلا أنهما مسألتان ثقافتان في المقام الأول تبعًا لتوجهات كل مجتمع وأنشطته وخياراته، وسلم القيم فيه. فما يعتبر دليل صحة نفسية في مجتمع زراعي تقليدي من مثل الامتثال للأعراف، قد يعتبر دليل على قصور وتبعية غير صحيحين في مجتمعات الحداثة والمبادرة الفردية (مصطفى حجازي 2006، ص22)

تعتقد كلودين هرزليش Herzlich.C أننا لا نحتاج كثيرًا من الوقت لحظة التفكير في الظواهر المرتبطة بالجسد لإدراك البعد الاجتماعي للمرض داخل كل المجتمعات الإنسانية بأكملها، حيث تتجه كل الجماعات البشرية إلى تأليف علاقة بين النظام البيولوجي والنظام الاجتماعي، إذ ليست المجتمعات المسماة بدائية وحدها من تعزو المرض إلى ظواهر ثقافية واجتماعية، بل حتى داخل المجتمعات الغربية يتجه الأفراد، حسب هرزليش، إلى بناء المرض اجتماعيًا من خلال إضفاء أبعاد اجتماعية على الظواهر الطبيعية الأولية كالموت والمرض والصحة، التي تبدو داخل السجل الطبي ظواهر موضوعية وفيزيولوجية تتبع كل البعد عن الاجتماعي، فالوضوح الفيزيائي لظواهر الشيخوخة والموت تخفي وراءها أبعادا اجتماعية كثيرة، تفسرها وتؤولها وتضفي عليها بعدًا رمزيًا غير موجودة من الناحية الرمزية (Frantz-Samy kohl 2006 p31).

تشير الدراسات في المعتقدات الشعبية والدينية في المجتمعات العربية والإسلامية على وجه الخصوص أن المرض النفسي والآلام الجسدية التي لا أساس عضوي لها، هي إلى حد كبير، غيبية ولا يملك المريض مجالًا واسعًا لتفاديها، وبما أنها قدرية وغيبية، هناك حاجة ماسة إذن لوسيط بين الإدارة الإلهية والناس. تشكل المخلوقات الماورائية كالجن والعفاريت والشياطين والأرواح الشريرة.. الخ هذا الوسيط، فتقوم بإيذاء الإنسان وتسبب له المرض النفسي. ومسألة عزو المرض والآلام إلى هذه المخلوقات، يشعر المريض بنوع

من العزاء ويرفع عنه المسؤولية. (كريستين نصار في محمد حامق د.ت ص245)

كما وجد هوقز Hughes أنه من الصعب تغيير سلوك الناس نحو المرض سواء على مستوى التشخيص أو الرعاية والسبب في ذلك أن معظم هذه السلوكيات مرتبطة بمعتقدات دينية وسحرية كما هي مرتبطة بالنظام الأخلاقي الكامن للناس وهو ما يوفر للناس حلولاً وإجابات أكثر كفاية بالنسبة للمريض أبين الثقافة ذاتها (Hughes) في عبد الحكيم حسان وآخرون (2006 ص285).

مدى انتشار الاضطرابات النفسية :

يتضح من الدراسة التي أجراها أسعد وطفة حول المضامين الخرافية للتفكير لدى عينة من المجتمع الكويتي سنة 2001 شملت ألف وثلاثة (1003) من المثقفين في الكويت موزعة بين طلاب جامعة وموظفين ومعلمين.. حيث أن شريحة كبيرة من أفراد العينة تؤمن بالخرافات والسحر، وأن الاعتقاد الخرافي يختلف من مؤشر إلى آخر، ويمكن القول بأن الإيمان بفكرة الحسد تنصدر سلم الإعتقاد الخرافي، حيث يعلن 72% بأنهم يخشون من الحسد على من يحبون، يلي هذه الفكرة فكرة الخوف من الأماكن المهجورة 44%، ثم الإيمان بالسحر 43% يلي هذا الإيمان بالأرواح الشريرة، والتمايم والتعويدات، وأخيراً استحضر الأرواح وقراءة الطالع. (علي أسعد وطفة 2001 ص814)

وفي دراسة تحت عنوان «التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر» حالة مدينة سكيكدة، من إعداد سليمان بومدين حاول الباحث الكشف عن التصورات الاجتماعية للصحة والمرض بالجزائر من خلال محاولة فهم كيف يدرك عامة الناس تجربة المرض والصحة ووصف محتوى التفكير الاجتماعي حولهما، والتي بالرغم من انتشار وسائل الإعلام الحديثة وتعرضها باستمرار لها فإن التصورات لا يمكن أن تكون محايدة ولا يمكن أن تعود فقط للمعلومات العلمية ولكن تعود أيضاً إلى ثقافة المجتمع، مع محاولة فهم أصل هذه التصورات وتكونها عبر الزمن، فالأطر المرجعية التي تفسر من خلالها الظاهرة

- لا يوجد معنى واحد للصحة والمرض بل توجد شبكة من المعاني المعقدة ترتبط جميعها بالثقافة العربية والإسلامية وفي جزء منها بالثقافة الغربية. كما بينت الدراسة أن هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض وهي مسارات ترتبط بتصور المريض ومحيطه عن المرض، حيث أن الأغلبية تفضل الطب الحديث وعند فشل هذا الأخير فقط يلجأ إلى الطب التقليدي.
- بينت الدراسة أن اللجوء إلى الطب التقليدي ليس حكراً على الطبقات الريفية الفقيرة، بل هي موضع ثقة الكبار والصغار والنساء والرجال والإطارات والعمال... الخ. فهي تثبت أنها ليست مسألة تطبيقية بقدر ما هي مسألة ثقافية.
- كما أوضحت الدراسة أن لدى أفراد العينة مجموعة من التصورات المختلفة الخاصة

بأسباب المرض، فهناك من يرجعها إلى عوامل طبيعية، كالفيروسات والميكروبات وبعضها غيبي كالعين والجن والمكتوب، أي أن هناك معتقدات ثقافية خاصة بتفسير المرض.

لقد صار هناك اعتقاد قوي لدى شرائح كثيرة من المجتمع الجزائري حتى المتعلمون منهم، خصوصا المصابين باضطرابات نفسية وأقاربهم بأن السحر والمس والإصابة بالعين هي وراء ذلك، وهم يتفقون على ذلك كأنه حقيقة مسلم بها حيث يشير فريد كاشا بأن نسبة 70 % من المرضى النفسيين في الجزائر يذهبون في البداية إلى الدجالين والمشعوذين (في محمد حامق. د. ت. ص 52).

ويمكن تفسير هذا بأن المضطربين نفسيا يلبسون ضائقتهم النفسية لباساً ثقافياً دينياً حتى يتجنبوا الوصمة الاجتماعية التي قد تطالهم، وبالتالي يستفيدوا من حق المعانة ومن الرعاية والمساندة اللتان تكفلهما العائلة والمجتمع.

كما يمكن تفسيره بنقص في هياكل التكفل النفسي، إذ حسب البروفيسور كاشا يوجد في الجزائر اليوم حوالي 500 طبيب مختص في الطب العقلي، نصفهم يعمل لحسابه الخاص، والبعض الآخر يمارس مهامه كمختص في التحليل النفسي اللاكاني.

و يوجد ما يقارب 5000 سرير، منتشر على 15 مؤسسة مختصة في الطب النفسي (Kacha.F.2005 p81) مما يدفع بشرائح كبيرة من المجتمع إلى طلب العلاج خارج المؤسسات الرسمية.

هذا ما يشير إليه الحاج بالحرر المشرف العام على جمعية (بشائر الشفاء) بولاية غليزان حيث يقول في بحثه الذي قدمه في المؤتمر العالمي حول العلاج بالقرآن بين الدين والطب، بإمارة أبو ظبي، أن جمعيته تستقبل ما معدله 200 إلى 300 حالة يومياً ! وهذا معدل إن دل على شيء فإنما يدل على الإقبال الرهيب من طرف الناس على العلاج بالرقية الشرعية بعدما تجلت لهم نتائجها الشفائية لشتى الأمراض المتعلقة بالمس والسحر والعين. (محمد حامق. د. ت. ص 52)

كما يمكن تفسير هذا بأن هناك ممارسات تقع على هامش الثقافة ولكنها تعبر عن مكبوت اجتماعي قوي، وهذا ليس وفقاً على المجتمع الجزائري بل هي ظاهرة عالمية تنتشر في كل المجتمعات، لكن بتفاوت في النسب إذ يوجد مثلاً، بفرنسا حالياً خمسون ألفاً (50000) مطبياً Guérisseurs، مقابل تسع وأربعون ألفاً (49000) طبيب، وثمانية وثلاثون ألفاً (38000) قسيس وأربعة آلاف ومائتين (4200) محلاً نفسانياً، وبعبارة أخرى فإنه يوجد بين الأرثوذكسيين الكبريتين في الغرب «القداس والمعاينة الطبية» يوجد فضاء تتداخل فيه كثيراً من التصورات حول الصحة والنجاة. (Laplantine F.in Jodele) (D.1989 ;305) .

و كمؤشر آخر و قوي، الإقبال الذي لاقته الكتب المتعلقة بالمسائل الغيبية و العلاجات الخارقة و غيرها من الموضوعات المثيرة، كما أن انتشار الأقراص المضغوطة والإقبال الكبير من طرف الجماهير و المتزايد على طلب العلاجات التقليدية سواء كانت بالأعشاب أو الرقية أو السحر و غيرها، فقد ثبت أن 70-80 % من المرضى في المجتمع المصري على سبيل المثال يترددون على المعالجين الشعبيين طلبا للعلاج، وطبقا لتقارير المركز القومي للبحوث (سبتمبر 2003) فإن في مصر وحدها حوالي مليون مواطن يعتقد أنه ممسوس بالجن و ثلاثمائة وخمسون ألف (350000) على الأقل يعملون في مجال العلاج بالرقية ويطلق على كل منهم لقب شيخ ابتداء بلا حاجة لدراسة شرعية. (في محمد حامق، مرجع سابق، ص 237) .

أما أخصائيو الطب العقلي و النفسي فإنهم لا يعترفون بهذه الحالات، ويصنفونها ضمن الاضطرابات النفسية والعقلية، إذ يشير بن عبد الله محمد في هذا الصدد أن الحالات السيكوباتولوجية المشبعة بالخلفية الثقافية والتي تغذيها المعتقدات والتصورات السائدة في المجتمع المغربي يدرجها بعض الإكلينكيين ضمن ما يسمونه بالنشاط الهذيان الهلوسي، ويصنفونها ضمن "ذهان الهلوسة" المزمن - PHC (في ميسوم ليلي 2014 ص 18) تنتشر الإصابة بالاضطرابات النفسية في كل بلدان العالم، بنسب مختلفة حيث دلت دراسات أنه يعاني أكثر من شخص من كل ثلاثة أشخاص في معظم الدول من أحد أنواع الاضطرابات النفسية على الأقل في مرحلة ما من حياتهم

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية (OMS) إلى أن حوالي 20% من الأطفال والمراهقين في العالم لديهم اضطرابات ومشاكل نفسية. وأن حوالي نصف الاضطرابات النفسية تبدأ قبل سن الـ 14. ويجري الإبلاغ عن أنماط مماثلة من الاضطرابات في مختلف الثقافات. وتعتبر الاضطرابات العصبية النفسية من بين الأسباب للعجز لدى الشباب في جميع أنحاء العالم، مع ذلك فإن مناطق العالم ذات النسبة المئوية الأعلى من السكان تحت سن الـ 19 لديها أفقر مستوى من الموارد المخصصة للصحة النفسية، وحوالي 23% من جميع السنوات المفقودة بسبب العجز تنجم عن الاضطرابات النفسية و مواد معاقرة الإدمان.

كما تحصي منظمة الصحة العالمية حوالي 900.000 (تسعمائة ألف) ينتحرون كل عام في العالم، 86% من حالات الانتحار تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وأكثر من نصف عدد الأشخاص الذين يقتلون أنفسهم تتراوح أعمارهم بين 15 و 44 سنة. وأن الاضطرابات النفسية هي أبرز أسباب الانتحار، وأكثرها قابلية للمعالجة كما أن للحروب والكوارث تأثير كبير على الصحة النفسية وعلى الرفاه النفسية الاجتماعية والمعروف أن معدلات الاضطرابات النفسية تتضاعف عمومًا عقب حالات الطوارئ.

أما الجزائر، فإن وضعها ليس أحسن حالاً من بقية دول العالم، خاصة ما عاشته من ظروف صعبة طيلة سنوات الدمار، أثّرت في بنية الفرد النفسية، وخلفت عدة اضطرابات نفسية تعيش تبعاتها يومياً، من عنف وتناول للكحوليات والمخدرات ونسب الانتحار المرتفعة، وحوادث الطرقات..

وقد كانت دراسة مسحية قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) سنة 1990 شملت عينة قدرها 93680 شخصاً، اختيروا بطريقة عشوائية، هدفت إلى تقييم واقع الصحة في الجزائر، قد وجدت أن أكثر من 16 % أي 15371 فرداً عانوا من اضطرابات نفسية. وفي تحديد دواعي وأسباب الفحص، شكل الاكتئاب نسبة 62.9%. (زعطوط رمضان وقريشي عبد الكريم 2005 ص50).

وفي دراسة وبائية شملت مختلف شرائح المجتمع، أجريت في الجزائر العاصمة سنة 2003، بينت أن 43% من أفراد المجتمع تعاني من اضطرابات القلق، من بينها 13% تعاني من متلازمة أعراض ما بعد الصدمة (Kacha.F 2005 P81). (PTSD) علما أن الأطفال هم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية.

ومن العرض السابق نتضح الحاجة إلى إجراء دراسة عن التمثلات الاجتماعية حول سببية الاضطرابات النفسية عند الأطفال السائدة في المجتمع الجزائري وعليه نطرح التساؤلات التالية :

ماهي تمثلات المجتمع الجزائري حول الاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال ؟ وماهي سببيتها ؟ وماهي أهم المسارات التكيفية ؟

التمثلات الاجتماعية :

منذ مدة اهتم علم النفس الاجتماعي بالعمليات العقلية التي تنظم معرفتنا بالآخرين وكذا العالم الاجتماعي، وحاول الإجابة على أسئلة من قبيل: كيف نبني الواقع؟ اي صورة نكوّنها عن الآخرين؟ كيف نتفكر المواقف التي نعيشها أو التي نلاحظها من الخارج؟ ما هي الظواهر النفسية والمعرفية المتكيفة في السلوك والمسؤولة على إنتاج وإعادة إنتاج الممارسات الاجتماعية؟؟

المعرفة الاجتماعية Social cognition حقل له أهميته البالغة في فهم ومقاربة السلوك والظواهر الاجتماعية «هي مجموعة الوظائف العقلية لمعالجة معطيات تخص العالم الاجتماعي وعن طريقها يبنى، هي طريقة معرفة الواقع قائم على معارف مسبقة متكونة من قيم واعتقادات» (Fisher) 2005 p108 .

ومن بين المفاهيم التي ظهرت في هذا الميدان مفهوم «التمثل الاجتماعي» الذي استعمله سارج موسكوفسي Moscovici. S في علم النفس الاجتماعي لأول مرة سنة 1961

حتى وإن كان دوركايم هو أول من أطلق مصطلح «تمثل جماعي»، كإدراك منسجم ومشترك بين أعضاء الجماعة الواحدة، وأدخله حقل الدراسات العلمية.

وبتجاوزنا المستوى الزمني لظهور مصطلح التمثل إلى المستوى اللغوي نجده في اللغة العربية من أصل (مثل)، وتمثل الشيء أي تصور مثاله ويقال تمثل الشيء له. وفي التنزيل العزيز (فأرسلنا إليها روحنا فتمثل لها بشرا سويا) (سورة مريم آية 17).

فالتمثل من هذه الوجهة مبني على الشبه من خلال بناء صورة مطابقة للموضوع الأصلي، إضافة إلى التأكد على أهمية الفعل أو السلوك الخارجي في خلق التمثل، لأنه هو من يخلق فعل التمثل، والفرد يكون فقط مجرد وعاء أو مستقبل للتمثل.

● التمثل من مثل تمثيلا الشيء لفلان، أي صورته له بالكتابة ونحوها كأنه ينظر إليه، وتمثيل الشيء شبيهه به وجعله مثله (المنجد في اللغة والإعلام ص 746).

التمثل في الفرنسية *représentation* مشتقة من الفعل اللاتيني *repraesentare* الذي يعني إحضار الشيء ومثوله أمام العين أو الخيال بواسطة الرسم أو النحت أو اللغة أثناء الكلام عن فنان أو كاتب.

أما اصطلاحا فيمكن القول أن :

«التمثيلات الاجتماعية هي أنظمة تفسير تسيّر علاقتنا مع العالم ومع الآخرين، كما توجه وتنظم سلوكياتنا واتصالاتنا الاجتماعية، فهي شكل من أشكال المعرفة البسيطة التي تتضمن عناصر معرفية وإخبارية وإيديولوجية ومعارية، ومعتقدات وقيم واتجاهات وآراء وصور...الخ.

وإذا كانت التمثيلات تشكل نقطة اتصال بين ما هو فردي وما هو اجتماعي، فإنها تقع ضمن ثلاثة ميادين بحثية هي الحقل المعرفي، الحقل القيمي، الحقل العملي، ومن ثم فهي تلعب دورا هاما في عملية التفاعل الاجتماعي وإقامة وإبقاء العلاقات الاجتماعية (P53 Jodelet.D,1989)

يطرح علماء النفس قضية جوهرية في النظرية الاجتماعية المعاصرة وهي قضية ترتبط بتكون وتشكل التصورات النابعة من الذات ونموها واحتكاكها وتطورها بوسطها الاجتماعي والنفسى، هذه القضية دفعت علماء النفس لاستخلاص نتيجة ذات أهمية بالغة وهي أن التصور الاجتماعي للمرض، وهو في الأساس تصور نفسي ينبع من ذات الفرد ثم يتلون بالشكل الاجتماعي عندما ينتقل إلى مستوى الممارسة والعمل وهذا ما يفسره المتخصصون بوجود علاقة جدلية بين الذات والموضوع وكيف تنتج هذه العلاقة تصورا أو معتقدا حول ظاهرة ما.

هذا يدخل في النموذج العلائقي *Modèle relationnel*، حسب تصنيف لابلانتيين *Laplantine*، حيث ينظر إلى المرض على أنه تناغم أو عدم تناغم، كتوازن أو لا

توازن مع الوسط الذي ينتمي إليه المريض، فالمرض هنا علامة عن لا توازن اجتماعي، ومثل هذا التوجه نجده حتى في بعض الخطابات، كما نجده في التصورات غير العلمية *représentations non savantes* والتي تشير بأصبع الاتهام إلى العائلة والدولة والبيئة غير الصحية وأسلوب الحياة المدنية.. الخ. كما نجد هذا التوجه عند أولئك الذين يعززون المرض لأسباب سحرية *Les imputations sorcellaires* مثلما نجدها في التفسيرات الدينية للمرض والموجودة باستمرار عند كل المعالجين *Les guérisseurs* (Laplantine.F). في اسماعيل قبيرة وآخرون دت ص147.55 (بتصرف).

الاضطراب النفسي :

أما «الاضطراب النفسي» فهو مصطلح حديث نسبيا، وبدأ يحل تدريجيا محل المرض النفسي في كثير من دوائر الطب النفسي .

تعريف أ. الخاني: «هو مجموعة معينة من الأعراض النفسانية العصابية أو الذهانية ذات صفات تدل على تشخيص معين له تصنيف في كل من التصنيفين الدولي العاشر، والأمريكي الرابع.

الاضطراب النفساني في معظم الأحيان يحدث لدى الشخص المصاب به معاناة أو أزمة *distress* أو اضطرابا وتراجعا في الفعاليات والنشاطات اليومية وفي مستوى أداء الشخص *dysfonction*، تضطره إلى طلب المساعدة الطبية، كما يحدث في حالات الاكتئاب أو الوسواس القهري أو هجمات الهلع.

كذلك فإن الاضطراب النفساني يحدث غالبا معاناة وأزمة لدى الذين يحيطون بالشخص نتيجة تصرفاته إلى حد يلجئون هم لطلب المساعدة الطبية له كما في مرض الفصام (أ. الخاني 2006 ص36)

ونحن في مجال الممارسة العملية نجد أن الاضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق والتعاسة والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التي تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسي أو إلى المصحات للعلاج النفسي والعقلي. والشخص المضطرب نفسيا بشكل عام ضعيف الفاعلية في عمله وفي علاقاته الاجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه في كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين. (عبد الستار إبراهيم، 1980، ص 31)

لقد حاولت منظمة الصحة العالمية عام 1951 تعريف الصحة النفسية «بأنها قدرة الشخص على إنشاء علاقات متوازنة وفعالة تجعله متناسقا مع نفسه ومع من حوله» بما يحقق التكيف والتوازن مع ذاته ومع مجتمعه بدءا بالأسرة فالمجتمع الصغير حوله فالمجتمع الواسع مما يجعله في حالة الراحة الجسمية والاطمئنان النفسي والتفاعل الاجتماعي،

ويمكن أن نضع هذا التعريف في قالب عملي فنقول: ان الصحة النفسية هي قدرة الشخص على ممارسة نشاطه اليومي وحياته العملية بطريقة تحقق التكيف مع المجتمع الواسع حوله مع درجة من التوازن مع نفسه وبيئته وواجباته نحو ربه، وهذا يجعله في حالة من الراحة الجسمية والاطمئنان النفسي والتفاعل الاجتماعي.

كما أن الحدود بين الصحة والمرض غير قاطعة تجعل تحديد المقومات والمؤشرات حالة صعبة، وعليه نحن أمام مدرج نفسي ما بين المرض والصحة، يتراوح ما بين اشد درجات المرض العقلي الذي يتجلى على شكل تفكك الشخصية والانفصال عن الواقع والعجز عن ممارسة الوظائف الحياتية بشكل شبه كامل، وبين أقصى درجات الصحة التي تشكل حالة مثالية (طوباوية) لا تتحقق إلا في حالات استثنائية، وبين هذا وذاك من الحدود هناك سلم متعدد الدرجات من الصحة والسقم. (مصطفى حجازي، 2006، ص 29-30-31 بتصرف).

دور الثقافة في تفسير الاضطرابات النفسية عند الطفولة

تجمع أغلب دراسات الباحثين في مجال الشخصية والصحة النفسية أن توافق الفرد نفسيا و اجتماعيا في سن الرشد وتمتعه بشخصية سليمة ومعافاة خالية من الصراعات، نسبيا، و يتميز بالمرونة والفعالية، يرجع في الأساس إلى مرحلة الطفولة الأولى أو سنوات التأسيس، حيث تتحدد معالم شخصية مستقرة واعية منفتحة على المحيط تشق طريقها بثقة و ثبات .

ويمكن تعريف الطفولة بأنها المرحلة العمرية التي يقضيها الصغار من أبناء البشر منذ الميلاد إلى أن يكتمل نموهم و يصل إلى حالة النضج .

و الطفل في اتفاقية حقوق الطفل الدولية لعام 1989 يعني كل انسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، أي ما لم يبلغ سن الرشد .

يؤكد باحثون أن الطفولة هو « اكتشاف » حديث نسبيا، إذ بدأ الحديث عن الطفل كشخص و كفرد له كامل الحقوق ويجب حمايته في سنة 1923 . وفي سنة 1924 تم قبول نص قانوني حول هذه المسألة في عصبة الأمم تحت عنوان «إعلان جنيف بشأن حماية الأطفال » .

في سنة 1942 أصدرت منظمة الأمم المتحدة لائحة حقوق الانسان و فيها تم الحديث على وجوب اصدار لائحة حقوق الطفل وهذا ماتم صياغته و إصداره سنة 1959 .

في سنة 1979 تقرر أن تكون سنة دولية للطفل من طرف منظمة الأمم المتحدة و كانت مناسبة لتكثيف الدراسات و الأبحاث قدمت نتائجها في ملتقى علم النفس الطفل . وعلى اثرها تم صياغة وإصدار الإتفاقية الدولية حول حقوق الطفل من طرف منظمة

الأمم المتحدة يوم 20 نوفمبر 1989 وتعتبر اتفاقية ملزمة لكل الدول التي تصادق عليها، وتجعل من الطفل فاعل اجتماعي مشارك في كل القرارات التي تخصه . كما تؤكد على مبدأ عدم التمييز، ومبدأ رعاية الصالح العام للطفل، و حق الطفل في الحياة و البقاء و النمو، واحترام آراءه .

ولعل أهم مبدأ جاءت به الاتفاقية، ويهتما أكثر في هذا المقام، حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي مستطاع، إذ على الدول الأطراف بإعمال هذا الحق و تطبيقه كاملا من أجل خفض وفيات الرضع و مكافحة الأمراض و سوء التغذية، وكفالة توفير المساعدة الطبية و الرعاية الصحية لجميع الأطفال قبل الولادة و بعدها و كفالة تزويد كافة قطاعات المجتمع بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل و تغذيته ومزايا الرضاعة الطبيعية . وتنص هذه المادة أيضا أن على الدول الأطراف أن تتخذ جميع التدابير الفعالة و الملائمة لإلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحته .(المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل)

توصيات لجنة الخبراء في تقاريرها المتتالية التي وضعتها شاملة ومتكاملة تناولت مختلف مستويات الرعاية من علاج ووقاية وبرامج نمائية من جانب، وكذلك مختلف أبعاد الصحة النفسية بدءا من الفرد ومرورا بالمؤسسات والبيئة المحلية وصولا إلى المجتمع الكلي والمجتمع الكوني. وهي بحق ترسي أسس رعاية الصحة النفسية من منظور تكاملي يوفر الأطر والأفكار والاستراتيجيات الضرورية لأي برامج محلية أو وطنية. (مصطفى حجازي، 2006، ص 27-28)

تبقى الصحة النفسية مفهوما نظريا غامضا، فإذا عرّفنا الصحة بأنها الحالة النقيض للمرض يتعين عندها تقديم تحديد واضح وقاطع له، وهذا الأمر لا يلقي الإجماع لأنه ليس هناك حدود واضحة بين الصحة والمرض، وهذا ما يدخلنا في النسبية الثقافية.

فالمرض هو دوما على هذا المستوى، مرض بمقدار الخروج عن معايير ومتطلبات حالة ثقافية معينة، والصحة هي كذلك بمقدار تلاؤمها مع هذه المعايير والمتطلبات، والنسبية هي مكانية وزمانية في أن معاً، أي تنوع المرجعيات والمعايير. وعليه فالصحة النفسية، كما المرض لا يمكن أن يطرحا خارج إطار مرجعية معيارية من نوع ما. يختلف الأمر فقط في مدى اتساع هذا الإطار أو الخسارة، أما القول بكونية الصحة والمرض فلا يعدو أن يكون ترويجا للنموذج الغربي الصناعي الذي فرض ذاته على العديد من المجتمعات نظرا لقوة الحضارة التي تسنده.

و تؤكد الدراسات الأنثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية في الصحة و المرض و الوفاة. وقد حاولت « دي بندا » تفسير أسباب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في المناطق الريفية بكولومبيا، فوجدت أن الثقافة السائدة تملئ نوعا من اللامبالاة، و السبات الذي

فرضته الأحوال الاقتصادية و الاجتماعية على أبناء الريف، فالأبناء لا يطلبون الخدمات الصحية لأبناءهم المرضى، وحتى إذا مات الطفل فإن أبويه يقولان: «إن مصيره هكذا حتم عدم نموه». (علي المكاوي 1991 ص36)

فعندما نمنع النظر في تفسيراتنا للضائقة النفسية نجد ذات مضطربة العلاقة مع ذاتها ومع مجتمعها، مع تاريخها و قيمها، انها متوترة مخلخلة، مشدودة إلى الوراء أكثر مما هي عصرية و مستقبلية، يغلب عليها التفسير الغيبي المستبد و الخفي .

ففي عملية تشخيص الإضطرابات النفسية هناك تقبل وتبني للتشخيص الغيبي (جن، عين، سحر...) لما لهذا التشخيص من قبول اجتماعي، وعدم الوسم بالجنون، كما أنه يعطي الحق للمضطرب في المعاناة.

تندرج الحالات التي تعاني من «المس» أو «السحر» أو «العين» ضمن الإضطرابات ذات البعد الثقافي، وغير المصنفة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية والنفسية الرابع DSM4، بل خصص لها ملحق يضم مجموعة من الاضطرابات ذات البعد الثقافي والمنتشرة في عدة مناطق العالم. و تتمثل أهمها في:

1. العين: la mauvais œil

كما يعرفها البعض بكلمة «النظرة» أو «النفس»، ويسمى أصحابها بالمعيانين والمعيانات.

هي النظرة ينظرها الإنسان لغيره، إما حقدا أو حسدا لزوال النعمة عن المعيون وهذه هي التي تلحق الأذى ويكون لها ضرر، وهي لا تكون إلا من نفس خبيثة. وأما العين التي لا تصاحب الحسد فهي النفس التي سببها الإعجاب والنشوة في النفس، بان يكون الإعجاب والدهشة غالب عليها دون قصد زوال النعمة، وهذه قد تحدث من أي أحد حتى من الصالحين، علما أن المصدر واحد وهو النظرة. (محمد حامق، ص 125)

وتمثلات المجتمع الجزائري حول «العين» أنها وسيلة خطيرة ذات قدرة تدميرية خفية، تحمل الأذى والضرر لكل من حباه الله بقوة أو جمال أو صحة أو مال...«والعين الشريرة تدمر ما تحسده كي تمتلكه، في حالة من النظّر التملكي Voyeurisme Possessif، إذ تكفي نظرة واحدة ملؤها الرغبة في الامتلاك كي تحل المصيبة بالموضوع المحسود، ولذلك يخفي هذا الأخير ما يخشى عليه من العين (إخفاء الصبي المولود حديثا موفور الصحة، الجمال، إخفاء المتاع والأثاث، التكتّم على الثروة، إفساد جمال وميزة أشياء حتى لا يتمناها الحساد» (مصطفى حجازي، 2005، ص 152-153).

نستطيع القول كذلك أن «العين» تعبر عن الرقابة الاجتماعية الصارمة المفروضة على الأفراد وكل محاولات التميّز والتفرد يكون لها بالمرصاد.

في هذا السياق يشير الانثروبولوجي راضي: Radi في دراسة له بالمغرب أن العين تعبر عن نمط العلاقات الاجتماعية، فهي تشير إلى أننا دائماً تحت نظرات الآخرين وان العلاقات معهم يغلب عليها عادة الطابع الصراعى (في إسماعيل قيرة وآخرون، ص 92) وكرد فعل ضد هذا العدوان، طوّر المجتمع مضادات دفاعية تحميه وتقويه وتدفع عنه شر هذه «العين»، من خلال الرقى والتعاويز وإخفاء النعم والظهور بمظهر الذي يدعو إلى الشفقة أكثر منه إلى الحسد، كإهمال الأطفال وعدم تنظيفهم، ووضع الشوك والعرق في السيارات وفي البيوت، كما يستعمل الملح والشب وتدويره على الرأس سبع مرات ثم رميه في النار.

و في ضوء الاعتقاد بأن العين الشريرة (الحسد) يصيب كل ما هو جَدَّاب، يلجأ الفلاحون الأتراك إلى تعليق أشياء منفرة و مقززة على ملابس الأطفال فلا يصبحون مرمى للحسد، حسبما يشير « أوزتورك Ozturk » . و في نفس الوقت توجد طرق سحرية أخرى للوقاية من المرض في الطب الشعبي، مثلما توجد إجراءات وقائية ميكانيكية في الطب الحديث . «.(علي المكاوي 1991 ص32)

غالباً ما يعيد الفلاح فشل الموسم إلى قوى غيبية: تلك إرادة الله، الله لم يعط، الله انتقم من الناس لفسقهم، من جهة أخرى أن العين «تصيب» الحيوان والإنسان، وتسبب يبس الزرع، أو النبتة الجميلة، تنقي هذه العين كما سبق، بكلمات أو مكبوتات مثل: ما شاء الله، يخزي العين، اسم الله حولها وحولها..(علي زيعور، 1987، ص 151)

في دراسته الميدانية الموسومة «المعتقدات الشعبية في الجزائر – ظاهرة العين نموذجاً»، وجد سبوح رشيد أن مواقف الأفراد حول ظاهرة «العين» متناقضة مع المستوى الثقافي والمركز الاجتماعي الذي يحظى به البعض، وقسم هؤلاء إلى أربعة أصناف:

الصنف الأول: تمثله فئة كبيرة من الناس والتي اتخذت من الظاهرة مذهبا لها، فهم يعتقدون في وجودها اعتقاد 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.

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

الصنف الثالث: يحتوي على أفراد متذبذبين في موقفهم اتجاه العين، فهم في عمق شعورهم يعتقدون اعتقادا مطلقا بالظاهرة، ولكن الظاهر يقول عكس ذلك، إذ يظهرون لامبالاتهم 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 كيميائي خاص وعند الالتقاء يحدث الانفجار (رشيد سبوح، 2000، ص 106 إلى 114)

2. المس الجني :

لغة: جن – جنّ الشيء، يجنه جناً: ستره، وكل شيء ستر عنك فقد جن عنك (أدهم إبراهيم كمال، 1993، ص 15). وتقول العرب: وجن الليل وجنونه وجنانه، شدة ظلمته

وسواده وادلهمامه

اصطلاحاً: نوع من الأرواح العاقلة الماردة المكلفة على نحو ما عليه الإنسان، ولكنهم مجردون عن المادة البشرية، مستترون عن الحواس، لا يرون على طبيعتهم ولا بصورتهم الحقيقية ولهم قدرة على التشكل.

هي كائنات خفية، تحاك خرافات حول علاقتها ببني الإنسان، تقيم في مناطق لا يجوز الاقتراب منها، بل يعتقد الكثير أن مجرد تسميتهم سيؤدي إلى إثارة غضبهم وانتقامهم، كما أن عدم الحذر منهم قد يحل بالعرض المرض العقلي والشلل وحتى الموت، كما يمكنهم أن يسعوا الزواج من الحدوث ويفرقون بين الزوج وزوجته (إسماعيل قبيرة وآخرون، ص 78).

حسب اعتقادات الناس، الجن صنفان، خير وشرير، كما يصنف الجن حسب ديانته، مسلم، مسيحي، يهودي... الخ.

وقد انتشرت في السنوات الأخيرة ثقافة تلبس الجن بني البشر، وراجت تجارة التملك ومفاوضة هذه الكائنات الخفية الساكنة، التي تشتت عدة هدايا وقرايين حتى تترك المكان، طبعاً كل هذا يتم تغليفه بطابع القداسة، وفي جو روحاني يهز العاطفة، ويتم فيه توظيف للدين من خلال ترتيل آيات قرآنية وأحاديث نبوية مأثورة.

وأبرز مثل على التجسيد الذي ينفي المسؤولية الذاتية، كما يحفظ السمعة، حالة التلبس أو الخطبة التي تفسر خلالها بعض الاضطرابات النفسية ذات الطابع الهستيرى أو الصرعى. إنها أكثر التفسيرات شيوعاً في البيئات المختلفة، فهي تعلل وتوضح ما تعجز عنه هذه البيئات من تأويل نفساني اجتماعي للاضطرابات النفسية والسلوكية، وهي تبرز التحلل السلوكي الذي يبديه المريض. تحلل هو في حقيقته انفجار لنزوات مكبوتة وإفلاتها من سيطرة الإرادة، وتحكمها في السلوك لتحقيق رغبات مورست عليها أشد درجات القمع. وهي أخيراً تغطي مسؤولية الأسرة والجماعة في مرض الفرد وتتستر عليه. فما أسهل القول أن فلاناً مخبوط، أو ممسوس أو متلبس كوسيلة للتستر على مسؤولية الجماعة» (مصطفى حجازي، 2005، ص 147).

إن الجان تسبب عدة أنواع من الاضطرابات حسب المنظور الثقافي الشعبي، من خلال اللائحة الاكلينيكية التي يشير إليها الدكتور فقيه العبد منها نذكر :

المسكون: هو الشخص الذي يسكن أو يقتحم جسده الجن، ويتحكم في سلوكه وتفكيره، فيصبح الإنسان كالمسكن، وهنا تغيب الشخصية الأصلية، وتحل محلها شخصية أخرى تتميز بمجموعة من الأعراض منها الإغماء، والارتعاشات، والتشنجات، والهذيان، والهلوسة، وكلام غير منسجم 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 «شحط» أي «مشحوط» أو «شحطه الجن» وأسقطه أرضا، وتتم عملية الضرب بسرعة فائقة، وعادة ما يكون مكان الإيذاء في المجاري المائية، أو الأماكن المهجورة أو المزابل... الخ. أما الزمان فعادة ما يكون بين العصر والمغرب، وهو وقت انتشار هذه المخلوقات، وشدة الضربة تقف على درجة إيذاء الإنسان للجن، فتظهر مجموعة من الأعراض أهمها: الذهول، والحيرة، والقلق مع حالة من الاستشارة، وهنا لا يفقد المريض التوجه الزماني والمكاني عكس الهجمة الهذيانية. وقد ينتج عن هذا الإيذاء شلل جزئي ومفاجئ للجسم، صمم، عمى، أو شلل في الشفتين، ويكون الاستحواذ على جسد «المضروب» أقصر من ذلك الذي يتعرض له «المسكون».

المخطوف: هو من تعرض لنوع من الخطف والإفراغ، فينسحب من العالم ويصبح عاجزا عن التواصل مع الغير، وغير واع بالأحداث الخارجية، وذلك بسبب التأثير السيء 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. (في ليلي ميسوم 2014، ص 54-55) يقول علي زيعور في تحليله لاولية الإسقاط في الدفاع اللاواعي عن الذات المنجرحة أن «الاعتقاد بالجن متأصل في التراث السامي، وله ركائز في العديد من الآيات القرآنية التي تخالف عموما سائر اعتقاداتنا الشعبية والأسطورية عنه، فالأهالي يؤمنون بأنه يتشكل كما يريد، ويسوق لنا ويسكن الأماكن المهجورة أو مع الناس.

قد يعشق، ويصادق ويخاصم الإنسي... ويخضع الجان للشخص القادر على جمعهم، ثم على تفريقهم، وفق طرائق سحرية خاصة... ومن ذلك أننا اليوم إذا سكبنا الماء على النار لإطفائها نستأذن الجان، أو نقول له «دستور»، ونسمي باسم الله كي يهرب.. (علي زيعور 1987، ص 181)

لكن التصور الأكثر انتشارا هو أن كثيرا من الأمراض هي حوادث يسببها غضب الجن بسبب ان الفرد «المضروب» أو «المقيوس» لم يحترم أصحاب المكان ولم يتخذ الإجراءات الوقائية اللازمة، كما يسود اعتقاد راسخ لدى الناس أن الجن يخاف من تلاوة القرآن والضوء والملح والحديد والفولاذ، ولذلك نستعمل هذه الأشياء كإجراءات وقائية ضده .

كما يعتقد آخرون أن عرض الشخص الذي تملكه جن على الطبيب يعرضه للخطر، فقد يكون «مالكه» عنيفا فيقتل المريض، ويجب بدل ذلك الاعتماد على «الطالب» أو «الفقيه»، حيث يحاول هذا الأخير التفاوض مع الجن والتعرف على هويته، بواسطة بعض الطقوس، نذكر من بينها حرق شعرات بيضاء يفضل أن تكون من شعر جدة المريض، ويتم ذلك داخل الزيت، بالإضافة إلى الاستعانة بقراءة سورة الجن (إسماعيل قيره وآخرون، ص 79-80).

3. السحر:

لغة: السحر في لغة العرب بتشديد «السين» وتسكين «الحاء» هو: كل أمر يخفى سببه ويتخيل على غير حقيقته، ويجري مجرى التمويه والخداع، وكل ما لطف مأخذه ودق .
شرعا واصطلاحا: هو عزائم ورقى وعقد تؤثر في القلوب والأبدان، فيمرض ويقتل ويفرق بين المرء وزوجه ويأخذ أحد الزوجين عن صاحبه

يعتبر السحر والشعوذة من المعتقدات والممارسات المعقدة التي تهتم بها المجتمعات القبلية التي تتميز بالبساطة والحياة البدائية. من معتقدات هذه المجتمعات بان الحوادث المؤسفة تقع لهؤلاء الأشخاص الذين تضطرب علاقاتهم الاجتماعية والأخلاقية مع الأشخاص الآخرين. فهناك قبائل تعتقد بان الاضطراب وسوء العلاقات بين البشر يثير غضب الآلهة والأشباح، وهذا ما يدفعها إلى جلب الشر والمشاكل للأشخاص المسؤولين عن تعكير واضطراب العلاقات. وهناك قبائل أخرى تعتقد بان مصدر الشر والأقدار يرجع إلى وجود السحرة والمشعوذين. (دينكن ميتشل، 1986، ص 135)

السحر هو التماس الإنسان للنتائج من غير أسبابها، وهو في جوهره تجاوز الحدود البشرية وحتى تجاوز قوانين الطبيعة، إذ من خصائص التقيد بحدود الزمان والمكان وإمكانية التأثير عن بعد.

ولقد أوضح مالينوفسكي Malinowski وظيفة الجبروت (وتعويض النقص) في السحر بجلاء حين قال: انه (السحر) لا يوجد أينما كان العمل مأمونا ومضمونا، ويمكن التحكم فيه والحصول على النتائج المرجوة منه بالخبرة والمعرفة والمهارة... بينما يتم الالتجاء إلى السحر عن غرض، ويفصح عن حاجة... انه رد فعل لشعور الإنسان بقصوره وقلة حيلته في عالم لا يستطيع التحكم بظواهره. فالسحر يوجد في إحدى حالتين: في حالة الجهل بالنتائج. وفي حالة الجهل بالأسباب (فكرة مصطفى حجازي، 2005، ص 154)

وفي هذا الصدد يلاحظ مالينوفسكي أن قبائل التروبويانديس Trobriandais لا يوظفون السحر عندما يصطادون في البحيرات التي تفيض بالصيد، بل يستخدمونه أثناء صيدهم في أعالي البحار حيث الخطر. فالخطر هنا يمارس الفعل الذي تقوم به الأسطورة في التفكير. وكلاهما السحر والأسطورة يؤكدان حضور المقدس والدنيوي في آن واحد وتكامل العلاقة الجوهرية بين الوجود الخفي والوجود المعلن لكنونة الأشياء، فالناس في المجتمعات البدائية يعيشون على إيقاع مثيرات ودوافع فوق طبيعية: الله، الملائكة، الأساطير، القوى الخفية.

يميز فريزر Frazer بين نوعين من السحر يرجع كليهما إلى تطبيق خاطئ لمبدأ ترابط الأفكار: هناك السحر بالاقتران، والسحر بالتقليد. أما الأول فيتلخص بالحصول على أثر من الشخص المطلوب سحره (قطعة من ملابسه أو خصلة من شعره، أو أظافره... الخ)، والتصرف بها وإتلافه انطلاقاً من مبدأ ترابط الجزء بالكل، ما يحقق بالجزء لا بد أن يحل بالكل. إحراق خصلة الشعر ستؤدي إلى موت صاحبها وهكذا. وأما السحر بالتقليد فيعتمد مبدأ ترابط الأفكار بالتشابه: الحصول على نتيجة ما من خلال تمثيلها أو تقليدها. مثلاً صنع دمية من شمع أو غيره ترمز إلى الشخص المسحور، ما يصيب الدمية (قطع الرأس أو فقاً العين... الخ) سيحل بالشخص الحقيقي الذي تمثله. وفي الحياة العادية يجمع النوعان معا ويضاف إليهما الكتابة، والتعاويذ. (مصطفى حجازي، 2005، ص 154-155).

وفيما يلي نذكر بعض الأمراض التي يعتقد أن السبب وراءها هو السحر:

- الثقافة أو الربيط: ويهدف إلى إلحاق الضرر بالحياة الجنسية للمستهدف من السحر
- التجربة أحداث نزيه مستمر ومؤلم عند المرأة
- التعريضة: طريقة تتمثل في الحؤول دون تحقيق الفرد لما يسعى إليه
- الترجم: أو الرجم وهو عمل يتمثل في إيقاع الحجارة عند المستهدف من السحر لدفعه إلى مغادرة المكان.
- التهبال: إحداث المرض العقلي عند الفرد المستهدف (Ikhadir Aicha) في إسماعيل قيرة وآخرون، ص 98-99)

وهكذا يتضح أن السحر مثل العين هو سلاح للانتقام ووسيلة لحل الصراعات بين الجماعات المختلفة، خاصة إذا علمنا أن السحر لا يعمل إلا ضمن جماعة تربطها علاقات قرابة أو تحالف، وفي بقعة جغرافية ضيقة، وبدون هذين الشرطين يصبح السحر صعبا إن لم نقل مستحيلا.

أما بالنسبة لعالم الاجتماع تيراي I.Teraill فإن الشعوذة هي علاقة تطغى عليها الريبة والعدوان ويشوبها الحذر والغيرة والتنافس، فقد استبعد كل تفسير نفسي لها، واعتبرها من خصائص المجتمع الذي يعتمد على الإنتاج المنزلي الصغير، حيث لا يوجد تنافس ولا تتكاثر في الثروات لأنه يتم تقاسمها. وفي مثل هذا العالم المغلق على نفسه تسود إيديولوجية التشبع *idéologie de saturation*، فنجاح «الآخر» يعيشه أفراد المجتمع كاعتداء شخصي عليهم وبالتالي يصبح السحر والشعوذة نوع من الاحتجاج والاعتراض لذوي الوظائف الصغيرة، كطريقة عقاب على اللامساواة الاجتماعية، هذا النمط من الإنتاج المنزلي الصغير كطريقة عقاب على اللامساواة الاجتماعية. هذا النمط من الإنتاج المنزلي الصغير يجد نفسه مهددا بعوامل داخلية كزيادة عدد السكان وأخرى خارجية مثل الاتصال بجماعات أخرى أو بواسطة التبادل غير المتكافئ وأمام هذا التهديد فإن المجتمع المحلي يستعمل آليات دفاعية كتحديد تدفق الأملاك وتراكم الثروة والدعوة إلى إيديولوجية المساواة البدائية.

وهنا تدخل الشعوذة التي تؤثر على الواقع الذي يثقل كاهل الضعفاء بتحويل التهديد الحقيقي الذي يتجه نحو الضعفاء إلى تهديد رمزي (لكنه ناتج) يثقل ويهدد الأقوياء أيضا.
(Gharbi Ikbali op.cit.p79)

4. التابعة:

لغة: تعني تبع أو مشى وراء .

وحسب ابن منظور، التابعة، الرئى من الجن، ألقوه الهاء للمبالغة أو لتشنيع الأمر أو على إرادة الداهية، والتابعة تتبع الإنسان، وفي الحديث: أول خبر قدم المدينة، يعني من هجرة النبي -صلي الله عليه وسلم- امرأة كان لها تابع من الجن، التابع هنا، جني يتبع المرأة يحبها، والتابعة جنية تتبع الرجل تحبه، وقولهم معه تابعة، أي من الجن يتبع الإنسان أينما ذهب.

اصطلاحاً: تعني تعثر الحظ والفشل المتكرر وكثرة المصائب في كل مناحي الحياة. في الحقيقة هناك عدة مسميات لظاهرة واحدة متفق عليها أنها تلحق بالأطفال الشهاقة، العجوزة، أم الصبيان.

الكثير من القصص والروايات حكيت حول هذه الشخصية في عهد سيدنا سليمان، إذ قالوا أن «التابعة عجوز شمطاء تهدم الدور، والقصور وتقلل الرزق بالليل والنهار،

وتخلق الربا والأشرار، فما إن علم بها سليمان حتى أمر بجرها بالسلاسل والأغلال وعذبها عذاباً شديداً وقال لها: كيف نخفف عنك العذاب والشر كله منك، فقالت يا نبي الله، أنا التابعة التي اخلي الديار وأنا معمرة الهناشير والقبور وأنا التي مني كل داء ومضرة، نومي على الصغير فيكون كأن لم يكن وعلى الكبير بالأوجاع والأمراض والعلل والبلاء العظيم والفقر وأسلط عليه مالا يقدر عليه، ونومي على المرأة عند الحيض أو عند الولادة فتعقر ولا يعمر حجرها، ونومي على التاجر في تجارته بعد الفرح بالربح فيخسر ويخسر، وأخذت تعدد ألوانا وأصنافا من العذاب والبلاء التي تمتحن بها عباد الله، وقد أعطته العهود والمواثيق –العهود السلیمانیة السبعة- وإن من علقها لا تقربه في نفسه أو أهله أو ماله. وقد يلجأ السحرة في علاج هذا النوع من أنواع الاقتران بالإيعاز للمريض بذبح حيوان أسود وغالبا ما يكون من الضأن أو الغنم ونحوه دون أن يذكر اسم الله عليه ويوضع في حفرة ويغشى بالتراب، ومن ثم يتلو الساحر بعض العزائم الكفرية التي تحتوي على طلاسمة فيها تقرب وعبادة للأرواح الخبيثة لرفع المعاناة والبلاء، وقد ينصح البعض الحامل في بداية الحمل بوضع رقبة على بطنها في حزام طوال فترة الحمل إلى أن تضع مولودها بأمان أو تعليق رقبة أعلى باب غرفة النوم.

4. العدوى والهامة والصفرة:

العدوى وهي انتقال المرض من شخص لأخر، حيث الاعتقاد ان المرض ينتقل من شخص لأخر بطبعه، لا نتيجة اسباب موضوعية.

والهامة اختلف في تفسيرها، فالعرب كانت تقول: إذا قتل الرجل ولم يؤخذ بثأره، خرجت من رأسه دودة، فتدور حول قبره، تقول: اسقوني، فإن أدرك بثأره ذهبت والا بقيت.

واما الصفرة فالمراد به ما كان يعتقده العرب في جاهليتهم من ان في البطن دابة تهيج عند الجوع، وربما قتلت صاحبها، وكانوا يرون انها اعدى من الجرب وقيل ا ناهل الجاهلية كانوا يتشاءمون بشهر صفر، فنفي النبي - صلى الله عليه وسلم- هذه الاعتقادات وأبطلها بقوله: (لا صفر): اي لا صحة لما تعتقدونه من ذلك.

أما الغول فهو واحد من الغيلان وهي نوع من الجن والشياطين كانت العرب تزعم انها تتراءى للناس في الصحاري، وتتشكل لهم في صور شتى، فتضل الناس وتهلكهم.

ويمكن إرجاع هذا التوجه إلى الثقافة السائدة في المجتمع حيث الإيمان بالغيبات والماورائيات، ومسؤوليتها في كل ضائقة أو عجز يصيب الفرد.

هذا ما أكدته الدراسة القيمة التي قامت بها الباحثة ميسوم ليلى حول «الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي» «حيث توصلت إلى أن الحالات التي تعاني من الضائقة النفسية تعاني من القابلية الشديدة للإيحاء (تغير الأعراض

بمجرد الذهاب إلى المعالج التقليدي)، كما أنهم 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.. الخ).

كما أنهم يتميزون بتفكير خرافي بكل مميزات وخصائص العقلية الخرافية كما أن محيطهم العائلي والخارجي يلعب دور في تدعيم هذه الخرافات ويؤكد لها، وهذا ما يجعلهم أكثر استعدادا وإيحاء وتأثرا.

يسيطر عليهم التوهم والتخيل بكل أنواعه سواء على مستوى الأفكار والمشاعر والسلوك والجسد، فينتج عن هذا قلق وتوتر واكتئاب، أو أمراض عضوية والتي وصلت في الحالات القصوى إلى درجة الهلوسة والهذيان (حالة السحر) أو الانتحار (حالة المس). (في ميسوم ليلي، 2014، ص 231)

وإذا كان الدين الرسمي يحث الناس على مراعاة صحتهم والتماس الوقاية والمبادرة إلى العلاج فإن الفهم الشعبي للدين أو سوء فهم الدين أو التواكل، فهو الذي يؤدي إلى إرجاء اللجوء إلى الخدمة الصحية أو عدم اللجوء إليها كلية.

ففي كولومبيا تشير «فيرجينيا دي بندا» إلى ارتفاع معدل الوفيات بين الأطفال بسبب التواكل واللامبالاة من جانب الآباء. ذلك أن الطفل عندما يموت هناك فإن أبويه يقولان «إن مصيره هكذا، حتم عدم نموه» ويقال في مقاطعة Sanader على الطفل ذي الجمال غير العادي: «لم يولد هذا الطفل من أجل هذا العالم».

وإذن فإن على الأبوين أن يوطنوا أنفسهم على احتمال وفاة الطفل بنسبة 50% وعندما يشفى الطفل من مرضه يقول أبواه: «لقد شفي بلا رعاية طبية... إن الله لم يرد له الموت» (في علي المكاوي 1991.54).

خاتمة

الاضطراب النفسي هو خبرة غير سوية وغير مألوفة لدى الشخص والأفراد المحيطين به، شدتها أو مدتها أو تكرارها يؤدي إلى معاناة لديه، وتخل بالتزاماته العائلية والمهنية أو الدراسية بعلاقاته الاجتماعية، حيث يتفاوت التأثير ليتراوح من مشاعر الكدر والضيق والتعاسة وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التي تتطلب استشارة طبية وتكفلا وعلاجا في مصحات الطب العقلي

ومن العلامات الدالة على الإضطراب النفسي أو السلوكي تشوش الفكر أو انحراف المزاج أو السلوك على نحو لا يتساوى مع المعتقدات والقواعد الثقافية. وأعراض ذلك الاضطراب ترتبط في معظم الأحيان بضائقة تصيب الفرد بأمر يؤدي إلى تعطيل ملكاته

الشخصية، وتنشأ عن الإضطرابات النفسية أعراض يلاحظها أولئك الذين تصيبهم أو أقاربهم

والإصابة بالإضطراب النفسي يكون نتيجة تضافر مجموعة من العوامل أهمها حسب نتائج هذه الدراسة هي العوامل المهيئة، التي تجعل لدى الشخص استعدادا للإصابة باضطراب معين. وتلعب التربية الخاطئة التي يتلقاها الشخص داخل الأسرة وفي المدرسة والمجتمع على تكوين شخصيته وعلى نموه العقلي وتجعله شخصية هشة سريعة التأثر بمشاكل الحياة وشدائدها، إضافة إلى عوامل بيئية مؤثرة، كعدم وجود ترابط بين أفراد الأسرة أو عدم وجود دعم اجتماعي، وطريقة المعيشة كالبطالة، أو الانتقال السريع غير المهيأ من مجتمع إل آخر أو مرتبطة بتغيرات مفاجئة في المجتمع والأسرة والفرد سواء كانت سلبية أم ايجابية، تؤدي إلى تغيير سريع في العادات والقيم المتوارثة لتبني قيماً ومفاهيم جديدة (أ.الخاني 2006: 17)

حاولنا الاهتمام في هذه الدراسة أكثر بخطابات الأفراد و الكشف عن التصورات الفردية والعناصر التابعة للتفسيرات الجماعية، لأن دراسة صورة المرض داخل ذهن المريض يعد أول الطريق نحو فهم الظاهرة الصحية داخل كل المجتمعات الانسانية، حسب كلودين هرزليش

كما توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الإصابة بالإضطرابات النفسية عند الأطفال يتمثلها اجتماعيا كحالة غريبة غير مقبولة اجتماعيا.
- الوصمة الاجتماعية التي تطال العائلة، والتوجس من نظرة الغير والأحكام المنمطة يجعلها تتجنب المجتمع بإخفاء حقيقة الضائقة النفسية. بالتكتم على الحالة، أو بإرجعها إلى أذى قوى غيبية ما ورائية (عين، سحر، جن...).
- انتشار التفكير اللاعقلاني أو الخرافي وسلطان القوى الخفية على المصير، خاصة عند الإناث.
- يلعب المحيط العائلي والمجتمعي من خلال التربية وعملية تنميط التفكير دور محوري في ترسيخ التفكير الماورائي، والإيمان بقدرة الجن على السيطرة والتملك والإيذاء مما يجعل المجتمع أكثر استعداداً وإيحاءاً وتقبلاً للإصابة بهذا النوع من الإضطراب.
- يؤدي تأخر الشفاء أو صعوبة فهم المرض من قبل الأطباء وتشخيصه بدقة إلى تلونه بصبغة غريبة غيبية، مما يزيد في نشر ثقافة الجن والسحر والأرواح الغريبة.
- تأثير الجماعة المرجعية في تقديم تفسيرات للضائقة النفسية والاستعانة بخبرات أعضائها في التماس العلاج وتقديم الحلول. مما أدى إلى تكوين ثقافة صحية شعبية توازي الطب الحديث من حيث انتشارها وإيمان الناس بنجاعتها وفعاليتها.

- العلاقة متداخلة بين النسق الطبي الرسمي والنسق غير الرسمي (التقليدي، الشعبي) إلى درجة يصعب الفصل بينهما، بل هما في كثير من الأحيان يكملان بعضهما البعض.
- انتشار المؤسسات الاستشفائية الرسمية في مختلف ربوع الوطن وما تقدمه من خدمات على ضعفها ونقصها، أدى إلى تراجع دور المؤسسات التقليدية في تشخيص واقتراح العلاج، لكن تبقى الأنظمة الطبية كاستراتيجيات تكيفية سوسيو- ثقافية حسب عبارة فوستر وأندرسون، والناس إذا كانوا يعترفون بالطب الرسمي فإنهم لا يتخلون على معتقدتهم في الأسباب الشخصية والماورائية للأمراض.
- توجد ممارسات علاجية عديدة ومتنوعة، تستمد شرعيتها من الدين، وخبرة الأجيال، والكرامة، وتوارث الممارسة في نفس العائلة دون غيرها من العوائل.
- لكن يبقى الإدعاء، والتحايل بالشعوذة واستغلال حاجة الناس للعلاج وسيلة امتدت في مختلف شرائح المجتمع، هي الأكثر خطورة.
- استغلال الخطاب الديني من قرآن وأحاديث نبوية وأدعية للتأثير على عواطف المريض والمس يشعوره الديني والتقليدي من استراتيجيات المعالجات التقليدية.
- تسليم المريض نفسه للمعالج، وقبوله بكل الحلول العلاجية من ضرب مبرح وخنق وغيرها من أشكال التعذيب الجسدي والمعنوي في محاولة لطرد الجن والشياطين من جسمه كوسيلة للعلاج.

المراجع:

1. أسعد، يوسف ميخائيل (1988): المشكلات النفسية، حقائقها وطرق علاجها، دار النهضة مصر، القاهرة.
2. ابن منظور (1992): لسان العرب المجلد الثالث، دار صادر بيروت.
3. ببيك، آرون (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار النهضة العربية.
4. جان سكوت، مارك وليامز، آرون ببيك. (2002): العلاج المعرفي والممارسة الاكلينيكية، ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
5. بدران ابراهيم، الخماش سلوى (1974): دراسات في العقلية العربية، الخرافة، دار الحقيقة، بيروت.
6. جولمان، دانيال (2000): الذكاء العاطفي، ترجمة ليلى الجبالي، سلسلة عالم المعرفة، عدد 262، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
7. الحنفي عبد المنعم (2003): موسوعة الطب النفسي، الطبعة الرابعة، الجزء الأول، مكتبة مدبولي، القاهرة.

8. حجازي مصطفى(2005): التخلف الاجتماعي، مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور، ط9، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء.
9. حجازي مصطفى (2006): الصحة النفسية، منظور دينامي، تكاملي، للنمو في البيت والمدرسة، ط3، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء.
10. حجازي مصطفى (2005): الانسان المهدور، دراسة تحليلية نفسية اجتماعية، المركز الثقافي، ط1. العربي، الدار البيضاء.
11. خير الله سيد(1990): بحوث نفسية وتربوية، دار النهضة العربية، بيروت.
12. دويدار محمد عبد الفتاح (1996): طب النفس، دار المعرفة، لجامعة الأزريطة.
13. الدباغ فخري (1973): أصول الطب النفسي، دا الطليعة، بيروت.
14. زيعور علي(1987): التحليل النفسي للذات العربية، أنماطها السلوكية والأسطورية، ط3، بيروت، دار الطليعة.
15. زهران حامد عبد السلام (1997): الصحة النفسية والعلاج لنفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
16. شرابي هشام (2002): النظام الأبوي وإشكالية تخلق المجتمع العربي، ترجمة محمود شريح، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران.
17. صالح، عبد المحسن(1998): الأنسان الحائر بين العلم والخرافة، سلسلة عالم المعرفة، العدد 253، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
18. الطحان، محمد خالد(1996): مبادئ الصحة النفسية، ط4، دار القلم، دبي.
19. العتوم، عدنان يوسف،(2004): علم النفس المعرفي، النظرية والتطبيق، دار المسيرة، عمان.
20. عبد المعطي، حسن مصطفى(1998): علم النفس الاكلينيكي، دار قباء، القاهرة.
21. عبد الستار، ابراهيم، الدخيل عبد العزيز، ابراهيم رضوي (1993): العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته، سلسلة عالم المعرفة، العدد 180، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
22. عادل عبد الله محمد(2000): دراسات في الصحة النفسية، دار الرشاد، القاهرة.
23. علي المكاوي(1996): الأنثروبولوجيا الطبية. كتاب إلكتروني
24. عطية، عز الدين جميل(1999): تفسير الناس للسلوك والمواقف من منظور علم النفس المعاصر، عالم الكتب، القاهرة.
25. عسكر عبد الله(2001): الإكتئاب بين النظرية والتشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
26. فايد، حسين علي(2001): دراسات في الصحة النفسية، الكتب الجامعي لحديث، الإسكندرية

27. الفيومي، محمد ابراهيم (1985): القلق الإنساني، دار الفكر العربي، القاهرة.
28. قباني عبد العزيز (1969): العصبية بنية المجتمع العربي، دار الآفاق، بيروت.
29. كفافي علاء الدين (1999): الإرشاد والعلاج النفسي، المنظور النسقي الاتصالي، دار الفكر العربي، القاهرة.
30. نجاتي محمد عثمان (1993): الدراسات النفسية عند العلماء المسلمين، دار المسلمين، دار الشروق، القاهرة.
31. مليكة، لويس كامل (1985): علم النفس الاكلينيكي، ج1، التشخيص والتنبأ في الطريقة الاكلينيكية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
32. مفتاح، محمد عبد العزيز (2001): علم النفس العلاجي، اتجاهات حديثة، دار القباء، القاهرة.
33. موريس أنجرس (2006): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صراوي كمال بوشرف وسعيد سبعون، دار القصة، الجزائر.
34. يوسف جمعة سيد (2000): دراسات في علم النفس الاكلينيكي، دار غريب، القاهرة.
35. يوسف جمعة سيد (2001): النظريات الحديثة، في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب، القاهرة.
36. محمد الجوهري (1998): علم الفولكلور، دراسة المعتقدات الشعبية، ج2، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
37. عبد الرزاق الكيلاني (د ت): الحقائق الطبية في الإسلام، دار القلم، دمشق ودار الشامية بيروت، توزيع دار البشير، جدة.
38. عبد السلام وحيد بالي (2005): الصارم البتار في التصدي للسرقة الأشرار، ط1، دار ابن الجوزية، القاهرة.
39. سامية حسن الساعاتي (1983): السحر والمجتمع، ط2، دار النهضة العربية، بيروت.
40. سامية حسن الساعاتي (1983): الثقافة والشخصية، بحث في علم الاجتماع الثقافي، دار النهضة العربية، بيروت.
41. اسماعيل قيرة، عبد الحميد دليمي وسليمان بومدين (د ت): التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا، مخبر الانسان والمدينة، جامعة منتوري، قسنطينة.
42. محمد حامق (2014): العلاج بالرقية بين علم النفس والدين، ط1، الشروق للإعلام والنشر، الجزائر.
43. عبد العزيز حداد (2013): تشخيص اضطرابات الشخصية، ط1، دار النهضة العربية.
44. محمود السيد أبو النيل (د ت): علم النفس الاجتماعي، دراسات عربية وعالمية، ط4، ج1، دار النهضة العربية.

45. حامد عبد لسلام زهران (2003): علم النفس الاجتماعي، ط6، بيروت، عالم الكتب، القاهرة.

46. عصام عبد اللطيف العقاد (2001): سيكولوجية العدوانية وترويضها، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

47. محمد عودة محمد وكمال ابراهيم مرسى (1986): الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، ط2، دار القلم، الكويت.

48. لحسن عبد الله بشيوه (2014): الإحصاء وتطبيقاته على الحزمة الإحصائية SPSS، الوراق للنشر والتوزيع، عمان.

49. محمد أحمد الفضل الخاني (2006): المرشد إلى فحص المريض النفسي، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت.

50. محمد بلال الزغبي وعباس الطلافحة (2006): النظام الإحصائي SPSS فهم وتحليل البيانات الإحصائية، وائل للنشر والتوزيع، عمان.

القواميس:

51. جان لا بلانش و ج.ب. بونتاليس، د (1987): معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.

52. دينكن ميتشيل (1986): معجم علم الاجتماع، ترجمة احسان محمد الحسن، ط2، دار الطليعة، بيروت.

53. عبد النور جبور و أ.ك عبد النور عواد (2005): معجم عبد النور المفصل فرنسي عربي، دار العلوم للملايين، بيروت.

45. المنجد في اللغة والإعلام (2003): دار المشرق، بيروت.

المجلات:

55. لطفي عبد العزيز الشربيني وفاطمة سلامة عياد (1995)، أثر العوامل الثقافية والاجتماعية في الامراض النفسية في البيئة العربية. مجلة الثقافة النفسية، عدد 21 المجلد السادس ديسمبر 1995 ص ص 70-78-دار النهضة العربية، بيروت.

56. رمضان زعطوط وعبد الكريم القرشي (2005)، الإكتئاب وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين مجلة العلوم الانسانية، عدد 24 ديسمبر 20 ص ص 49-78 جامعة منتوري قسنطينة.

57. سليمان بومدين (2007): المرض بين المكتوب ومنطق المصيبة. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية- التواصل- عدد 20 ديسمبر 2007- جامعة باجي مختار عنابة.

58. سليمان بومدين (2005): التصورات الاجتماعية لصحة والمرض في الجزائر، حالة مدينة سكيكدة. ص ص 257-243، مجلة شؤون اجتماعية، العدد 88، السنة 22، شتاء 2005- الشارقة .

59. عبد الحكيم الحسبان وميسون العتوم ومحمد الشناق (2006): الأنماط العلاجية في منطقة جرش
دراسة أنثروبولوجية ميدانية. ص 305-279. مجلة أبحاث اليرموك، العدد 02 حزيران 2006-الاردن.
60. مصطفى مولود عمر عشوي (2007): أخطاء العزو في تفسير الاصابة بالعين والمس: حالات ومعطيات. محاضرة أقيمت في مؤتمر العلاج بالقرآن بين الدين والطب، أبو ظبي-الامارات العربية المتحدة.
61. أسماء بوعود (2014): الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي.
اصدارات لجنة التراث النفسي العربي الإسلامي. عدد 08 ص ص 50-4. لجنة البحث والدراسة في التراث النفسي-الجزائر.
62. عبد العزيز حداد (2006): الاكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السنني والتحكم المدرك من منظور الاتجاه المعرفي، أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، الجزائر.
63. فيروز، صولة (2014): المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه. دراسة ميدانية بمدينة بسكرة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بسكرة-الجزائر
64. ليلي ميسوم (2014): الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي غير منشورة. جامعة تلمسان. الجزائر.
65. زينب لبقع (2012): تمثيلات الصحة والمرض والممارسة التطبيقية في المجتمع الجزائري الحالي، دراسة ميدانية بولاية الأغواط. مذكرة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة ورقلة، لجزائر.
66. زخروفة كودري (2006): الإدراك الاجتماعي لكل من المعالج النفسي والمعالج بالرقية لدى عين من فئات المجتمع. مذكرة ماجستير. جامعة ورقلة. الجزائر.
67. سمية الحاج الشيخ (2013): التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء. مذكرة ماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي. جامعة بسكرة. الجزائر.
68. رشيد سبوح (2000): المعتقدات الشعبية في الجزائر، ظاهرة العين نموذجاً، مذكرة ماجستير في الثقافة الشعبية غير منشورة. جامعة تلمسان- الجزائر.
67. LEVY A. ET DELOUVE S.(2010) , Psychologie sociale , DOUNOD, PARIS
68. DUBOIS N.(2005) ,Psychologie sociale de la cognition, DUNOD, PARIS

69. FISCHER G.N (2010) , Les concepts fondamentaux de la psychologie sociales, DUNOD , PARIS
70. JODELET D.(2012),Les représentations sociales, PUF, PARIS
71. MOSCOVICI S.(1976), La psychanalyse son image et son public, PUF, PARIS
72. MOSCOVICI S (1984), Psychologie sociale, PUF, PARIS
73. MOSCOVICI S (1994), Psychologie sociale des relations avec autrui, NATHAN UNIVERSITE
74. GERGEN K.ET GERGEN M (1984), Psychologie sociale, VIGOT MONTREAL
75. ROUSSIAU N. et BONARDI C.(2001) , Les représentations sociales, état des perspectives. MARDAGA – BELGIQUE.
76. VINSONNEAU G. (1997),Culture et comportement, ARMANDVOLIN PARIS
77. TOUALBI. THAALIBI N.(2006), L'ordre et le désordre, CASBAH. E. ALGER
78. LAMOUREUX A.(1995), Recherche et méthodologie, E.V.QUEBEC
79. FAUCHEUX C. ET MOSCOVICI S.(1971), Psychologie sociale théorique et expérimental, MOUTON PARIS
80. DESCAMPS J.C. ET MOLINER P.(2012), L'identité en psychologie sociale, ARMAND COLIN
81. KOHL F.S, (2006), Les représentations sociales de la Schizophrénie, MASSON. PARIS
82. CAMELLERI C. ET VINSONNEAU (1996), Psychologie et concepts et méthodes ARMAN COLIN PARIS
83. TRIBOLET S. ET PARADAS C.(2000), Guide pratique de psychiatrie EDITION HEURES DE FRANCE. PARIS
84. JODELET D. (2006), « Culture et pratique de santé » un nouvelle revue de psychologie, n°1, 2006, pp 219-239
85. KACHA F. (2005), L'information psychiatrique .Vol.81.N°2-fevrier 2005.