

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: 2019/

المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليه المسن

– عبر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 والمقابلة –

دراسة عيادية لثلاث (03) حالات

مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماستر في شعبة علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة:

بوعلاقة فاطمة الزهراء.

إعداد الطالبة:

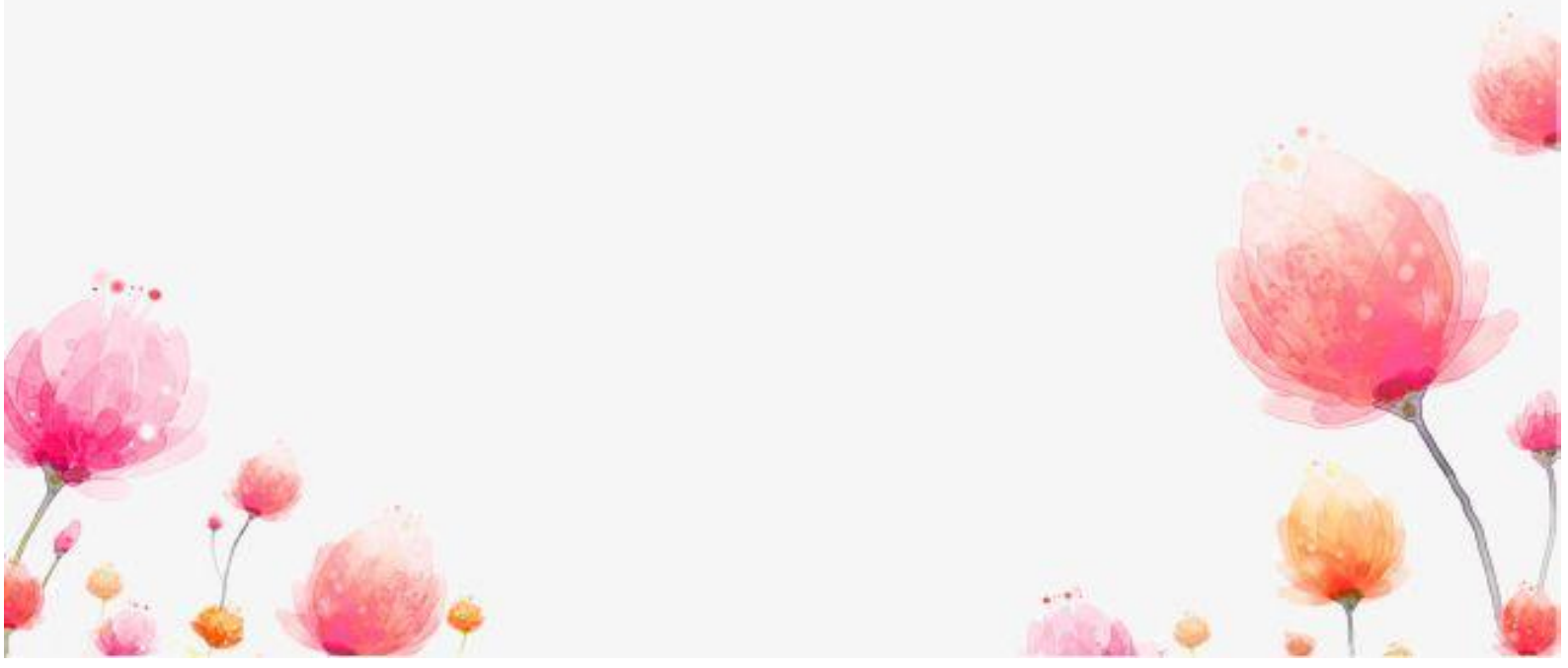
مريم عبداللاوي.

السنة الجامعية: 2019/2018



البرهان

إني كل الأرواح التي ترعى غيرها
وما أكثرها...



شكر وامتنان

قبل أن يجرد الشكر صراره لدرى الآخر هو صدى للآخر
فينا واعتراف منا بفضلله

أشكر الله على كل نعمة علي بما أحصيه منها وما لا
أحصيه ...

أشكرو. بدوعلقة فاطمة الزهراء التي علمتني الكثير
واللذات أطمع بتعلم الأكثر منها، فهي نهر لا ينضب
وأنا ظمآنة لا أخالني أرتوي، أشكرها على وجودها
ووما، وعلى روحها الإنسانية المتفانية ...

أشكر حالات الدراسة على وقتهم الذي منحوه لهذه
الدراسة وعلى تعاونهم ومشاركتهم فيها

الفصل الثاني: المعاش النفسي

تمهيد.....	17
1-تعريف المعاش النفسي.....	18
2-مكونات المعاش النفسي.....	18
1-2 القلق.....	21-18
2-2تقدير الذات.....	23-21
3-2 الاكتئاب.....	25-24
4-2 الشعور بالذنب.....	27-26
خلاصة جزئية.....	28

الفصل الثالث: مرحلة الرشد والتكفل بالمسنين

تمهيد.....	29
I - مرحلة الرشد.....	30
1-تعريف مرحلة الرشد.....	30
2-مطالب النمو في مرحلة الرشد.....	31-30
3-تقسيمات مرحلة الرشد.....	32-31
4-خصوصية مرحلة الرشد بالنسبة للرجل والمرأة.....	33-32
II - التكفل بالمسنين.....	34
1-تعريف مرحلة الشيخوخة.....	34

2-خصائص مرحلة الرشد وضرورة التكفل بالمسنين.....34-35

3-تعريف التكفل.....36

4-أشكال التكفل.....36-37

5-التكفل والدور الاجتماعي للرشد.....38

39.....خلاصة جزئية

الـ جـ نـ

بـ

الـ طـ بـ يـ قـ

يـ

الفصل الرابع: الإجراءات التطبيقية للدراسة وإجراءاتها

تمهيد.....41

1-منهج الدراسة.....42-43

2-أدوات الدراسة.....43

1-2.تراتب أدوات الدراسة.....43

2-2.وصف أدوات الدراسة.....44-59

3-الإطار المكاني والزمني للدراسة.....59

4-تقديم حالات الدراسة.....60-61

62.....خلاصة جزئية

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.....	64
1- عرض حالات الدراسة.....	65-100
1-1. عرض الحالة الأولى.....	65-77
1-2. عرض الحالة الثانية.....	78-89
1-3. عرض الحالة الثالثة.....	90-100
2- مناقشة الفرضيات.....	101-109
2-1. مناقشة الفرضيات الجزئية للتساؤل الأول.....	102-106
2-2. مناقشة الفرضية الثانية.....	106-109
خلاصة جزئية.....	110
خلاصة عامة.....	111-114
التوصيات.....	115
قائمة المراجع.....	116-119
الملاحق.....	

فهرس الأشكال البيانية

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
67	نتائج تكميم المقابلة للمعاش النفسي لدى الحالة 1	01
70	نتائج اختبار mmpi2 للحالة 1	02
79	نتائج تكميم المقابلة للمعاش النفسي لدى الحالة 2	03
82	نتائج اختبار mmpi2 للحالة 2	04
91	نتائج تكميم المقابلة للمعاش النفسي لدى الحالة 3	05
94	نتائج اختبار mmpi2 للحالة 2	06
103	نتائج المعاش النفسي للحالات وفق المقابلة	07
103	نتائج المعاش النفسي للحالات عبر اختبار mmpi2	08
107	الصفحات النفسية للحالات عبر اختبار mmpi2	09

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجداول	رقم الجدول
60	وصف حالات الدراسة	01
61	وصف الأولياء المسنين للحالات	02

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليه المسن. وقد تم اختيار ثلاث حالات من الراشدين المتكفلين بأوليائهم المسنين.

تم استخدام المنهج العيادي، بالاعتماد على اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية بنسخته الثانية، إضافة إلى المقابلة التي تم بناؤها واعتمادها كدليل موحد مع الحالات الثلاث. وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالقلق.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالاكتئاب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالشعور بالذنب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بانخفاض تقدير الذات.
- تكون الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن عبر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، في نطاق السواء.

Summary

This research aims to reveal the nature of the psychological experience of adults who act as guardians of an elderly parent. Three adults who are caring for an elderly parent were chosen for the study. The study is clinical in its approach and was based on the second version of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI 2), as well as an interview guide which was designed and conducted with the three cases. The Following results were obtained:

- The psychological experience of an adult who is caring for an elderly parent is characterized by anxiety.
- The psychological experience of an adult who is caring for an elderly parent is characterized by depression.
- The psychological experience of an adult who is caring for an elderly parent is characterized by a sense of guilt.
- The psychological experience of an adult who is caring for an elderly parent is characterized by low self-esteem. Based on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, the psychological well-being of an adult who is caring for an aging parent is moderate.

مقدمة:

إن عصر العولمة وما يشهده من تطورات سريعة يعجز الإنسان عن مواكبة سرعتها، أدى إلى حدوث تغييرات حمة على جميع الأصعدة، مست أغلب جوانب حياة الإنسان وغيّرت حتى في مجموع الأنساق، والأبنية الاجتماعية، وعلى رأسها الأسرة، التي فقدت معالمها، وتبددت أدوارها.

حيث كانت الأسرة هي الوعاء الحاوي لجميع أفرادها، في سرائهم وضرائهم، على امتداد أجيال متعاقبة. لتفقد الأسرة مكانتها هذه وتنحصر في أسر نووية مجزأة. هذا التجزؤ في الأسر يخلقه انفصال الأبناء واحد تلو الآخر، عن الأسرة الممتدة، بعد أن يكتمل نضجه وقوته، ويصبح قادرا على مواجهة أعباء الحياة، والتصدي لها، لكن في مقابل اكتمال نضجه، وقوته، يتزامن ذلك مع انحدار والديه، وضعفهما، وعجزهما.

وبالنظر إلى الأمر من زاوية إحصائية فإن العالم يشهد تزايدا كبيرا في أعداد المسنين الذين تجاوزت أعمارهم سن الستين؛ فبعد أن كان عددهم لا يتجاوز (188) مليوناً عام (1950) بلغ عددهم في العام (1980) أكثر من (490) مليوناً، ثم أكثر من (600) مليون في العام (2000) ، ومن المتوقع أن يصل العدد في عام (2025) إلى أكثر من مليار مُسن (الأمم المتحدة، 2010).

ولإعطاء معنى أكثر دلالة لهذه الأرقام، فإنه يمكن القول أن شريحة المسنين بكل الخصائص المتعلقة بها، والتي تشير إلى حاجة هذه الفئة إلى العناية، والتكفل بها، ما يستدعي من الدول والحكومات الالتفات إلى هذه الفئة، بإنشاء دور للمسنين وجمعيات تتكفل بهم تكفلاً تاماً، إلا أن الخصوصية الثقافية تفرض دورها في هذه المعادلة كعنصر رئيسي، فحسب الإطار الثقافي والأدوار الاجتماعية الموزعة وفقاً للمكانة الاجتماعية لأفراد ووحدات المجتمع، ووفقاً لهذا فإن التكفل بالمسنين داخل نطاق الأسرة يعد إحدى الوظائف التي ينبغي أن تضطلع بها الأسرة، وأن يكون أفراد الأسرة هم المسؤولين عن التكفل بالمسن ورعايته (الرباط، 2003، ص 16). لكن مسؤولية التكفل تبقى دوماً على عاتق شخص ما، وقد يساعده فيها أفراد آخرون، مثل الزوجة والأبناء، إلا أنه يبقى هو المسؤول الأول عن التكفل، والقائم بالرعاية، والذي يعرف على أنه الشخص الذي ينهض بمسؤولية أولية لرعاية قريب كبير في السن، فالقائم بالرعاية من الأسرة، يشغل مكاناً واضحاً من المجتمع، وله توقعات سلوكية ترتبط به، وهي ملزمة له (خوجة، 2018، ص 72).

كون التكفل مسؤولية اجتماعية يلزم بها الفرد وفقا لمكانته الاجتماعية، ولدوره، ما يعني توافر مجموعة من القواعد المركبة العامة، الخاصة بالدور. وتجدر الإشارة بأن "الدور"، و"أداء الدور"، لا يتطابقان، فالدور هو ما يوكل إلى الفرد وفقا لمكانته الاجتماعية، وأداء الدور هو الطريقة التي يمارس بها الدور (الجوهري، 2007، ص 105)، وقواعد دور التكفل يخص مجالات التكفل الصحية، والنفس الاجتماعية، والمادية، وغيرها.

إن الحديث عن وضعية التكفل هذه، من ناحية ظروفها، وإلزاميتها، وشروطها، وجوانبها، يستلزم الحديث عن نقطة ومهمة جدا، ألا وهي الحالة النفسية، والحياة النفسية لهذا الراشد المتكفل بوليّه المسن، حيث لا يمكن الافتراض أن التكفل، مجرد إلزام اجتماعي، أوديني، أو حتى علائقي، يؤديه الفرد وفقا لما يتطلبه هذا الدور.

إن هذه الوضعية بكل حيثاتها، وتفصيلها؛ لها انعكاساتها، وحتى جذورها، وصداهها، ضمن الحياة النفسية لهذا الراشد المتكفل بوليّه المسن، وذلك لكون الحياة النفسية تتضمن متغيرات متعددة، لا يمكن وصفها بالثبات أو الجمود، فهي متغيرة وفقا لما يمر به الفرد، ويعايشه.

هذه الحياة النفسية اصطلاح على تسميتها بالمعاش النفسي، الذي يعرف على أنه ¹ لحظة الداخلي أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يتخلف باختلاف المواقف، والوضعية التي يعيشها الفرد في حقيقته، سواء كانت دائمة، أو مؤقتة. (زردوم، 2000، ص 15).

وضعية التكفل بما تتضمنه من التزامات، قد تشكل وضعية صعبة على الراشد، بغض النظر عن كونه راغبا بهذا التكفل، فإن التزاماته العاطفية، والوجدانية، والدينية أمام وليّه المسن، ونوع التكفل الذي يرغب بتقديمه، ومآل وليّه المسن، كل هذا مقارنة بواقع هذا التكفل، قد يشكل وضعية ضغط للراشد، أو معاشا صعبا قد يتبدى من خلاله القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، إضافة إلى تقدير الذات نظير التقدير الاجتماعي الذي يحاط بالتكفل بالولي المسن، ولذلك انطلقنا في دراستنا هذه التي تجدر الإشارة إلى أنها تندرج ضمن مشروع بحثي أكبر حول *le vécu psychologique des aidants familiaux de personnes âgées dépendantes*، مرمز بـ: 105L03UN1602201800، تشرف عليه: د/ مخلوف سحلية بن تونس، وتندرج هذه الدراسة ضمن المشروع من خلال الأستاذة المشرفة على هذه الدراسة والمشاركة في المشروع البحثي.

وبالتالي فإن دراستنا هذه تسلط الضوء على فئة الراشدين المتكفلين بأوليائهم المسنين، وذلك بهدف ما يلي:

- التعرف على المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليّه المسن.
- التعرف على طبيعة التكفل بالمسنين من طرف أبنائهم.
- اقتراح توصيات تساهم في فتح آفاق علمية جديدة بخصوص الموضوع، وفي تحسين واقع المعاش النفسي للمتكفلين، وكذا في طبيعة التكفل الذي يقدمونه لأوليائهم المسنين.

لتحقيق هذه الأهداف تم الالتزام بالقواعد المنهجية العامة، بالرجوع إلى الدراسات السابقة حول الموضوع، وتوضيح إشكالية الدراسة، ومن ثم توضيح معالم الخطة العامة للدراسة، وجمع الإطار النظري الخاص بمتغيرات الدراسة، واختيار أدوات الدراسة، ومن ثم اختيار العينة، والتطبيق عليها، وتحليل النتائج ومناقشتها. وتم عرض كل ذلك وفقاً لما يلي:

- الجانب النظري للدراسة: ويأتي بعد عرض الإطار العام للدراسة بما تتضمنه أهداف وإشكالية ومفاهيم الدراسة. حيث تناول الجانب النظري فصلين يتضمن الأول المعاش النفسي للراشد بأهم متغيراته بتعريفها وتوصيف أعراضها، يليه فصل الرشد والتكفل بالمسنين، والذي نعرض ضمنه وصفاً لمرحلي الرشد، والشيوخوخة وخصائصهما التي تفرض التكفل كعنصر وسيط بينهما، ثم تعريفه وتوضيح أهم جوانبه.
- الجانب التطبيقي: يتضمن منهجية التطبيق والتحليل، حيث تم تقديمه من خلال فصلين، الأول بخصوص الإجراءات التطبيقية للدراسة ومنهجيتها، حيث عرفنا بمنهج الدراسة المستخدم وهو العيادي، مع مبررات اختياره، وأدواته الممثلة في دراستنا، بالمقابلة التي تم بناؤها وفقاً لأبعاد التكفل النفس اجتماعية، والمادية، والصحية، مع مؤشرات دالة على القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، وتقدير الذات. وكانت الأداة الثانية ممثلة في اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في نسخته الثانية، لاستخراج الصفحة النفسية لكل حالة، ونطاقها بين السواء واللاسواء، ومن ثم تم تقديم وصف لحالات الدراسة وظروف التطبيق المكانية والزمانية. أما في فصل عرض النتائج فقد تم عرض نتائج كل حالة على حدة، وذلك بتقديم الحالة، ومن ثم تقديم ملخص للمقابلة، ونتائج تكميمها، وتمثيلها في شكل بياني والتعليق عليه، ومن ثم عرض نتائج اختبار mmppi-2، ورسم الصفحة النفسية وتحليلها، ومن ثم التحليل العام للحالة، وبعدها مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء النتائج، ليتم عرضها في خلاصة عامة للدراسة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- الدراسات السابقة.
- 2- إشكالية الدراسة.
- 3- فرضيات الدراسة.
- 4- أهمية وأهداف الدراسة.
- 5- تحديد مفاهيم الدراسة.

1- الدراسات السابقة:

*الدراسات الخاصة بمتغير المعاش النفسي:

دراسة غويني (2016): بعنوان الاضطرابات النفسعصبية والمعاش النفسي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفسعصبية وطبيعة المعاش النفسي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع بالجزائر ، استخدمت الدراسة المنهج المتكامل (وصفي – عيادي)، طبقت الدراسة على عينة عددها (65) من بينهم ثلاث حالات للدراسة العيادية، طبق عليهم اختبار التقييم المعرفي لــــ (موكا)، والمقابلة العيادية نصف الموجهة، أسفرت النتائج أن المعاش النفسي لدى عينة الدراسة والتي تعاني من اضطرابات نفسعصبية صعب و لديهم تكيف سيء مع المرض كما سجل لديهم انخفاض في الأداء المعرفي.

دراسة سراي (2016): بعنوان المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة ، هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن طبيعة المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة بالجزائر والتحقق من وجود بعض العناصر السلبية التي يحتمل وجودها مثل الشعور بالوحدة النفسية والقلق وانخفاض تقدير الذات، استخدمت الدراسة المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة، طبقت الدراسة على عينة يبلغ عددها ثلاث حالات، باستخدام الملاحظة والمقابلة نصف الموجهة واختبار القلق لــــ (سليبرجر)، واختبار الوحدة النفسية لــــ (راسيل)، واختبار تقدير الذات لــــ (كوبر سميث)، أسفرت النتائج عن تأكيد سلبية المعاش النفسي لدى عينة الدراسة وتميزه بالقلق والوحدة النفسية.

دراسة زراري (2015): بعنوان المعاش النفسي عند المراهق الأصم ، هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن طبيعة المعاش النفسي لدى المراهق الأصم بالجزائر، ومحاولة الكشف عن أثر الصمم في ظهور كل من القلق والسلوك العدواني لدى المراهق الأصم، استخدمت الدراسة المنهج التجريبي بتقنية دراسة الحالة، طبقت الدراسة على عينة يبلغ عددها أربع حالات، باستخدام المقابلة نصف الموجهة، واختبار رسم الشجرة واختبار رسم العائلة، أسفرت نتائج الدراسة عن إثبات تأثير الصمم في ظهور القلق والسلوك العدواني لدى جميع حالات الدراسة.

دراسة عنو (2008): بعنوان المعاش النفسي لدى الراشدين المدمنين على المخدرات ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الحالة النفسية والتنظيم العقلي وكذا عن تقدير الذات والقلق وقلق الموت والاكتئاب واليأس لدى المدمنين على المخدرات في الجزائر، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي مقارنة بالراشدين غير المدمنين، طبقت

الدراسة على عينة يبلغ عددها (150) مدمن راشدين ذكور تتراوح أعمارهم بين (23 و 45)، حيث طبق عليهم مقياس تقدير الذات — (كوبر سميث)، وكل من مقياس الاكتئاب واليأس — (بيك)، ومقياس قلق الموت — (دونالد)، واختبار القلق — (كاتل)، واختبار تفهم الموضوع T.A.T، — (موراي)، ومقياس استراتيجيات المواجهة — (بولان وآخرون)، مقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين — (حمودة وعبد العزيز)، أسفرت النتائج عن وجود اختلافات جوهرية ذات دلالة إحصائية بالنسبة لكل المتغيرات المدروسة عند المستويين (0.05) و (0.01) مقارنة بين الراشدين المدمنين على المخدرات والراشدين العاديين.

دراسة زردوم (2006): بعنوان المعاش النفسي للحمل عند الأمهات العازبات، هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية معاشة الأم العازبة لحملها غير الشرعي بالجزائر، استخدمت الدراسة المنهج الإكلينيكي، طبقت الدراسة على عينة يبلغ عددها خمس حالات، باستخدام الملاحظة والمقابلة نصف الموجهة، وسلم (هاملتون) للقلق، أسفرت النتائج عن معاش نفسي يتضمن الإحباط، والإنكار، وبصفة عامة التهميش.

● التعقيب على الدراسات الخاصة بالمعاش النفسي:

لقد تبين لنا من خلال عرضنا للدراسات الخاصة بمتغير المعاش النفسي مدى التنوع الكبير فيها من حيث المتغيرات المرافقة لمتغير المعاش النفسي، مثل الاضطرابات التفسعية في دراسة غوييني (2016)، والإدمان على المخدرات في دراسة عنو (2008)، والصمم في دراسة زراري (2015)، وحتى ضمن متغير المعاش النفسي فإننا نلاحظ اختلافا في المتغيرات المدروسة ضمنه، مثل القلق في دراسة زردوم (2006)، وتقدير الذات، والاكتئاب، واليأس، والقلق، وقلق الموت في دراسة عنو (2008)، والقلق والسلوك العدواني في دراسة زراري (2015)، والقلق وتقدير الذات والوحدة النفسية في دراسة سراي (2016)، والتقييم المعرفي في دراسة غوييني (2016)، ورغم الاختلاف في المتغيرات إلا أننا نلاحظ حضور القلق ضمن المعاش النفسي المدروس في أغلب الدراسات، وهو ما يدل على أهميته كمتغير أساسي ووارد الحضور عند كل العينات، رغم الاختلاف في العينات ما بين المراهق الأصم، والمسنين، ومدمني المخدرات، والأمهات العازبات، ومرضى ضغط الدم المرتفع، كما نلاحظ تقاربا زمنيا بين الدراسات، حيث أن أكبر فارق بين أقدم وأحدث دراسة مذكورة يقدر بـعشر سنوات، بينما بقية الدراسات كلها متقاربة وحديثة نوعا ما، أما في ما يخص الإطار المكاني فكلها دراسات تمت بالجزائر، وإن دل هذا على شيء فإنما يدل على مدى الشمولية التي تدرس بها العينات وذلك باختيار المعاش النفسي بأكثر من متغير لدراسة عينة ما، بدل اختيار متغير واحد، أما فيما يخص المنهج المستخدم، فقد تنوع ما

بين التجريبي في دراسة زراري (2015)، والعيادي في دراسة كل من زردوم (2006) وسراي (2016)، والمنهج الوصفي في دراسة عنو (2008)، والتكاملي (وصفي-عيادي) في دراسة غوييني (2016)، أما من حيث الأدوات المستخدمة في الدراسة فقد تنوعت ما بين الاختبارات الإسقاطية في دراسة كل من زراري، وعنو، وماين المقاييس في بقية الدراسات، وكذا في دراسة عنو كذلك، أما من حيث النتائج فقد اتفقت كل هذه الدراسات على سلبية المعاش النفسي لعينات الدراسة، ولعل ذلك راجع لخصوصية هذه العينات، من حيث كلها عينات لها صعوبات خاصة ومشاكل معينة تواجهها مثل الصمم ، والمسنين في دور العجزة، ومرضى ضغط الدم، والأمهات العازبات، ومدمني المخدرات.

*الدراسات الخاصة بالتكفل بالولي المسن:

دراسة سالم والصفقي (2007): بعنوان رعاية المسنين في المجتمع والأسرة وعلاقتها بالرضا عن الحياة، هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الرعاية الأسرية والمجتمعية للمسن وعلاقتها برضاه عن الحياة، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم تطبيق استبيان رعاية المسن في الأسرة والمجتمع، واستبيان رضا المسن عن الحياة، على عينة يبلغ عددها (324). بمصر، أسفرت نتائج الدراسة عن أن مستوى رعاية المسن في الأسرة والمجتمع متوسط، وكذلك مستوى رضاه عن الحياة متوسط، كما أسفرت عن وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين المنضمين وغير المنضمين لجمعية رعاية المسنين في جميع جوانب الرعاية لصالح غير المنضمين.

دراسة عبد الحميد (ب ت): بعنوان العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، هدف الدراسة إلى معرفة اتجاهات الأسرة نحو تقاعد المسن، وكيفية إدراك المسن لهذه الاتجاهات، وفق المنهج الوصفي، تم استخدام مقياس الاتجاهات نحو التقاعد، ومقياس المناخ الأسري، ومقياس التوافق الأسري، والتي قام الباحث ببنائها خلال هذه الدراسة، طبقت هذه الأدوات على ثلاث أسر بمصر، وذلك بالتطبيق على الزوجات والأبناء والأزواج المسنين، أسفرت نتائج الدراسة عن اتجاهات سلبية اتجاه التقاعد سواء من أفراد أسرة المسن، أو من أسرته هو كذلك، وأن التقاعد يحدث أزمة لدى المسن.

● التعقيب على الدراسات الخاصة بالتكفل بالولي المسن:

نلاحظ قلة وندرة الدراسات التي تناولت هذا المتغير في حدود اطلاعنا، أما فيما يخص الدراستين المدرجتين أعلاه فنلاحظ الفارق الزمني الكبير بينهما، إذ أنه رغم عدم وجود تاريخ للدراسة الثانية، إلا أنه وبالإطلاع على

الدراسة، فإن قائمة المراجع تحتوي على مراجع قديمة جدا إذ أن أحدث مرجع فيها يعود لعام (1985)، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أهمية هذا المتغير وأصالته، وبالمقارنة مع تاريخ دراسة دراسة سالم والصفتي (2007)، نجد فعلا احتمال كون الفارق الزمني كبير جدا، ما يؤكد على أهمية الموضوع واستدعاء دراسته مجددا في سياق مقارب، أما من حيث المتغيرات، نلاحظ أن الدراستين تشتركان في رصد وضع المسن داخل الأسرة، بجوانب مختلفة حيث ترصده دراسة عبد الحميد (ب ت)، من حيث اتجاهات الأسرة نحوه، ومن حيث إدراكه هو لهذه الاتجاهات، بينما دراسة سالم والصفتي (2007)، فإنها ترصده من حيث نوع الرعاية التي يتلقاها، ومدى رضاه عن الحياة، أما في ما يخص المنهج فهما متقاربان من خلال استعمالها للمنهج الوصفي، أما فيما يخص الأدوات، فالمقاييس المستخدمة مختلفة تبعا لاختلاف المتغيرات، أما فيما يخص النتائج فقد أسفرت دراسة سالم والصفتي (2007) عن نتائج تؤكد على أهمية دور الأسرة في رعاية المسن لتحقيق رضاه عن الحياة، بينما دراسة عبد الحميد (ب ت) فقد أسفرت عن نتائج تدل على صعوبة التقاعد على المسن و أسرته، على حد سواء.

*الدراسات المتعلقة باختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه mmpi2:

دراسة عز (2015): بعنوان تقنين رائر مينسوتا، هدفت الدراسة إلى تقنين اختبار مينسوتا متعدد الأوجه ، والتحقق من خصائصه السكومترية، وبيان مدى اقتراب توزيع درجات أفراد العينة من التوزيع الطبيعي، ومن ثم استخراج المعايير الخاصة به. تكونت عينة البحث في الجامعة من 6734 طالبا وطالبة، بمتوسط عمر مقداره 12.2، وانحراف معياري 16 ، كان عدد الذكور فيها 2456 طالبا، وعدد الإناث 2722 طالبة. توصلت نتائج البحث إلى أن الصيغة السورية من اختبار مينسوتا تتمتع بمؤشرات مرتفعة من الصدق والثبات. وأن بيانات العينة كاملة، و عينة الذكور والإناث - كل على حدة - توزعت توزعا طبيعيا كما بينته مقاييس التزعة المركزية، والانحراف المعياري، والالتواءات، والتفرطح. كذلك وتشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في كثير من المقاييس المدروسة بين الذكور، والإناث وسوغت استخراج معايير لكل منها بالدرجة التائية. وعلى أساس هذه المعايير حددت درجة القطع العلي بين الاضطراب والسواء بالدرجة التائية 45 ، ودرجة القطع الدنيا 54.

دراسة مليوح (2014): هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية تقنيات الفحص العيادي، الإسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام، تم تطبيق استخدمت الدراسة المنهج العيادي، من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ، وتفهم الموضوع، ومينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، طبقت هذه الأدوات على عشر حالات بالمؤسسة الاستشفائية

حكيم سعيدان ببسكرة، أسفرت نتائج الدراسة عن تطابق نتائج التشخيص وفقا للاختبارات الموضوعية، والإسقاطية، مع نتائج التشخيص السيكاتري.

• التعقيب على الدراسات المتعلقة باختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية mmpi2:

هناك العديد من الدراسات التي تتناول اختبار مينسوتا، إلا أنه تم إيراد دراستين فقط وذلك كونهما الدراستين اللتين تم الاعتماد عليهما، في تطبيق الاختبار وتصحيحه، ورغم الاختلاف الكبير بين الدراستين سواء من ناحية المنهج، أو هدف الدراسة، إلا أنهما تطابقتا في أداة الاختبار، وكذا في النتائج حيث أكدت كلا الدراستين على مدى فاعلية اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في تحديد المعالم التقريبية للسواء والاضطراب.

• التعقيب العام على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة القريبة من موضوع دراستنا، يتبين لنا أهمية الموضوع أكثر من خلال ندرة الدراسات التي تناولته في سياق دراستنا أي من خلال التركيز على الحياة النفسية للراشدين المتكفلين بأوليائهم المسنين، وذلك باستعمال أداة قوية متمثلة في اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، كما يتبين لنا الفائدة الكبيرة للدراسات السابقة، حيث تم الاستعانة بالدراسات السابقة الخاصة بمتغير المعاش النفسي في تحديد متغيرات المعاش النفسي لدراستنا، وكذا إثراء الجانب النظري للمعاش النفسي، إضافة إلى الاستعانة بها في بناء الإشكالية، وصياغة تساؤلات الدراسة، أما فيما يخص الدراسات المتعلقة بالتكفل بالأولياء المسنين فقد تم الاستفادة منها، في إثراء الجانب النظري، وكذا في بناء دليل المقابلة الخاص بجوانب التكفل بالمسنين، أما فيما يخص الدراسات المتعلقة باختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، فقد تم الاستفادة منها في تطبيق الاختبار وتصحيحه وتحليل نتائجه، كما تم الاستفادة منها في إثراء الجانب النظري حول الاختبار، كما تم استغلال كل هذه الدراسات في المنهجية العامة للدراسة، من حيث تراتب بعض العناوين في الفصول، والشكل والإخراج، وبعض التهميشات وغيرها من التفاصيل.

2- إشكالية الدراسة :

يمر عمر الإنسان بفترات متعاقبة، لها خصائصها الهامة والمتقاربة، بحيث أن مجموع الخصائص أو التغيرات الحادثة خلال فترة معينة، والتي تكون متقاربة بشكل كاف لضمها تحت مرحلة عمرية معينة، يتشارك في مجمل خصائصها العامة جميع الأفراد، مع مراعاة الفروق الفردية لهم، إلا أن السيولة العامة لحياة كل فرد تسير وفق هذه المراحل العمرية للنمو.

تعد مرحلة الرشد من أطول مراحل النمو، حيث أنها تبدأ تقريبا مع بداية العقد الثالث من العمر أي ما يقارب (21) وتنتهي مع نهاية الستينيات من العمر، وتتميز باكتمال في أغلب جوانب النمو الجسمي، والعقلي للفرد (عبدالله، 2014، ص144)

ما يجعل فئة الراشدين تشكل الفئة النشطة، والفعالة في المجتمع، من حيث اكتمال قدراتها، وكذا من حيث حضورها في المجتمع. حيث أنها هي الفترة التي يوجد بها أكثرية الناس وتتكون منها المجتمعات ، و بها ولها انشأت المجتمعات، وهي لا تقل أهمية عن باقي مراحل النمو الإنساني ، خصوصا أنه خلالها يكون الراشد مسئولا عما يقوله، ويفعله، و به تنشأ المجتمعات (سليم، 2002، ص 447).

وتأكيدا على ما سبق فإنه حسب نشرية الديوان الوطني للإحصائيات عام 2016، يشكل الراشدون حوالي نصف المجتمع الجزائري، حيث إنه من بين كل (40) ألف نسمة، نصفها أي ما يقارب (20) ألف نسمة تتراوح أعمارهم ما بين 25-64 سنة، وهي الحدود المطابقة نوعا ما لحدود مرحلة الرشد.

إن المساحة والأهمية التي تشغلها فئة الراشدين من المجتمع، تدفعنا إلى الحديث عن المكانة الاجتماعية، والدور الاجتماعي للراشد، حيث أنه بمجرد كون الفرد عضوا في مجتمع ما، تحدد له مكانة معينة داخل ذلك المجتمع، ويكون له فيها مرتبة محددة، ويخصص له دور عليه أن يؤديه، وتحدد مهام الدور بناء على دستور هذا المجتمع وتشريعاته، أو وفقا للتصورات الاجتماعية فيه، سواء كانت هذه التصورات مكتوبة، أو متداولة من خلال التراث الشفوي (الجوهري، 2007، ص 104).

لمرحلة الرشد العديد من المطالب الاجتماعية المتمثلة في اختيار الزوجة أو الزوج، والحياة مع زوج أو زوجة، وتكوين الأسرة، وتحقيق التوافق الأسري، والاندماج في المجتمع، وممارسة المهنة ، وتحقيق التوافق المهني، وتكوين مستوى اقتصادي مناسب مستقر، والحفاظة عليه، وممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسؤولية الاجتماعية، والوطنية، وإيجاد الروابط الاجتماعية ، التي تتفق مع الحياة الجديدة، وتكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه

المرحلة، وتقبل الوالدين ، والشيوخ ومعاملتهم معاملة طيبة ، والتوافق مع أسلوب حياتهم ، ومساندتهم، ومساعدتهم عند حاجتهم للتكفل (الجرجاوي، 2002، ص 13).

إن تعاقب مراحل نمو الإنسان، يفرض عليه بعد قوة الرشد المرور إلى عجز الشيخوخة، بما تتضمنه هذه المرحلة من انحدار في القدرات العامة، وعجز، وضعف يكاد يمس جميع جوانب الفرد، الجسمية والعقلية منها (الأشول، 2014، ص 156).

ما يعني حاجة الفرد المسن للتكفل به، ومساعدته على التعايش مع مرحلته العمرية الجديدة وتقبلها، والتوافق فيها، ولا يتم ذلك بطريقة جيدة بأي شكل من الأشكال أكثر مما يتم إذا كان هذا التكفل ضمن نطاق الأسرة، حيث أنه حسب ما بينته نتائج دراسة (الصفقي وسالم، 2007) فإنه توجد فروق دالة إحصائية بين المسنين المنضمين، وغير المنضمين لجمعيات المسنين، في محاور الرعاية الصحية، والتغذوية، والاقتصادية، والسكنية، والدينية، والنفسية، والاجتماعية، لصالح غير المنضمين لجمعيات المسنين.

إن الاكتمال والنضج والقوة في الرشد، والذي يرافقه انحدار وضعف الوالدين في الشيخوخة، يجعل الراشد واقعا أمام مسألة أخلاقية، ودينية، واجتماعية، ووجدانية قبل كل ذلك، تخص التكفل بوالديه المسنين ورعايتهم، وتوفير احتياجاتهما، ومحاولة مساعدتهما على تقبل وضعهما الجديد كطرف سلبى في معادلة التكفل والرعاية التي كانا قائديها سابقا في رعاية أبنائهما ، حيث تشير (Delannoy C 2000)، أن كل عطاء يفرض عطاء - مضاد، كمبادلة ، وترى بذلك أن الشعور بالدين، يخلق رابطا بين الأشخاص ، غياب هذا الشعور بين الوالدين وأطفالهم يعني غياب الرابط بينهما، وتوضح أن الدين هنا لا يحمل معنى استرجاع قرض لأنه بهذا المعنى يعني أن الرابط ثقيل، ولا يحمل دلالات عاطفية، بينما كل تصرف عاطفي من المكافأة، يسهم في وضع الرابط ، ولا يضع له حدا إذ يمكن أن نشعر بالدين اتجاه من أحبنا وساعدنا ونحن أطفال (كالوالدين وهم عجائز) دون الرغبة في قطع الوصال معهم (Delannoy, 2000, p118)، هذا الشعور بالدين العاطفي أو العلائقي تظهر تبعاته بشكل جلي في تكفل الراشدين بأوليائهم المسنين، من خلال تبادل أدوار الرعاية.

إن وضعية التكفل بالولي المسن، كوضعية هامة ضمن حياة الراشد، لها صداها النفسي بشكل أكيد على حياته النفسية، وهو ما يعرف بالمعاش النفسي والذي هو الحلقة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط

بتجربة أو موقف ما ، وهذا الاحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حقيقته ، سواء كانت هذه الوضعيات دائمة أو مؤقتة (زردوم، 2000، ص15).

وباعتبار وضعية التكفل بالولي المسن، وضعية يمتزج فيها كل من الواجب الاجتماعي والديني بما يحملانه من تصورات، وأوامر، وتكليفات بالتكفل بالأولياء المسنين، مع الواجب النفسي المرتبط بالشعور بالدين. بناء على هذه الاعتبارات، فإن الحياة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن، لا بد أن تستدخل وتعكس وضعية التكفل بالولي المسن، في شكل سلوكيات، أو أحاسيس، أو مشاعر ، أو انفعالات، يعايشها هذا الفرد.

يرى فرويد FREUD S أن القلق نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد من خلال المواقف التي يصادفها، وهو يختلف عن بقية الانفعالات غير السارة كالشعور بالإحباط، أو الغضب، أو الغيرة، لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد، وأخرى خارجية تظهر عليه بوضوح (الخالدي، 2009، ص 125). والإشارة إلى اكتسابه من خلال المواقف، يعني دور مواقف الحياة الضاغطة، والضغط الحضاري، والثقافية، والبيئية الخارجية، وكذلك المطالب الاجتماعية، التي تفرضها البيئة الاجتماعية للفرد؛ في خلق هذا الانفعال.

وكون الراشد فردا مسؤولا اجتماعيا، يعني كونه عرضة لجميع هذه المواقف، و الرشد كمرحلة مسؤولية اجتماعية نظرا لاكتمال القدرات فيه، يجعل الراشد أمام محك التقييم دوما. و تجدر الإشارة هنا أن القلق يشتمل في أغلب الأحيان على عنصر اجتماعي، ونحن ككائنات اجتماعية، نجد أن العديد من اهتماماتنا تدور حول كيف ينظر إلينا الآخرون وكيف يقيموننا وينتقدوننا. (زيدنر وماثيوس، 2016، ص24).

إن محك التقييم الذي يحاصر الراشد لا يكون من طرف الآخرين فقط، وإنما من طرف نفسه أيضا، فالراشد كمسؤول اجتماعي، يتعين عليه التكفل والاهتمام بغيره مثل أطفاله أو والديه؛ وهذا نظرا للقصر عند أحدهما، والانحدار عند الآخر. ولعل ما يهمنا بالأخص هو تكفله بوالديه، حيث أن هذه العناية لها متطلباتها المادية، والصحية، والنفسية، والاجتماعية، حسب دراسة (الجرجاي، 2002)، التي أكدت على دور هذه الجوانب في تحقيق التكفل الشامل الذي يضمن للمسنين توافقه.

رغم جميع ما يوفره الراشد لوليه المسن في جوانب الرعاية مهما كانت، حيث يحاول قدر الإمكان توفير ما باستطاعته، ليكون تكفله على أحسن وجه يمكن تقديمه، إلا أنه وفي خضم هذا التكفل، يلاحظ ويعاين انحدار قدرات والديه، وعجزهما، فتكفله بهما لا يثمر النمو والنضج كما هو الحال مع أطفاله. ما يجعله دوما

عرضة للتقييم السلبي من طرف نفسه، وعرضة لمشاعر الذنب. كما أن مشاعر الذنب التي قد تكون لدى الراشد المتكفل بوليه المسن، لا يشترط أن تكون لاحقة للتكفل، بل قد تكون سابقة له، وقد تكون هي الأساس وراء هذا التكفل، أو أحد العوامل المساهمة بشكل كبير، فاكتمال قوته لم يتم إلا بانحدار قوة والديه، ما يستوجب رد الدين، ولاء لما قدمه له وليه، وهو ما أشارت له (Delannoy C (2000) أن كل عطاء يفرض عطاء - مضاد، كمبادلة.

إن لوم الذات، والشعور بالذنب، والإحباط يشكل بعض مؤشرات الاكتئاب؛ حيث أنه حالة من الحزن الشديد المستمر؛ تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، والشعور بالذنب الذي لا يغتفر، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران ، 2000 ص 514).

كما يمكن على صعيد آخر النظر إلى التكفل بالولي المسن من طرف ابنه الراشد، بأنه يشكل على نحو ما، نوعا من المسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتق الراشد، والتي تلقى الثناء، والتقدير من طرف المجتمع بشكل عام، خصوصا إذا توافرت هذه العناية على كل الشروط اللازمة التي تجعل منها عناية جيدة. ويعد التقدير الذي يناله الفرد من مجتمعه جزاء قدرته على أداء المهام الاجتماعية، والالتزام بها من أهم أبعاد تقدير الذات لدى الفرد (سينج و دييليو، 2005 ص 26).

لكن من ناحية أخرى فإن حضور مشاعر الذنب بشكل دائم لدى الفرد، يؤدي إلى خفض تقدير الذات لديه، نظرا لافتراضاته السلبية حول نفسه (عثماني، 2016 ص 13)؛ وبالتالي فإنه لا يمكن الجزم حيال ما تم ذكره إلا من خلال التحقق منه ميدانيا، ونظرا لتعدد الاحتمالات، والاعتماد على دراسة الحالة، فإنه لا يكفي الاعتماد على اختبار واحد في إجراء الدراسة وجمع المعلومات، إلا إذا كان اختبارا متعدد الأوجه (روترو، 1948 ص 115) بحيث يمكن من خلاله رصد العديد من المتغيرات كاختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية. وعليه فإنه للتحقق ميدانيا من كل ما تم ذكره فإننا ننطلق من التساؤلات التالية:

1. ما طبيعة المعاش النفسي لدى الراشد المكتفل بوليه المسن؟

2. في أي نطاق تكون الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن عبر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية؟

3- فرضيات الدراسة:

الفرضيات الجزئية للتساؤل الأول:

- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالقلق.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالاكتئاب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالشعور بالذنب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بانخفاض تقدير الذات.

الفرضية الثانية:

- تكون الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن عبر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في نطاق السواء.

4- أهمية وأهداف الدراسة:

أ- أهمية الدراسة:

- 1- تعتبر عينة الراشدين إحدى أهم الفئات المشكلة للمجتمع.
- 2- تهتم الدراسة بجانب يعكس خصوصية المجتمع الجزائري، من حيث التكفل بالمسنين ضمن الأسرة.
- 3- تسلط الدراسة الضوء على فئة المسنين، واحتياجاتهم، وواقع التكفل بهم ضمن الأسرة.
- 4- إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة تحسين واقع التكفل بالمسنين ضمن الأسرة، من خلال الالتفات إلى الواقع النفسي والصعوبات التي يعانيها المتكفلون.
- 5- تمثل هذه الدراسة إضافة علمية للبحوث النفسية، وذلك نظرا لقلّة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في حدود اطلاعنا.

ب- أهداف الدراسة:

- 1- التعرف على المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن.
- 2- التعرف على الصفحة النفسية والبروفيل النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن.
- 3- التعرف على طبيعة التكفل بالمسنين من طرف أبنائهم.
- 4- اقتراح توصيات تساهم في فتح آفاق علمية جديدة، وفي تحسين واقع المعاش النفسي للمتكفلين، وكذا في طبيعة التكفل الذي يقدمونه لأوليائهم المسنين.
- 5- تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

الراشد: هو الفرد البالغ قانونيا، العامل، المقيم رفقة وليه المسن، والمتكفل به.

المعاش النفسي: هو الواقع الذي يعيشه الراشدون خلال تكفلهم بأوليائهم المسنين، ويتضمن القلق، والاكتئاب، وتقدير الذات، والشعور بالذنب، والتي يكشف عنها من خلال المقابلة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية بنسخته الثانية.

التكفل: هو مجموع الإجراءات، والنشاطات، سواء في المجال النفسي، أو الاجتماعي، أو الصحي، أو المادي، التي يقوم بها الراشد كلها، أو بعضها إزاء وليه المسن الذي يفوق عمره 65 سنة، بصفة دائمة أو منتظمة، بحيث تكون من مسؤولياته.

الفصل الثاني: المعاش النفسي

• تمهيد.

1- تعريف المعاش النفسي.

2- مكونات المعاش النفسي.

1-2 القلق.

2- 2 الاكتئاب.

2- 3 تقدير الذات.

2- 4 الشعور بالذنب.

• خلاصة جزئية.

تمهيد:

إن المعاش النفسي بوصفه حياة داخلية للفرد، وما يترتب عليها من مشاعر، وسلوكيات، وأداءات، يصعب حصره ضمن متغيرات معدودة مهما تعددت، لأن ذلك حصر وتقزيم لعينة الدراسة في مجموعة من المتغيرات التي لا يدل وجودها عند عينة الدراسة على انعدام غيرها، لذا فإن المتغيرات المنتقاة ضمن هذا الفصل قد اختيرت انطلاقاً من افتراضاتنا حول كونها متغيرات مهمة، ودالة على المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن ككل، إلا أنه لا بد من التأكيد على أن المعاش النفسي لأفراد العينة قد يتضمن متغيرات أخرى، نأمل أن تؤخذ بعين الاعتبار في دراسات أخرى، حيث سنعرض ضمن هذا الفصل أهم العناصر المكونة للمعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن، بعرض مختصر لكل عنصر، يتضمن أهم ما يتعلق بهذا العنصر، بإيجاز يسمح بالتعرف على الملامح العامة لكل متغير.

1 - تعريف المعاش النفسي:

يعرفه

SUREU سير و على أنه

:الحلقة الداخلية أو الإحساس الباطن للفرد المرتبطة بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضع التي يعيشها
لفرد فيح عليه، وهذا الوضع على سواء كانت دائمة أو مؤقتة (زر دوم، 2000، 15).

ويمكن تعريفه على أنه: الكيفية التي يعيشها الفرد مع ذاته، وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف؛ وجملة المشاعر والأحاسيس المؤلمة، والشعور بالذنب؛ الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد، حيث هناك من يتصدى لها، ويتغلب عليها، وهناك من لا يستطيع تجاوزها (عاطف الدين، 1991، ص 257).
ومن هذين التعريفين يتضح لنا أن المعاش النفسي لا يمكن وصفه بالثبات فهو متغير؛ وفقا للوضعية والمواقف، التي يعيشها الإنسان، ويتفاعل معها، وبالتالي خصوصية؛ أو طبيعة؛ ما يتعرض له؛ أو يعيشه؛ تنعكس على معاشه النفسي، وعلى توابعه، من مشاعر وسلوكات وأداءات، وغيرها.

2 - مكونات المعاش النفسي :

1-2- القلق:

أ- تعريفه:

حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يملك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، والشخص
القلق يتوقع الشر دائما، فالقلق يربص الفرص لكي يتعلق بأية فكرة أو أي أمر من أمور الحياة اليومية، أو حالة
توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها أعراض نفسية وجسمية،
ويكون المريض كأن لسان حاله يقول: شاعر بمصيبة قادمة (زهران، 2000 ص 484).

كما يعرف على أنه شعور بالتوتر؛ لا يدرك صاحبه؛ مصدره؛ أو علته، وهو داخلي المصدر، وأسبابه لاشعورية
وغير معروفة، ولا مبرر لها، وهذا التوتر، والضيق، يعيق التوافق، والإنتاج، والتقدير، والسلوك العام. (بركو، 2014،
ص 127).

ويعرفه فرويد على أنه: "نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد من خلال المواقف التي يصادفها، فهو يختلف عن بقية الانفعالات، غير السارة، كالشعور بالإحباط، أو الغضب، أو الغيرة لما يسببه من تغيرات حسية داخلية يحس بها الفرد، أو أخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح" (الخالدي، 2009، ص 125).

كما يعرف القلق بأنه يشير إلى حالة نفسية يكون فيها شعور الفرد بالاضطراب، والانزعاج نابعا من ظروف غامضة. أي أن القلق يشير إلى مشاعر عامة من الاضطراب، والكدر، بشأن أمر غير محدد، وشائع، وغير مؤكد، وكثيرا ما يكون في صورة مشوهة من التهديد، والخطر، وبسبب الطبيعة الغامضة لمثيرات القلق، ومحفزاته، فإن الشخص يكون متذبذبا في الكيفية التي يسلكها، لأن طبيعة الخطر ومصدره مبهمان، كما أن استجابة الفرد السلوكية للخطر المبهم قد تكون غير متناسبة مع الخطر الحقيقي، ويشتمل القلق في أغلب الأحيان على عنصر اجتماعي. ونحن ككائنات اجتماعية، نجد أن العديد من اهتماماتنا تدور حول كيف ينظر إلينا الآخرون وكيف يقيموننا وينتقدوننا (زيدنروماثيوس، 2016، ص 24).

ب- أعراضه:

يمكن تقسيمها إلى أعراض جسدية ونفسية كالآتي:

• الأعراض الجسمية:

رجفة في القلب، التعرق، الارتعاش، صعوبة التنفس، جفاف الفم، الاحتناق، تصلب الصدر، ألم في البطن، انزعاج، غثيان، موجات حرارة، تنميل الأصابع.

• الأعراض النفسية:

الخوف من فقدان السيطرة، الخوف من الموت، الشعور بالانفصال عن الواقع، فقدان الشهية، قلة النوم، التعب، الشعور بالتوتر، التمليل، عدم القدرة على التركيز، الاكتئاب. (مكتري، 2013 ص 15)

بينما يقسمها كل من (جيرالد ماثيوس) و (موشي زيدنر) على النحو التالي:

- 1* اضطرابات التفكير: تشتمل على التغيرات الطفيفة في العمليات المعرفية على زيادة الوعي بالخطر، وتركيز الاهتمام على المخاطر المحتملة.
- 2* الانفعال السلبي -الوجدان-: وهي الشعور بالقلق كأنفعال، وحالة مزاجية، تشمل العصبية، والتوتر، وشدة النرفزة.
- 3* الأعراض الجسدية: مثل سرعة خفقان القلب، وتعرق راحتي اليدين، حيث أن الجسم يستجيب للخطر بالاستعداد للهرب، أو المواجهة.
- 4* ردود الأفعال السلوكية: وهي غالبا تتضمن استجابات الهرب، والمواجهة، وكذا سلوكيات غير لفظية تمتاز بالتململ (زيدنر وماثيوس، 2016 ص28).

ج- العوامل المؤدية للقلق:

يلخص زهران العوامل المؤدية

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات، وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- الاستعداد النفسي، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات والمتاعب، والصدمات النفسية والشعور بالذنب، والخوف من العقاب وتوقعه.
- مواقف الحياة الضاغطة، والضغط الحضاري والثقافية والبيئية الخارجية، ومطالب ومطامح المدينة المتطورة.
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات. (زهران، 2000 ص 486)

د- أنواع القلق:

• القلق الموضوعي:

هذا القلق أقرب إلى الخوف، ذلك أن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، ومن أمثلته شعور الفرد بالقلق "الخوف" مثلاً إذا اقتربت منه سيارة مسرعة (عبدالله، 2000، ص149).

ويمكن القول عن هذا القلق أنه رد فعل لخطر خارجي معروف.

• القلق العصبي:

وهذا نوع آخر من القلق لا يدرك صاحبه مصدره، أو علته، وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر (العام)، غير المحدد (عبدالله، 2000، ص149).

وهو رد فعل لخطر داخلي، غريزي، غير معروف، وما قد تؤدي إليه الرغبة الغريزية من أخطار خارجية.

• القلق الخلقي:

ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد، عندما يقترب أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى، من خلال مشاعر الخزي، والإثم، والخجل، والاشمئزاز، ويصل هذا القلق إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصاب، كعصاب الوسواس القهري (يوسف، 2013، ص24).

2-2- تقدير الذات:

قبل التطرق إلى تقدير الذات فإنه لا بد لنا أولاً من تعريف مفهوم الذات في مرحلة الرشد أولاً حيث أنها: عبارة عن حصيلة المحاولات والتجارب الناجحة أو الفاشلة، والفرد أصبح معتاداً على ذاته، يعرف مواطن ضعفه وقوته، وقد تعلم كيف يلعب أدواراً مختلفة تبعاً لذلك، كما أصبح أكثر معرفة بالتغيرات التي تطرأ على حياته وبمقدوره أن يتكيف معها ويتغلب عليها (الشناوي وآخرون، 2001، ص145).

وفي هذه المرحلة تصل الذات إلى أعلى مستوى في التكوين والتنظيم، ومع ذلك فهو قابل للتغيير نتيجة لعدة تغيرات وتبعاً لمسار الأحداث في حياة الشخص.

أ- تعريفها:

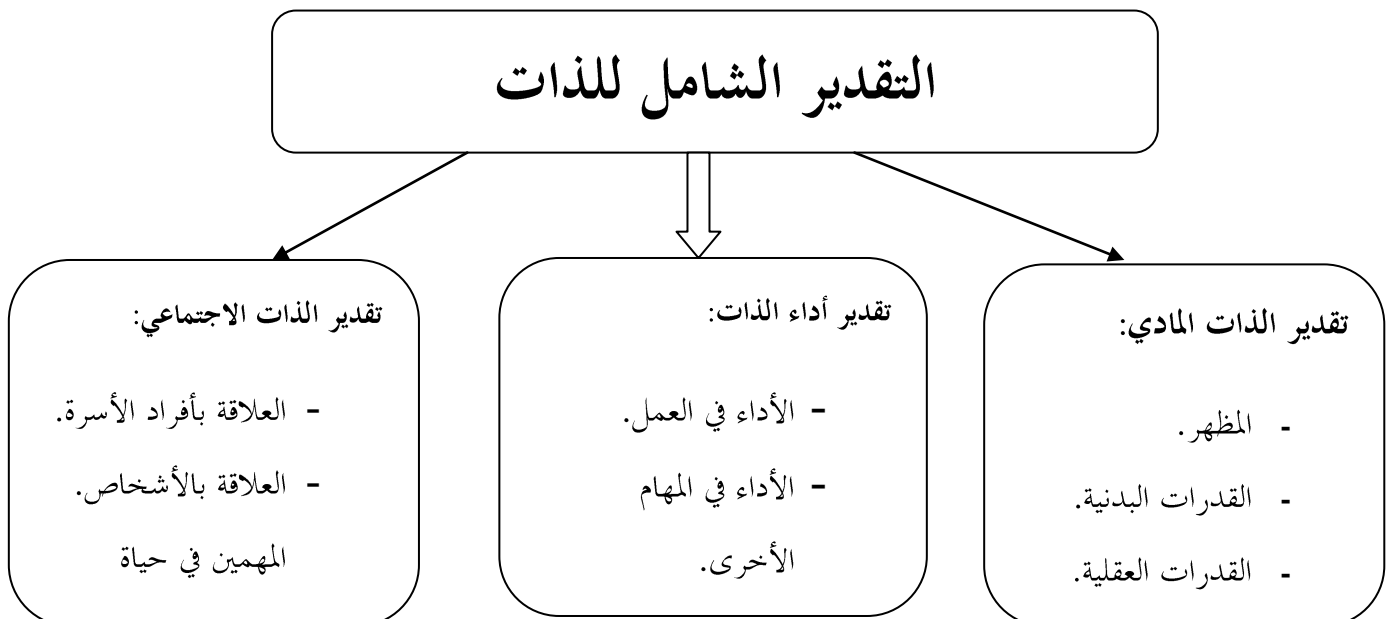
اتجاه نحو تقبل الذات والرضى عنها واحترامها. ومشاعر استحقاق الذات وجدارتها. كذلك فإن نقص تقدير الذات ومشاعر عدم الجدارة هي أعراض اكتئابية شائعة، وفي التحليل النفسي يعني تقدير الذات أن تكون علاقة الأنا طيبة بالأنفالأعلى (عبد الحميد وكفاي، 1995، ص 3444).

أو هي تقييم المرء الكلي لذاته إما بطريقة إيجابية وإما بطريقة سلبية، إنه يشير إلى مدى إيمان المرء بنفسه وبأهليتها وقدرتها واستحقاقها للحياة (سينج و ديليو، 2005، ص 22).

كما يعرفها كوبر سميث (1967) على أنها: ما يجريه الفرد من التقييم الذي يتبناه لنفسه ولذاته، من حيث القدرة والأهمية، وقد يتسم اتجاه الفرد نحو نفسه، إما بالإحسان، أو الرفض (زردوم، 2000، ص 20).

ب- أبعاد تقدير الذات:

يتسم تقدير الذات بأن له أبعاداً متعددة، بمعنى أن الإحساس بقيمة الذات ينبع من الكفاءات المتنوعة التي يشعر بها الناس. وهناك على الأقل ثلاثة أبعاد متميزة وهي: المظهر المادي، وكذا أداء المهام، بالإضافة إلى العلاقات الشخصية، بحيث يكون ذلك وفقاً للمخطط التالي: (سينج و ديليو، 2005، ص 26)



__ مخطط أبعاد تقدير الذات __

ج- العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يتشكل تقدير الذات لدى الفرد بفعل مجموعة من العوامل المتداخلة منها الداخلية والخارجية يوجز أهمهاكل من سينج وديليو في مايلي :

- البيئة الأسرية: حيث أن التجارب المبكرة خلال الطفولة والمراهقة يكون لها تأثير كبير في نمو تقدير الذات، والأسرة هي مهد هذه التجارب وهي من تزود الطفل بالمؤشرات المبدئية بخصوص إذا ما كان مقبولا أو غير مقبول.
- المظهر: مظهر الفرد عنصر مهم في تقدير الذات، حيث بشكل عام الأشخاص الذين لديهم مشاعر وأحاسيس إيجابية عن مظهرهم يكون لديهم مستوى عال من تقدير الذات.
- الإنجاز الأكاديمي: حيث أن الدرجات الأكاديمية الجيدة تعزز من شعور المرء بالقيمة والكفاءة .
- الأفكار الذاتية: الأفكار الذاتية للفرد تشكل أساس صورته الذاتية، حيث كلما كانت هذه الأفكار والصورة جذابة، كلما نما لديه الشعور بالقيمة والكفاءة.
- التطلعات الشخصية: مستوى تقدير الذات لدى الفرد يرتفع، إذا كان واقعه يلي أو يتوافق مع تطلعاته الشخصية.
- البراعة في المهام والإنجازات: البراعة في أداء المهام تعزز من شعور المرء بقيمته ذاته، وذلك من خلال كفاءته وبراعته التي تلقى التقدير منه ومن الآخرين.
- آراء الآخرين: يتأثر مستوى تقدير الذات لدى الأفراد بالكيفية التي يعاملهم بها الآخرون، فالأفراد الذين تمت معاملتهم باحترام واهتمام من قبل آبائهم، ومعلميهم، أو زملائهم، أو أي أشخاص مهمين في حياتهم، غالبا ما يكون لديهم تقدير مرتفع للذات (سينج وديليو، 2005 ص 32).

2-3 الاكتئاب:

أ- تعريفه:

هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهرا، 2000، ص514).

وهو حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر وضوحاً في الجانب الانفعالي للشخصية، حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة، ووخز الضمير على شروخ لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد. ويقوم المبدأ القائل بأن النية تساوي الفعل بدور كبير في تغذية الاحساس بوخز الضمير وتأنيبه واستثارتها ليأخذ بخناق الشخصية يؤنبها بقسوة ويجعل حياتها حجيماً لا يطاق (نصر، 2002، ص 08).

كما أنه حالة من القنوط واليأس وانقطاع الأمل، والخوف، يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية، وتغيرات في الجوانب المعرفية، وبشكل عام في السلوك السلبي، والفرد كونه في حالة الاكتئاب، يختبر بعض الانفعالات منها: الحزن، أو القلق، أو الحصر، أو اليأس (غالي، 2004، ص09).

ب- أعراضه:

يمكن تقسيم أعراضه إلى أعراض جسدية و أعراض نفسية على النحو التالي:

● الأعراض الجسدية:

مشكلات في النوم، سواء بالإفراط فيه أو التفريط.

بطء ذهني وجسدي.

فقدان أو إفراط الشهية.

زيادة الوزن أو انخفاضه.

فقدان الاهتمام بالعلاقة الجنسية.

تعب.

إمساك.

عدم انتظام الدورة الشهرية.

● الأعراض النفسية:

تعكر المزاج والقلق.

فقدان الاهتمام بالأمور الممتعة للفرد.

فقدان القدرة على الإحساس.

تفكير مكتئب، وأفكار انتحارية.

مشكلات في التركيز والذاكرة.

التوهم والهلوسة (مكتري 2013، ص 06).

ج- العوامل المؤدية إليه:

رغم احتمالية كون الوراثة عاملاً محتملاً في الإصابة بالاكتئاب، إلا أنها تبقى احتمالاً ضئيلاً والمؤكد دوماً هو التجارب والظروف المعاشة وغيرها من العوامل هي ما يؤدي للاكتئاب، ومن أهم هذه العوامل مايلي :

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة، والخبرات الأليمة، والكوارث القاسية.
- الحرمان، وفقد حب والمساندة العاطفية، أو فقد المكاسب الاجتماعية أو المادية مثل فقد المكنة الاجتماعية أو فقد وظيفة، أو ثروة، أو خسارة علاقة ما، أو فقد الصحة.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط، والفشل، وخيبة الأمل، والكبت، والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات، والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق.
- التربية الخاطئة والفرقة في المعاملة، والإهمال، والتسلط.
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي، وبين مفهوم الذات المثالي.
- سوء التوافق، بحيث يكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب، ووجود الكره أو العدوان المكبوت، فلا يسمح الأنا الأعلى بتوجيه هذا العدوان نحو الخارج فيتجه نحو الذات. (زهران، 2000، ص 516)

2-4- الشعور بالذنب:

أ- تعريفه:

هو ألم نفسي يشعر به الفرد داخلياً، أي أنه حوار داخلي بين الفرد وذاته على أنه مخطئ وقد ارتكب ذنوباً وآثاماً، وأحياناً تكون هذه المشاعر وهمية مبالغاً فيها، لا ترتبط بخطأ واضح أو واقعي، وينظر الفرد أحياناً إلى أخطائه وكأنها لا تغتفر، ويتوهم أن المحيطين به يعرفونها جيداً، وتؤدي إلى تحقير الذات والاشتمزاز منها، ويقل أحياناً الشعور بالذنب إلى درجة اللامبالاة وعدم تحمل المسؤولية (عبد السميع، 2005، ص 20).

أو هو ألم نفسي وعقلي، يصاحبه شعور بالندم والأسف، والتوتر، والاهتياج، وتأنيب الضمير، يقود إلى لوم الذات وإدانتها، والرغبة الشديدة في عقابها، مع إقرار الفرد بمسؤوليته عن الخطأ الأخلاقي الذي ارتكبه، والرغبة الملحة في الاعتراف، والاعتذار، وإصلاح الخطأ، وتعويض الآخر عن الأذى الذي لحق به (الشبؤون، 2011 ص 214).

ب- مستويات الشعور بالذنب:

إن الشعور بالذنب لا يمكن الحديث عنه بشكل عام، كاحتمال بين الوجود والعدم، حيث أن له مستويات تتراوح بين المنخفض والمرتفع، وكل مستوى من هذه المستويات، يتميز بمجموعة من السمات، أو الخصائص التي تغلب على مشاعر الفرد، اتجاه مسؤولياته، واتجاه أدائه.

- **الشعور بالذنب المنخفض:** وهو حالة اللامبالاة وعدم الشعور بالمسؤولية، وهو صنف لا يعترف ولا يشعر بالذنب.
- **الشعور بالذنب السوي :** مستوى يسود فيه الاعتراف بالخطأ والرغبة في الإصلاح، والتكيف مع الآخرين، والتصالح مع الذات.
- **الشعور بالذنب المرضي:** وهي درجة يتوهم فيها الفرد الخطأ ويضخمه مثل مرض الاكتئاب، ويؤدي إلى خفض تقدير الذات (عثماني، 2016 ص 13).

ج- أسباب الشعور بالذنب:

- تكرار السقوط في خطيئة ما مع عدم القدرة على التخلص منها.
- رواسب التربية القاسية في الطفولة مثل الإسراف في توبيخ الطفل ولومه، وكثرة النقد الهدام، والعقاب على أتفه الأسباب.
- الاستعداد الشخصي والميل لثناء النفس باستمرار مما يساعد على زيادة الشعور بالذنب، والخيبة.
- ضمير ذو حساسية زائدة مرضية، إذ يشعر الشخص بالذنب بسبب قيامه بأمور لا تعد خاطئة، ويكون هذا الشخص مضللاً بسحابة من اللوم اللاذع، والشعور الحاد بالذنب.
- التزعة الكمالية لفعل الأشياء بصورة كاملة وبمقاييس غير واقعية، بحيث لا يمكن له أبداً أن يرضى عن أدائه.
- ضمير صارم ورغبات مكبوتة ككراهية الأب أو الأخ الأكبر سناً، أو اشتهاؤ المحارم، أو الغيرة من أخ أصغر، فيتسرخ الشعور بالإثم، ويتحول إلى عقدة شعور بالذنب.
- الجهاز العصبي الحاد، والنشط الذي يكون صاحبه عصبي المزاج، سريع الغضب، سهل الاستثارة والاستفزاز، غير قادر على التحكم بنفسه في أغلب الأحيان، وكلما زادت حدة جهازه العصبي زاد شعوره بالذنب (سعيد، 2011 ص 353).

وعند الحديث عن أسباب الشعور بالذنب فإنه لا بد من التعرّيج على التفسير الفرويدي للذنب، حيث يرى فرويد أن البشر كانوا يعيشون في جماعات صغيرة، يسيطر على كل منها؛ الذكر الأكبر سناً، الغيور على النساء والأقوى، ما وقف حائلاً بين الذكور والإباحية الجنسية، وقد قام الأبناء بقتل الأب المرهوب، وتمتعوا بنسائه، ثم ندموا ندماً شديداً على فعلتهم، وهذه الجريمة الطوطمية بدأت معها كثير من الأشياء مثل التنظيمات الاجتماعية، والقيود الأخلاقية، والدين (...). لقد كانوا يكرهون الأب الذي وقف حجر عثرة جبارة أمام حاجاتهم السلطوية، ومتطلباتهم الجنسية، لكنهم كانوا يحبونه أيضاً، ويعجبون به، وبعد أن قضوا عليه نشأ شعور بالذنب، وما حظره الأب سابقاً بوجوده، يحظره الأبناء الآن على أنفسهم، بأن لا يسمحوا بقتل بديل الأب، وهو الطوطم، وأن

يتخلوا عن جني ثمار القتل بأن يحرموا أنفسهم من النساء اللواتي أصبحن بدون بعل، بذلك أوجدوا الشعور بالذنب (فرويد، 1983، ص 169)

خلاصة جزئية:

من خلال عرض هذا الفصل يتبين لنا مدى أهمية المعاش النفسي، كونه يتضمن وصفا للحياة الداخلية للفرد، ضمن وضعية معينة، تنعكس على المعاش النفسي، حيث أنه قد يضم العديد من المتغيرات التي يعايشها الفرد إزاء حالة معينة، وغالبا ما تكون هذه المتغيرات في شكل تلاحي منسجم، يسهل إيجاد العلاقة بينها، ورصدها، وتحليلها، واستثمارها في الفهم العام لموضوع الدراسة، بحيث تقدم وصفا ثريا، إلا أنه رغم ذلك فإن قليلا من الدراسات فقط، تناولت المعاش النفسي، ولا يوجد الكثير من الكتابات فيه، والتي تسهم في تفسير وتحليل الرباط التلاحي بين متغيرات الحياة النفسية للفرد، وتفسيرها ضمن ضوء بعضها البعض. كما تجدر الإشارة إلى إنه بناء على ماتم تقديمه من متغيرات فإن الحياة الداخلية للفرد، ومعايشه النفسي، لا يشترط أن يتضمن عناصر سلبية فقط، لكنه كثيرا ما يكون رهن الحالة الموقفية التي يعايشها الفرد، أو يتعامل معها، ومكونات المعاش النفسي المذكورة ضمن هذا الفصل، يمكن القول أنها تلاحية نوعا ما فكثيرا ما يترافق القلق مع الاكتئاب، والاكتئاب مع الشعور بالذنب، أو ثلاثتها معا، أما تقدير الذات فحضوره ضمن هذه المكونات إنما هو تأكيد على احتمالية وجود عناصر إيجابية ضمن المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن، نظرا للقيمة الاجتماعية للتكفل الأسري بالمسنين، ولعل سبب اختيار هذه المتغيرات تحديدا هو ارتباطها الوثيق بوضعية التكفل بالولي المسن، وما يتطلبه ذلك من مؤهلات، مادية ونفسية واجتماعية وحتى القدرة على التفرغ للولي أحيانا، هذه المتطلبات كلها، تفرض ضغوطا كثيرة، كما قد تولد إحباطات في حال الفشل، أو شعورا بالتقصير كذلك، كل هذه المشاعر، تجعل أقرب ما يصف المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن هو القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، إضافة إلى تقدير الذات، نظرا للقيمة الممنوحة لهذا الفعل على جميع الأصعدة الاجتماعية.

الفصل الثالث: مرحلة الرشد والتكفل بالمسنين.

● تمهيد.

I- مرحلة الرشد.

- 1 - تعريف مرحلة الرشد.
- 2 - مطالب النمو في مرحلة الرشد.
- 3 - تقسيمات مرحلة الرشد.
- 4 - خصوصية مرحلة الرشد بالنسبة للرجل والمرأة.

II- التكفل بالمسنين.

- 1 - تعريف مرحلة الشيخوخة.
- 2 - خصائص مرحلة الشيخوخة وضرورة التكفل بالمسنين.
- 3 - تعريف التكفل.
- 4 - أشكال التكفل.
- 5 - التكفل والدور الاجتماعي للراشد والأسرة.

● خلاصة جزئية.

تمهيد:

إن حياة الإنسان بكل أطوارها، وتغيراتها تستدعي تقسيما لهذه الأطوار، وفقا للخصائص، والتغيرات المتقاربة وسرعتها في كل طور، ولعله كان من الأصح القول، أن التقسيم لم يكن مدعاة لحاجة بقدر ما كان وصفا لواقع، فمنذ بدء التكوين البشري كان لا بد من هذا التقسيم وفقا لأدوار الجماعة، حيث من غير الممكن أن يكلف طفل بما يكلف به راشد، ومن هنا يتوضح لنا أن التقسيم كان بناء على القدرات والحاجات العامة لكل مرحلة، غير أن هذا غير كاف لتوضيح الحدود الفاصلة لكل مرحلة، ما يستدعي هنا تقسيما علميا قائما على معايير واضحة. إلا أن مرحلة الرشد رغم ذلك تبقى غير واضحة الحدود، وذلك لكونها لم تنل كفايتها من الدراسة بخلاف مراحل النمو السابقة، إضافة لتنوع مجالات حياة الأفراد. وكذا لا بد من مراعاة الخصوصية الثقافية التي تحدد هذه المرحلة لكن رغم عدم وضوح حدود مرحلة الرشد بشكل كاف، إلا أنها تبقى هي المرحلة المكلفة لاكتمال وقوة ونضج الفرد، وتأهيله لأخذ دوره الاجتماعي، وهذا يتم وفقا لخصوصية ثقافية، حيث يتطلب ذلك استقلالا فوريا عن الأسرة في المجتمع الغربي، بينما في المجتمعات العربية بشكل عام، فالهيكل العام للأسرة يحافظ على كيانه، وذلك بتبادل أدوار الرعاية بين الآباء والأبناء، نظرا للخصوصية التي تحملها مرحلة الشيخوخة من العجز وانحدار القدرات العامة للفرد، وما يقابله من اكتمال ونضج خلال مرحلة الرشد، هذه الثنائية المتبادلة هي ما سنوضحه بشكل أكبر من خلال ما سيتم عرضه في عناصر هذا الفصل.

I - مرحلة الرشد.

1 - تعريف مرحلة الرشد:

هي مرحلة من مراحل النمو يتداخل فيها الشباب مع الرشد ولها خصائصها المتميزة في جميع جوانب النمو، تبدأ هذه المرحلة مع بداية العقد الثالث من العمر (21)، وتنتهي مع نهاية الستينيات منه، وهي أطول مراحل النمو مع أنها تختلف باختلاف مجتمعات والثقافات والظروف المعيشية، إلا أن جوانب النمو الجسمي العقلي تكتمل مع نهاية المراهقة، مما يؤهل الفرد إلى دخول مرحلة الرشد (عبدالله، 2014 ص 144).

كما تعرف على أنها تلك المرحلة من الحياة التي يبدأ الأفراد خلالها تكوين التزامات وتعهدات جادة، كما نجد الزواج يحدث أثناءها، حيث يبدأ الشباب بكوين أسر خاصة بهم، ويأخذون مواقعهم ومراكزهم في دنيا العمل، وفي بداية هذه المرحلة نجد الأفراد يقومون بتحديد علاقاتهم بمجتمعهم، والأفراد من حولهم، وذلك بواسطة الحب والعمل، ويختلف عدد السنوات التي يقضيها الأفراد في تحقيق هذه المهام، كل وفق خصائصه، وبيئته التي يعيش فيها (الأشول 1996، ص 605).

من هذين التعريفين يتضح لنا أن أبرز ما يميز مرحلة الرشد هو اكتمال جوانب النمو، وبروز أهمية الأدوار الاجتماعية، حيث لا بد من توظيف هذه القدرات التي اكتملت لتطويعها وفق ما يتناسب مع خصوصية المجتمع ومتطلباته، لكي يحقق الفرد أكبر توافق ممكن، ويمر إلى مرحلة الشيخوخة برضا أكبر، نابع من الإنجازات التي حققها في مرحلة الرشد.

2 - مطالب النمو في مرحلة الرشد:

إن الحديث عن مطالب النمو في مرحلة الرشد يعني الحديث عن متطلبات الحياة السوية والقدرة على توظيف ما اكتسبه ونماه وتعلمه الفرد خلال المراحل السابقة، في القيام بدوره الاجتماعي في هذه المرحلة، وأهم هذه المتطلبات ما تلخصها سليم (2002) في ما يلي:

- تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة والتوافق معها.
- توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع.
- تربية الأطفال والمراهقين، والقيام بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي لهم.

- التطبيع والاندماج الاجتماعي.
- ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني.
- تكوين مستوى اقتصادي مناسب ومستقر والمحافظة عليه.
- ممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسؤولية الاجتماعية والوطنية.
- إيجاد وتكوين روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة.
- تكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة.
- تقبل وجود الوالدين والشيوخ ومعاملتهم معاملة طيبة.
- تكوين فلسفة عملية للحياة.
- تحقيق الاتزان الانفعالي (سليم، 2002 ص455).

ولعله يتبين لنا من خلال عرض هذه المتطلبات، أنها في مجملها متطلبات اجتماعية، تسير قواعد المجتمع، لتحقيق الاندماج فيه، والحصول على المكانة الاجتماعية، من خلال القيام بالأدوار الاجتماعية، والحصول على القبول والتقدير و الانتماء، وتعزيز كل هذا في الأجيال الناشئة من خلال عملية التطبيع الاجتماعي، كما أنها كلها تندمج في سياق اكتمال النضج والقدرات العامة للفرد، فهي مرحلة استثمار قصوى لكل ما حققه الفرد عبر مراحل نموه السابقة.

3 - تقسيمات مرحلة الرشد:

كون مرحلة الرشد تعد أطول مرحلة عمرية في حياة الإنسان، فإنه يمكن تقسيمها ضمناً وفق الخصائص المتقاربة في كل تقسيم بحيث تقسم إلى:

أ- مرحلة الرشد المبكر:

تبدأ فترة الرشد بالانتهاء من الدراسة والدخول إلى ميدان العمل، وقد يحصل ذلك قبل سن الخامسة والعشرين، والمهمة الرئيسية للشخص في هذه المرحلة هي توجيه نشاطه في اتجاه تحقيق رؤيته لنفسه وأخلامه، وكيفما كانت تلك الرؤية فإنها تصبح أساساً يحدد له اختياراته وقراراته الضرورية لنموه وتطوره. ويبدأ التخطيط لحياة أسرية زوجية، بما يتطلبه ذلك من شحذ للمهارات المختلفة للشخصية. كما تحتل الرغبة في تحقيق النجاح في العمل دوراً مهماً في تنظيم الشخص لمهاراته العقلية والاجتماعية (سليم، 2002، ص 453).

ب- مرحلة الرشد المتوسط:

تبدأ هذه المرحلة من سن الـ (40 إلى 70)، تتبدد في هذه المرحلة مشاعر الاغتراب والعجز، وتتلاشى تدريجياً نزعات العبث والانفصال، كما تستمر فيها بعض الصراعات، حيث على الراشد أن يختار بين الإنتاجية، والانشغال بالذات، كما تتطور الأحكام الأخلاقية ذات المحتوى الشكلي إلى الأحكام القائمة على المبدأ الشخصي وصالح المجتمع ورفاهيته(شاذلي، 2001، ص50).

4- خصوصية مرحلة الرشد بالنسبة للرجل والمرأة:

إن ضرورة الحديث عن خصوصية مرحلة الرشد لدى كل من الرجل والمرأة، إنما هو نابع من خصوصية هذه المرحلة في حد ذاتها التي تتداخل مع الخصوصية الثقافية، حيث أنه كما تبين لنا سابقاً فإن هذه المرحلة لا تتحدد بالعوامل البيولوجية بقدر ما تتحدد بالخصوصية الثقافية، وبالأدوار الاجتماعية التي تفرضها ثقافة ما دون غيرها، وبالمهام التي يؤديها الراشد، لذا فعند الحديث عن خصوصية، أو فارقية الجنس خلال هذه المرحلة، يتحتم علينا الحديث عن الخصوصية الثقافية كذلك، حيث تذكر **مريم سليم** في كتابها "علم النفس النمو" حول هذا الموضوع أن وضع المرأة خلال مرحلة الرشد لا يتحدد فقط، وفقاً للتقاليد، والقوانين الاجتماعية، بل يتعلق كذلك بصفاتها، وخصائصها، حيث بصورة ميدانية وفقاً للمتطلبات الاجتماعية، يمكن اعتبارها دخلت مرحلة الرشد عند سن الثانية عشر، وذلك منذ بدء وقت الحيض، حيث يحدد ذلك مستقبلها الاجتماعي، وإذا كان صحيحاً أن قيام المرأة بالأدوار الزوجية، والأمومية يسهل دخولها سن الرشد، ولكن هذه الأدوار تبقى غير كافية للرشد، حيث هنالك العديد من الأمهات يحتفظن بخصائص طفلية، خلافاً لغيرهن من نساء غير متزوجات يتمتعن بخصائص الرشد (سليم، 2002 ص 457).

وبالتالي يمكن القول أن مجموع الخصائص البيولوجية، والشخصية، والاجتماعية الثقافية، التي نعني بها الدور، والمكانة الاجتماعية، كلها تتحد معاً لتشكل نوعاً ما "بنية راشدة" إن صح التعبير، لها مطالبها، وخصائصها، وأدوارها، غير أن العامل البيولوجي، والذي نختصره في جنس الفرد، إضافة إلى العامل الاجتماعي، والذي نلخصه في الدور الاجتماعي لهذا الجنس حسب ثقافته، هما المحددان الأساسيان لهوية الراشد في مجتمعه، ومهامه، حيث لا ينال التوافق، والتقبل الاجتماعي، إلا من خلال الالتزام بهذا الدور، وتمريره —من خلال عملية التطبيع الاجتماعي (الخالدي 2007، ص107)، والتي ذكرنا مسبقاً كونها

من متطلبات الحياة السوية عند الراشد، فغالبا يكلف الرجل بمسؤولية توفير الرعاية الاقتصادية لأسرته إن صح التعبير، بينما تكلف المرأة بكل شؤون المنزل، ولعل هذا النموذج مع ما تشهده المجتمعات عموما، من عصرنة وعولمة، استدعى تغيرا في منظومة الأدوار هذه، بحيث تشارك المرأة الرجل مسؤوليته الاقتصادية، إضافة إلى دورها السابق، لكن رغم ذلك فإن هذا التغير يبقى متاحا لا مفروضا وفق قوالب، وقوانين اجتماعية كما هو الأمر مع النموذج السابق، وبالتالي خلاصة لما سبق، فإن القوانين الاجتماعية لكل مجتمع؛ تنص وحسب ثقافتها بأنه على راشدي اليوم رعاية راشدي الغد، وتطبيعهم وفقا للقوانين الاجتماعية، التي تحدد الدور الاجتماعي لمرحلة الرشد حسب متغير الجنس، ورغم ما يطرأ على المجتمعات من حداثته، وتغيرات، ودعوات مناهضة للنموذج التقليدي للأدوار الاجتماعية للرجل والمرأة، إلا أن هذا النموذج السائد يبقى يفرض وجوده، بحتمية بيولوجية جنسية تحدد دور الأب والأم، بحيث يمكن إدخال تغييرات على النموذج لكن لا يمكن تغييره بشكل جذري.

II- التكفل بالمسنين:

4- تعريف مرحلة الشيخوخة:

هي المرحلة التي تبدأ مع نهاية مرحلة الرشد، وتنتهي بمرحلة العجز أو الهرم، وهي مرحلة من عمر الإنسان عادة ما يطلق عليها "العمر الثالث"، وهي تشكل استهلاكاً تدريجياً لأعضاء الجسم مع تقدم السن، وتتأثر هذه العملية بعدة عوامل منها: نوعية التغذية، ونوع الوظيفة التي كان يشغلها، وفي معظم المجتمعات يعتبر التقاعد هو بداية مرحلة الشيخوخة (عبدالله، 2014 ص 149).

أو هي المرحلة التي يتقدم فيها عمر الإنسان، وهي ترتبط بتدهور الحالة الصحية، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية للإنسان، كما ترتبط بالضعف، والوهن، وانحسار النشاط، والإخفاق في الاحتفاظ بالوظائف المعتادة للإنسان (سليم، 2002 ص 498).

ولعله من خلال هذه التعريفات وقبل المرور إلى الخصائص العامة لمرحلة الشيخوخة، فإنه يمكن لنا التأكيد على فكرة العجز، والانحدار في القدرات العامة بشكل واضح، ما ينعكس على جميع الوظائف.

5- خصائص مرحلة الشيخوخة وضرورة التكفل بالمسنين:

هنالك العديد من الخصائص التي تميز مرحلة الشيخوخة، ولقد لخصها (عبد الله، 2014) في ما يلي:

- الضعف العام ونقص الطاقة الجسمية وضعف العضلات.
- ضعف الحواس وخاصة السمع والبصر.
- صعوبات في الاتصال والتفاعل مع الآخرين نتيجة تدهور الحواس.
- ضعف الجانب العقلي بما يشمله من ذاكرة، وانتباه وتركيز، وانخفاض معدل الذكاء.
- نقص الاهتمامات والميول والنشاطات الاجتماعية.
- ضعف الدور الاجتماعي للمسنين، ما يزعجهم ويضايقهم.
- شدة التوتر الانفعالي لأتفه الأسباب.
- التقلب الانفعالي والمزاجي.
- القلق بشأن الصحة والإصرار على زيارة الطبيب.

- تترهل العضلات وتفتقر همة الفرد، وقدرته الجسمية.
- البطء في التفكير وتضاؤل القدرة على الابتكار.
- تتأثر عمليات الإدراك والاحتفاظ والاسترجاع.
- ازدياد التزعة الدينية، ويجد فيها المسن متنفسا وملاذا (عبدالله، 2014 ص155) .

إذا وفقا لكل هذه الخصائص التي تميز مرحلة الشيخوخة، والتي تصب كلها في مسار انحدار قدرات المسن، وفقدانه التدريجي لكل ما اكتسبه وحققه وناله خلال مراحل نموه السابقة سواء كان ذلك قدرات جسمية، أو عقلية، أو اجتماعية، (الأشول، 1996، ص 680) لذا فإن مرحلة الشيخوخة تستلزم رعاية وتكفلا بالمسن، مراعاة لحاجاته ومتطلباته الجديدة وكذا عجزه الجديد عليه، وأيضا لتقديم الدعم والمساندة له لتقبل جميع هذه التغيرات الصعبة عليه، وذلك بالاعتناء بالعديد من الجوانب الهامة للرعاية مثل الجانب النفسي، والاجتماعي، والصحي، والمادي، والسكني، والديني. (سالم والصفقي، 2007، ص 20). وبالحديث عن جوانب التكفل بالولي المسن فإن ذلك دائما سيبقى في ظل الخصوصية الثقافية حيث من الضروري الأخذ بعين الاعتبار، كون المجتمع الجزائري في أعرفه، وقيمه، يستهجن إهمال المسنين، خصوصا من طرف أولادهم، ويصمهم بوصمة العقوق، بحيث تصبح رعاية المسن من طرف أولاده، واجبا دينيا لقوله تعالى: "وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۖ إِمَّا يَبْلُغَنَّ بِكَ الْكِبَرُ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا"، وكذا واجبا اجتماعيا يفرضه دوره الاجتماعي، وقواعد المجتمع، حيث ترى إيمان أبورية (2002) أن مرحلة الشيخوخة هي إحدى المراحل الطبيعية في دورة حياة الإنسان، لأنها ليست مجرد عملية بيولوجية، تطرأ على الفرد حين يصل إلى تلك السن المتقدمة ولكنها ظاهرة اجتماعية، لها قواعدها الاجتماعية— وتتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معينة. (أبورية، 2002، ص 28). كما تعتبر واجبا أخلاقيا إنسانيا شخصيا أمام مكانة والديه لديه، وأخلاقه معهما، وخصوصية حالتهما التي تفرض حاجتهما إليه، والشعور بالدين تجاه ما قدماه له، فكل عطاء يفرض عطاء —مضاد كمبادلة (Delannoy, 2000, p118) أمام كل هذا يبدو واجب التكفل بالوالدين المسنين أمرا محتوما ومقضيا فيه، غير أن واقع هذا التكفل وظروفه وأسبابه، وتأثيره على الراشد، كله يبقى محل تساؤل ولا يمكن الفصل فيه جزافا، بالتسليم بكلام منطقي قد يصطدم بواقع الخصوصية الفردية للذات الإنسانية، فلا يغدو الواقع والمنطق شيئا واحدا.

1- تعريف التكفل:

هو مجموعة من الخدمات التي تقدم للفرد، ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية، وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين عدة منها الشخصية والمهنية والأسرية وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل (كامل أحمد، 1999، ص7).

ومن هذا التعريف يتضح لنا أن مفهوم التكفل شامل لمجموعة من الخدمات، يعنى بها فرد أو فئة هدفها تمكينه من التخطيط لمستقبل حياته بما يتوافق مع إمكاناته وقدراته ويحقق له إشباعا لحاجاته، وهو في مجمله يتضمن حاضر الشخص أي الاهتمام والتكفل الحالي لضمان النتائج المستقبلية حتى لا تسوء الحالة وإنما تتحسن أو تستقر على أقل تقدير، وهذا يتوافق تماما مع خصوصية المسنين حيث هم يحتاجون لمجموعة من الخدمات تمكنهم من التخطيط لفترة الشيخوخة وفقا لإمكاناتهم وقدراتهم مع مراعاة إشباع حاجاتهم النابعة عن خصائص مرحلة الشيخوخة والتي سيتم ذكرها لاحقا في هذا الفصل.

وفي تعريف آخر للتكفل يعرف على أنه عملية يقوم بها المجتمع، لتحقيق مجموعة من الأهداف، للوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه، والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع. وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته ، وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال (الغازمي، 2007، ص 124).

وللتعريف الثاني فائدته في توضيح دور التكفل كوسيلة لتوعية الفرد بذاته وبمحيطه وقدراته وهو ما تحتاجه مرحلة الشيخوخة، خصوصا مع الانعزال والانسحاب الاجتماعي الذي يرافق سن التقاعد.

2- أشكال التكفل بالمسنين:

إن التكفل كما أوردنا في تعريفه، يشكل مجموعة من الخدمات التي تقدم لفرد ما، وبالتالي فإن أشكاله ستتعدد وفقا لتنوع هذه الخدمات، ولتقارب بعضها في سياق معين أو مجال معين من مجالات التكفل، حيث منها ما يكون صحيا ومنها ما يكون ماديا ومنها ما يكون نفسيا اجتماعيا، وما سنورده من أشكال إنما يختص بأشكال التكفل داخل الأسرة في حد ذاتها، أما في المؤسسات فقد يأخذ التكفل طابعا مؤسسيا أكثر .

- **التكفل الصحي:** نظرا للتغيرات الجسمية والتدهور الجسمي الحاصل في مرحلة الشيخوخة فلا بد من تكفل تام بهذا الجانب على شكلين الأول وقائي يهدف إلى تجنب أي مضاعفات لهذا التدهور، والثاني علاجي يستهدف علاج الاضطرابات والأمراض لدى المسن، كما يشمل هذا الجانب الاهتمام بغذائه وتنوعه ونظافته.
 - **التكفل المادي:** ويشمل ضمان المسكن، وقضاء الحاجات المالية، والمادية للمسن، وإعالتة والتكفل بمأكله وملبسه ومشربه وعلاجه، خصوصا إذا لم يكن للمسن معاش تقاعدي يعتمد عليه.
 - **التكفل النفسي الاجتماعي:** وذلك بمراعاة الحالة النفسية والاجتماعية للمسن، ومساعدته على تقبل تغيرات هذه المرحلة، والتكيف معها، ومحاولة إدماجه اجتماعيا في نشاطات اجتماعية تبقية دوما على تواصل مع المجتمع (يوسف خوجة، 2018، ص 69).
- إلا أنه تجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن حصر أشكال التكفل ضمن الأشكال المذكورة آنفا فقط، فاقصر أشكال التكفل في ثلاثة أشكال أو جوانب عامة إنما هو اقتصار لحياة المسن ضمن هذه الجوانب، حيث قد يمتد ليشمل عدة جوانب أخرى منها الجانب الديني، والعائلي، حيث يغلب في المجتمع الجزائري التفات المسن نحو الجانب الديني من عبادات وغيرها، وكذا هنالك العديد من مدارس محو الأمية للمسنين، التي يمكن أن يدمجوا فيها، إضافة إلى وجود مسنين متعلمين ومثقفين، أو ذوي مهارات وحرف، بحيث يحبون البقاء والاستمرار في مزاولة نشاطاتهم السابقة أيا كانت، وتوفيرها لهم، أو توفير الجو الملائم لذلك هو أحد الجوانب المهمة للتكفل بالمسنين. وهذا ما تؤكد عليه دراسة سالم والصفقي (2007)، حيث تعدد هذه الدراسة الكثير من جوانب رعاية المسنين داخل الأسرة، من بينها الرعاية الصحية والتغذوية، والاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية، والسكنية والدينية، والمجتمعية، والترفيهية، ورغم هذا فإن الدراسة تؤكد على احتمال وجود جوانب أخرى للرعاية، تبعا لخصوصية كل مسن، وحاجياته، وميولاته (سالم والصفقي، 2007، ص 479).

3- التكفل والدور الاجتماعي للراشد والأسرة:

إن مرحلة الرشد كما سبق وأوضحنا ، تعد مرحلة قوة ونضج واكتمال، وبالتالي فإن الراشد في هذه المرحلة يجد نفسه مسؤولاً عن مهام اجتماعية يحددها دوره الاجتماعي، وفقاً لمكانته الاجتماعية التي يشغلها من المجتمع، والتي لها صورتها المثالية الممثلة في ما ينبغي عليه فعله (الخالدي، 2007، ص 104) وبالتزامن مع اكتمال نضج الراشد وقوته يترافق ذلك مع انحدار وضعف والديه، وهنا يجد نفسه أمام مسألة أخلاقية ودينية واجتماعية وعاطفية قبل كل ذلك تخص التكفل بوالديه المسنين ورعايتهما، وتوفير احتياجاتهما، ومحاولة مساعدتهما على تقبل وضعهما الجديد كطرف سلبي في معادلة التكفل والرعاية التي كانا قائديها سابقاً في رعاية أبنائهما.

وتتجلى مسؤولية التكفل هذه في أن يتم في الأسرة حيث تكون الأسرة مهذا له، ودورها في رعاية المسن دور محوري من المهم التركيز عليه، حيث أن الأسرة تبقى المكان المثالي الذي يمكن العيش فيه، وأن علاقة المسن مع عائلته تشمل جميع نواحي الحياة، كما أن التكفل بالمسنين داخل نطاق الأسرة تعد إحدى الوظائف التي ينبغي أن تضطلع بها الأسرة، وأن يكون أفراد الأسرة هم المسؤولون عن التكفل بالمسن ورعايته (الرباط، 2003، ص 16) ويعرف القائم بالرعاية الأسرية بأنه الشخص الذي ينهض بمسؤولية أولية لرعاية قريب كبير في السن، فالقائم بالرعاية من الأسرة، يشغل مكاناً واضحاً من المجتمع، وله توقعات سلوكية ترتبط به (يوسف خوجة، 2018، ص 72).

خلاصة جزئية:

إن دورة حياة الإنسان تمر بمراحل متعاقبة يصعب الفصل بينها تحدّياً، إلا أن السمات العامة لكل مرحلة وطبيعة التغيرات الحاصلة فيها والمتقاربة جداً، يسمح بتوضيح بعض الحدود العامة لكل مرحلة، ولكل مرحلة من المراحل مكانتها ودورها الاجتماعي، بحيث يلزم كل فرد من أفراد المجتمع إلزاماً داخلياً وخارجياً بتأدية أدوارهم الاجتماعية، لينالوا القبول في المجتمع، وخلال تعاقب المراحل تطرأ على الفرد مجموعة من التغيرات العامة تمس كل جوانب شخصيته، بحيث يصبح الرشد مرحلة اكتمال، ونضج، وتصبح الشيخوخة مرحلة انحدار، وعجز، هذه الشئبة المتبادلة في ظل الخصوصية الثقافية، والدينية، والاجتماعية، وحتى النفسية من خلال الإلزام الداخلي، والشعور بالدين، تفرض تبادل العناية والتكفل، بحيث يصبح الراشد هو المتكفل بوليّه المسن وهو المسؤول عنه، ويكون للتكفل مجالاته التي يشملها، من جانب صحي، ومادي، ونفس اجتماعي، وديني، وغيرها، وتأدية هذا الدور الاجتماعي، وتحقيق هذا التكفل يمكن تحقيق التوافق، والتكيف مع كل مرحلة يمر بها الإنسان خلال مراحل حياته، بحيث لا يواجه المسن صعوبات في التوافق، ويستطيع تقبل التغيرات التي طرأت عليه بشكل أكبر.

الفصل الرابع: الإجراءات التطبيقية للدراسة ومنهجيتها

- تمهيد.

1- منهج الدراسة.

2- أدوات الدراسة.

3- الإطار المكاني والزمني للدراسة.

4- تقديم مجموعة الدراسة.

- خلاصة جزئية.

تمهيد:

يكمّل الجانبُ الميدانيُّ الجانبَ النظريَّ، ويحقّقُ في صحة افتراضاته من عدمها، ويدعم التفسيرات والمفاهيم النظرية المقدمة، فهو خطوة أساسية في الدراسة لا تقل أهمية عن الجانب النظري، فإن كان الجانب النظري هو الركيزة الأساسية لكل بحث علمي، فإنه في أغلب الأحيان لا يعدو كونه تمهيدا لما يليه ويحقق أو ينفي ما جاء فيه وهو الجانب الميداني، ولعل ما يعطي للجانب الميداني أهميته الكبيرة هذه هو الخطوات والقواعد المنهجية المتبعة فيه، وهذا هو ما سنعرضه في هذا الفصل.

1- منهج الدراسة:

تتعدد وتنوع المناهج الميدانية للبحث النفسي، إلا أن لكل منهج خصوصيته التي تميزه عن غيره من المناهج وتفرض طابعا من الخصوصية بشكل عام على المواضيع التي يستخدم فيها، وربما بالإمكان دراسة موضوع واحد بأكثر من منهج، إلا أن فرضيات البحث وأهدافه تستدعي طريقة معينة يسير عليها الباحث، للوصول إلى غرضه البحثي، تلك الطريقة هي المنهج العلمي.

وقد اخترنا في هذه الدراسة الاعتماد على المنهج العيادي بطريقة دراسة الحالة، لما له من خصائص وقواعد تخدم أهداف هذه الدراسة، وتتماشى مع طبيعة الموضوع، ومتغيراته، بحيث يمكن التعمق في الدراسة من خلال التفشي والتقصي المعمق لكل حالة.

إن المنهج العيادي يعتبر نموذجا للمقاربات المرتكزة أساسا على الفرد كدينامية نفسية وعلائية، هذا ما يؤسس لفكرة توظيف الباحث جهازه التفكيرى النظري في اشتغاله بفعل التفشي والتقصي عن الحقائق العلمية ويمتد إلى إنتاج المعاني النفسية التي يضيفها على ما تم رصده كميًا، حتى استنطاق المعلومات الإحصائية الوصفية التي قد تبقى طافية على السطح المعرفي، دون دلالات مميزة تعكس تميز الموضوع النفسي المعالج. وبهذا يعرفه عباس. ف بأنه تلك الدراسة المعمقة لأفراد معينين في وضعية خاصة، ومصطلح عيادي يعني الملاحظة المعمقة والمطولة للأفراد، وأيضا الفهم النفسي للتصرفات الحاضرة والماضية للشخص (بوعلاقة 2019، ص 128).

وتعليقا على ما سبق ذكره فإن اعتبار الفرد كأساس للدينامية النفسية و العلائية في المنهج العيادي يتجلى بشكل واضح ضمن متغيرات دراستنا بين المعاش النفسي للفرد كدينامية نفسية وبين التكفل بالولي المسن كدينامية علائية. والوضعية الخاصة التي يشير إليها التعريف المذكور أعلاه ، المقصود بها في دراستنا هو وضعية التكفل بالولي المسن، وواقعها في المعاش النفسي لأفراد عينة الدراسة، ولا يتأتى تبيان ذلك إلا بدراسة معمقة لها اعتباراتها المنهجية العيادية التي تستند عليها، ومن أهم هذه الاعتبارات هي طبيعة الأدوات المستخدمة في الدراسة، حيث لا يجوز استعمال اختبار واحد، إلا إذا كان اختبارا متعدد الأوجه، بحيث يقيس جوانب متعددة من الشخصية(النجار، 2008، ص 21).

كما يعرف المنهج العيادي على أنه الدراسة العميقة لحالة فردية في ضوء المجتمع الذي تنتمي إليه، فهي متممة للكل الذي تتصل به، حيث يقوم الباحث فيه بوصف مجموع التفاعلات الحادثة بين المتغيرات بغض النظر عن أيها يؤثر على الآخر (النجار، 2008، ص 19).

يتضح لنا من خلال هذا التعريف مدى تركيز المنهج العيادي على التعمق في دراسة كل حالة، لكن دون عزلها عن الإطار الذي تتصل به، وهو لب دراستنا هذه حيث يتم التعمق في المعاش النفسي لكل حالة في وضعية التكفل النفسي لولي مسن، ضمن الإطار العلائقي مع الولي، والإطار الثقافي وخصوصيته في التكفل بالولي المسن، وحتى في بعض متغيرات المعاش النفسي.

3- أدوات الدراسة:

يعتمد اختيار أدوات الدراسة على نوع المتغيرات المدروسة، ونوع المنهج المتبع، بالإضافة إلى العينة المدروسة ومدى ملائمة الأدوات لها، وقد تم اختيار كل من المقابلة، واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في نسخته الثانية، وقبل التطرق إلى وصف الأدوات، فإنه لا بد من الحديث أولاً عن تراتب الأدوات.

3-1- تراتب أدوات الدراسة:

عند اختيار أكثر من أداة في الدراسة، أو حتى في الفحص النفسي، فإنه لا بد من تحديد تراتبها في التطبيق وفقاً لأساس معين، واتباع هذا الترتيب مع جميع الحالات المطبق عليها، والتي لها نفس الخصوصية (بوعلاقة، 2016) وفي دراستنا هذه تم تطبيق المقابلة أولاً، يليها اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، وذلك كون المقابلة في بدايتها تمهيدية، وتسمح بتعارف أولي، يمكن من خلاله تجنب المقاومة في الاختبار، أو رفض الإجابة عن الكثير من الأسئلة (روبي، 2016)، خصوصاً أن الكثير من أسئلة الاختبار شخصي أو حميمي، فبناء علاقة تمهيدية مع المبحوث من خلال المقابلة، يسمح له بالتعامل مع الاختبار براحة أكبر، وفهم المراد العام من الجلسة والذي وضحته المقابلة بكفاية، وبالتالي فالأسئلة المخرجة تبدو له لغاية بحثية أكثر منها تشخيصية، وبالتالي ما يسهل عليه التعامل معها.

3-2- وصف أدوات الدراسة:

أ- المقابلة:

تعد المقابلة من أهم الوسائل البحثية في المنهج الإكلينيكي، حيث لا يعتمد الإكلينيكيون خلال دراسة الحالة، على أية طريقة للحصول على معلومات، وبيانات عن الفرد البحوث، بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة (روترو، 1948، ص 114).

وتعرف المقابلة بأنها نمط من أنماط المحادثة التي تهدف إلى جمع المعلومات، مع أن القائم بالمقابلة عادة ما يكون لديه دليل مكتوب، يعرف بمخطط المقابلة أو برنامج المقابلة، وعادة ما تجرى المقابلة وجها لوجه، برغم إمكانية أن تجرى هاتفياً (باركر وبيستراج وإليوت، 1999، ص 146).

وفي هذه الدراسة تم اعتماد المقابلة المحددة. حيث هنا يضع القائم بالمقابلة شروطاً معينة لجميع الذين يقوم بمقابلتهم، فعليه أن يسأل نفس الأسئلة، بنفس النظام عامة، وأن يستخدم إجراء مقنناً بشأن أسئلة التتبع، وتستخدم هذه المقابلة عموماً عند الحاجة إلى الحصول على تقدير أو درجة رقمية لتقويم خاصية معينة، وعلى الرغم من أن المقابلة المحددة تستخدم أحياناً في العمل الإكلينيكي مع المرضى إلا أنها تستخدم أساساً في أغراض البحث (روترو، 1948، ص 116)، ووفقاً لهذا فإنه قد تم إعداد دليل مقابلة يحتوي على (60) سؤالاً، موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية خاصة بالتكفل بالولي المسن، أولها بعد التكفل النفسي والاجتماعي، ثانيها بعد التكفل المادي، ثالثها بعد التكفل الصحي، إضافة إلى احتوائها على تسع مؤشرات خاصة بكل بعد من أبعاد المعاش النفسي تم إدراجها بناء على المؤشرات التشخيصية لهذه المتغيرات، وكذا بناء على مقاييس لهذه المتغيرات.

بحيث تم أولاً تحديد الأبعاد الرئيسية الثلاثة لمجالات التكفل، ومن ثم تم جمع مؤشراتهم من المقاييس المشابهة، أو من الواقع الثقافي المعاش، حيث تمت ملاحظة أبعاد التكفل بالمسن في المجتمع، ومن ثم صياغتها على شكل أسئلة ومؤشرات للتكفل بالولي المسن. بعدها تم انتقاء تسع مؤشرات خاصة بكل مفردة من مفردات المعاش النفسي المدروس، وهي القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، وتم وضعها في المقابلة بشكل عشوائي، ضمن كل بعد من أبعاد التكفل، وقد تم انتقاء هذه المؤشرات من المعالم التشخيصية والأعراض المصنفة، ضمن فصل المعاش النفسي، كما تم الاستعانة بمقاييس أخرى، مثل مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، وقائمة هاملتون لأعراض الاكتئاب.

ومن ثم تم تكميم نتائج المقابلة بإعطاء درجة عن كل إجابة تفيد بإثبات وجود أحد مؤشرات أبعاد المعاش النفسي، وبعدها تم تمثيل هذا التكميم في شكل أعمدة بيانية، ليسهل من خلال هذا تمثيل معطيات المقابلة في شكل يسمح بأخذ صورة عامة عنها، ويسهل التعليق عليها (روبي، 2016).

من بين أسئلة المقابلة المتمثلة في 60 سؤالاً، تم انتقاء 36 سؤالاً والتي هي في حقيقتها مؤشرات عن القلق، والاكتئاب، وتقدير الذات، والشعور بالذنب. بحيث تكون كالتالي:

- القلق: 18، 22، 23، 27، 29، 30، 42، 46، 47.
- الاكتئاب: 11، 24، 26، 28، 31، 32، 35، 36، 38.
- تقدير الذات: 05، 20، 21، 25، 33، 34، 37، 54، 55.
- الشعور بالذنب: 14، 17، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 57.

ورغم أهمية المقابلة العيادية في دراسة الفرد بصورة متكاملة من خلال المعلومات والبيانات التي توفرها، إلا أنّ المشكلة الكبرى في هذا الأسلوب هي في عدم وجود طريقة موضوعية لتقويم المعلومات المتحصل عليها، فالمقابلة تمد الإكلينيكي بالعديد من الفروض، وإن كان بعضها يعكس انحيازاته الخاصة، أو يقوم على حدس لا يعتمد على معلومات كافية، وعلى ذلك ينبغي أن نأخذ الأحكام المستخلصة من المقابلة بالحدز، ومعظم السيكلوجيين يفضلون أن يستكملوا المقابلات التي تفسر على أساس ذاتي باختبارات أخرى موضوعية. (روتر، 1948، ص 117)، ووفقاً لهذا ففي هذه الدراسة تم اعتماد المقابلة المحددة إضافة إلى اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية.

ب- اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية mmpi2:

يعد رائتر مينسوتا MMPI 2 منذ عام (1989). رائتر يتجاوز الحدود a broadband test لتقويم فئات واسعة من الاضطرابات الشخصية والانفعالية لدى الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم الثمانية عشرة، وقد طور في الأساس على المرضى، ومرافقيهم إلى المشافي في ثلاثينيات القرن الماضي، إذ وضعت بنوده آنذاك لتكشف حركتهم الشخصية، ومعتقداتهم، وانشغالهم، وأدوارهم المرتبطة بنوعهم الاجتماعي (الجنس)، وأساليبهم الدفاعية، وتكامل شخصياتهم واضطراباتهم في ضوء تصنيف كرايبلن Kraepelin للاضطرابات النفسية. (عز، 2015، ص 146)

يعتبر هذا الاختبار من أهم الأدوات التي وضعت لقياس الشخصية عن طريق التقرير الذاتي، نجد لهذا الاختبار مكانا بين اختبارات الشخصية تشبه مكان اختبار سترونج بين اختبارات الميول ، لأنه يشارك اختبار سترونج في الأساس التجريبي الذي صمم وفقا له ، وكذلك يشبهه من حيث تعرضه لبحث عميق وطويل من واضعيه ، وقد ظهر هذا الاختبار في وقت كانت الحاجة إليه شديدة ، وكان الاعتماد عليه كبيرا أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية التي شهدت توسعا كبيرا في علم النفس المرضي والعلاج النفسي ، وكذلك ساعد على انتشاره أيضا بعض الأمور الفنية المبتكرة فيه ومنذ نشره في عام (1940) ونشر دليله في عام (1943) فإنه استقطب فيضا من البحوث التي استخدمته، كان الهدف من تصميمه هو المساعدة في تشخيص المرضى النفسيين، وتحليل السمات التي تميز الشذوذ النفسي الذي يؤدي إلى العجز . (سليم 2005 ص165)

والهدف منه إيجاد مقياس موضوعي لقياس بعض الخصائص الأساسية في الشخصية، والتي لها علاقة بأمراض الطب النفسي. (مليوح، 2014، ص 193)

ظهر في أمريكا عام (1943) وذلك لكي يعطي تقديرا موضوعيا لبعض السمات الرئيسية في الشخصية والتي تؤثر على التوافق الذاتي والاجتماعي للفرد ، وتمثل مقاييسه المختلفة وسائل لقياس شخصية الراشدين الذين يجدون القراءة والكتابة ، والاختبار على صورتين : في الصورة الأولى تقدم عبارات الاختبار في بطاقات وهذه الصورة غير منتشرة ، أما الصورة الثانية وهي المعروفة ، والاختبار من إعداد ستراك هاثواي Hathaway وهو أخصائي نفسي أمريكي ، متعاون مع شارلي ماكنلي Mackinely وهو طبيب نفسي أمريكي إلى جانب هذين العالمين توفر العديد من العلماء على الاهتمام بالاختبار رأسهم داهلستروم Dahlstrom وجاف Gaugh ، ولش Welsh (ربيع 2009 ص 252).

1- تعريف الاختبار:

هو اختبار مصمم لتقييم العديد من أنماط اضطرابات الشخصية، والاضطرابات العقلية، من السهل إدارته بشكل فردي أو جماعي، بحيث يمكن تمريره على المبحوث الذي يجب أن يكون لديه مستوى من الفهم والقراءة يعادل السنة الرابعة، وإظهار درجة كافية من التعاون والمشاركة. (Simon et Gillet, 1996, p1)

يسمح اختبار الشخصية متعدد الأوجه، بالقياس الدقيق لمميزات الشخصية في جوانبها العادية والمرضية، بني الاختبار بتعاون بين مختص نفسي، وطبيب نفسي، وهما KINLEY.C .J et HATHAWAY.R.S ، وهو قياس تشخيصي تمايزي (مليوح، 2014، ص 194).

كما يعرف على أنه استبيان يحتوي (567) بندا، يعتمد فيه على استعمال الورقة والقلم، لوصف مخزون الشخصية، ويطبق فرديا أو جماعيا، يحتوي على العديد من السلام التي تقيس مجموعة من الاضطرابات الشخصية والعقلية، حيث عشرة منها اكلينيكية، وثلاثة أخرى للصدق (chantol, 2001, p56).

2- صدق وثبات الاختبار:

أ- الثبات:

على الرغم من أن معدي الاختبار يقرران أن مفهوم الثبات لا يستقيم مع طبيعة الاختبار، إلا أنهما حصلا عن طريق إعادة الاختبار على معاملات ثبات، تتراوح من (0.70) إلى (0.83)، وهي معاملات تعادل ما نحصل عليه من معظم الاختبارات الشخصية، ولعل هناك أسلوبا أكثر دلالة في التأكد مما إذا كانت معاملات الثبات المنخفضة لاختبارات الشخصية، ترجع إلى تغيرات في الفرد، وليس إلى عدم ثبات الاختبار، يتمثل في تقدير الأفراد اكلينيكية على السمات، ثم دراسة الارتباط بين التغيرات فيها، والتغيرات في السمات كما يقيسها اختبار الشخصية، ورغم أن هذه التقديرات ليست ثابتة تماما، إلا أنه إذا أجراها نفس الشخص كل مرة، فإنه يمكن لنا أن نفترض وجود درجة عالية، من الثبات كدلالات على الارتفاع أو الانخفاض في نوع السلوك موضع الدراسة (مليك، 2000، ص 120).

ب- الصدق:

أعد الاختبار إمبيريقيا عن طريق دراسة استجابات الأفراد من جماعات مختلفة، -مشخصة سيكاتريا- لفقرات الاختبار، واختيار ما يميز الأفراد من الفئة المعنية عن الأفراد من العينة السوية الضابطة، وقد شملت العينات الاكلينيكية (800) فرد معظمهم من المرضى بمستشفى مينسوتا، اختبروا بعناية بعد التأكد من وضوح وصدق تشخيص اضطراباتهم، وتكونت العينة الواحدة في كل فئة اكلينيكية من حوالي (50) مريضا في كل حالة، أما العينة الضابطة فقد شملت حوالي (700) من زوار هذه المستشفى، ويرى معدا الاختبار أنها تمثل إلى حد كبير سكان ولاية مينسوتا (مليك، مرجع سابق، ص 122).

3- مميزات الاختبار:

1. هو استبيان يعرض ملاحظات شاملة عن الشخصية.
2. -هو استبيان يتمتع بخصائص سيكومترية قياسية مؤكدة علميا.
3. -هو استبيان مجهز بسلام الصحة (القبول والرفض) التي تسمح بتحديد درجة صلاحية الاجابات عليه .
4. هو استبيان يمس شريحة عمرية كبيرة جدا.

5. هو اختبار استجلب اهتمام الكثير من الباحثين اذ يوجد أكثر من (3500) مرجع في هذا الموضوع (بحري نبيل 2011 ص 1).

4- تطبيق الاختبار:

يمكن تطبيقه على الأشخاص الذين يعادل تعليمهم على الأقل مستوى السنة الأخيرة من الابتدائي، كما يمكن تطبيقه على الأقل حضا منهم في التعليم إذا كان مستواهم في القراءة مناسبة، ويسمح لهم بفهم فقرات الاختبار. أما من حيث السن فإن هاثاواي وماكنلي يقرران أنه يمكن تطبيق الاختبار على الأفراد من سن (16) سنة فما فوق.

تسلم للحالة كراسة الأسئلة التي تحتوي على (567) بندا وفي واجهتها تعليمية الاختبار، مرفقة بورقة الإجابة، يطلب منه عدم فتحهما حتى يقرأ الأخصائي التعليمية الموجودة على واجهة الاختبار، ويتابع معه المحصوص على تعليمية كراس الأسئلة لديه، بعدها يسأله إن كان قد فهم التعليمية جيدا، وإن كان لديه أي لبس، ومن ثم يسمح له ببداية الإجابة وذلك بقراءة كل سؤال والإجابة عليه في ورقة الإجابة المقدمة والتي تحتوي ترقيما للأسئلة من (1) إلى (567)، ويمكن تطبيقه على جلستين شرط أن لا يكون الوقت الفاصل بينهما كبيرا (مليك، 2000، ص 13).

5- طريقة وخطوات تحليل الاختبار:

تمثل شروط تطبيق الاختبار عملية مباشرة وسهلة نسبيا، لكن عملية تفسير الملمح النفسي تتطلب مستوى جيدا في القياس النفسي، علم النفس العيادي، ودراسة الشخصية، كما ترتبط صلاحية النتائج المحصلة عن طريق الـ MMPI2 بشكل كبير بقدرة المحصوص على فهم تعليمية التطبيق، وخضوعه لمتطلبات العملية، وتمثله وتفسيره لحتوى البنود وتقديره لمستوى انطباقها على شخصيته، تنقط كل البنود المتروكة أو المتضمنة إجابتين مثل ما تنقط العبارة "لا أعرف"، يجب تسجيل جنس المحصوص منذ البداية من أجل اتخاذ جدول المعايير المناسب، كما تسمح شبكات التصحيح بالحصول على الدرجات الخام في مختلف السلام : العيادية القاعدية، سلام الصلاحية، سلام المحتوى، والسلام الثانوية ثم تحول النقاط الخام إلى درجات تائية تسهم في وضع الملمح النفسي. ورقة الملمح النفسي يجب أن تأخذ السلام المعنية بقيمة K المضافة بعين الاعتبار قبل وضع الملمح النفسي.

6- المقاييس الرئيسية للاختبار:

أ- مقاييس الصدق:

*مقياس الكذب **(L) Lie** : وقد صمم ليكشف محاولات تزيف الإجابات للظهور بصورة أفضل مما هي في الواقع، خاصة من حيث الأخلاق الشخصية، والسلوك الاجتماعي.

*مقياس الشبوع أو الندرة **(F) Infrequency** : يكشف الطرائق المتتوية في الإجابة عن برود الرائر، وميل المفحوص للاستجابة بطريقة عشوائية، أو التظاهر بالمظهر السيئ فهو يقدم نفسه لا شعوريا بطريقة سيئة، أو يزيف سلبيا، وهذا المقياس هو عكس مقياس الكذب.

*مقياس التصحيح **(K) Correction** : يكشف اتجاه المفحوص نحو الرائر، وميله -كمقياس الكذب- للاستجابة بطريقة دفاعية.

*مؤشر التزيف **(K - F)** : لا يعد مقياسا بالمعنى الدقيق للكلمة، إذ لا توجد له بنود خاصة، وإنما هو مؤشر إضافي للصدق لتحديد ما إذا كان الفرد قد أكمل الإجابة على بنود الرائر بأسلوب مناسب أو اتبع أسلوب المحاكاة، أو المبالغة بالأعراض المرضية، أي بقصد تحديد درجة صدق الصفحة النفسية ويتم الحصول عليه من خلال طرح الدرجة الخام على مقياس **K** من الدرجة الخام على المقياس **F**.

- في حال كانت الدرجة على **F** أعلى من **K** فإن المؤشر سيكون قيمة عددية موجبة تعني أن المفحوص يظهر ارتفاعا ومبالغة في الأعراض المرضية، وفي الحالة المعاكسة تكون القيمة العددية سالبة، أي إن المفحوص يحاول تغطية أعراضه، وعدم إظهارها (عز، 2015، ص 147).

ب- السلام القاعدية الاكلينيكية :

حسب ما توردته مليوح (2014) فإن السلام القاعدية الاكلينيكية كالتالي:

السلم 1: الوسواس المرضية : **(Hs) Hypochondriasis**

تشير إلى نوع من العمل العصبي من خلال :

- المبالغة في الانشغال والقلق عن بعض الاضطرابات الجسمية التي ليس لها او لها القليل من الأسس

- رفض كل طمأنة حول الحالة الجسدية، العضوية.

*النتائج المرتفعة في هذا السلم ليس لها دلالة تشخيصية واحدة ،حيث يمكن أن نجدها في أمراض عقلية متنوعة الارتفاع الكبير في القيمة التائية هذا السلم ت 70 > يعني انشغال كبير بالحالة الجسدية .(اضطرابات هضمية ،تعب ،ألم وضعف عام ،غياب القلق الظاهر)

*الحصول على قيمة تائية منخفضة ت أكبر من 44 يعني غياب الشكاوي الجسدية الغامضة، شخص منفتح، تلقائي، ولا يقلق من دون ردود الأفعال الآخرين.

*الحصول على قيمة تائية منخفضة جدا تمثل إرادة المفحوص في إخفاء كل الأعراض الجسمية حتى يبدو للفاحص أنه في حالة جيدة.

*مميزات الشخصية:

- الأنانية ،والنزوع إلى التحكم في المحيط.
- سلوك نرجسي ومتمركز على الذات.
- التشاؤم والانهزامية ،نظرة مستخفة للوجود.
- كثير النقد والقسوة اتجاه الآخرين.
- معبر عن بعض العدوانية بشكل غير مباشر.
- نادرا ما يطبق ما يفكر فيه (لا يمر بالفعل).

السلم 2: الاكتئاب : (D) Depression

يتشكل هذا السلم من 57 بنداً، ويشير إلى مختلف أشكال الاكتئاب الموصوفة:

- ردود فعل اكتئابية أو فترات اكتئابية في حالة الهوس الاكتئابي
- مشاعر الوهن والإحباط ،التشاؤم أو فقدان الأمل وهي ميزة الحالة العيادية للمكتئب ،إضافة الى وصفه بعض السمات الشخصية الأساسية مثل :

● المسؤولية المفرطة – Hyperresponsabilité

● التشدد اتجاه الذات.

● نزوع الى العقاب الذاتي.

ليس لهذا السلم دلالة تشخيصية واحدة لأن أعراض الاكتئاب يمكن أن توجد في العديد من الأمراض، وعليه فدلالته مرتبطة بالدرجات المحصلة في السلم الأخرى.

تعتبر الدرجة العالية جدا مؤشر على ما يلي :

- المزاج الاكتئابي، فالشخص حزين ومتشائم.
- شعور الشخص بأنه غير نافع، مقلل (مخط) لقيمته الذاتية، والشعور بالذنب في بعض الأحيان.
- الضعف العام، التعب النفسي، التعب وفقدان الطاقة.
- أعراض سوماتية غامضة.
- الاضطراب، القلق، العصبية وسرعة الغضب .
- انعدام القدرة على مواجهة المستقبل بتفاؤل عادي.

*مميزات الشخصية:

- انعدام الثقة في النفس .
- التزوع إلى القلق والاضطراب العقلي
- تفادي الصراع
- الانطواء، الخجل ، التحفظ

نجد الدرجة التائية المنخفضة جدا (أقل من 29) عادة لدى الأشخاص العدوانيين، الساخرين، النازعين للبروز، أو الظهور، ويمكن لهذه النتيجة أن تعكس عدم القدرة على تقبل القلق الذي يحرك دفاعات من النوع الهوسي .

السلم 3: الهستيريا: (Hy) Hysteria

يتشكل هذا السلم من 60 بندا، ويعكس:

- الاضطراب الحسية أو الحركية التي لا أساس لها من الناحية العضوية .
- النقص أو إنكار القلق الاجتماعي.
- النقص أو الحرمان العاطفي .
- الضجر والضيق.

- الشكاوي السوماتية.
- كبت العدوانية .
- تعدد الشكاوي السوماتية.

تدل الدرجات الثائية المرتفعة على:

- التزوع في الاستجابة للضغط بأعراض سوماتية كأوجاع الرأس، الام الصدر، والتعب العام وخفقان القلب وهي أعراض تظهر وتزول بشكل مفاجيء.
- العجز عن استبصار أسباب الأعراض، وجهل النوايا والمشاعر العميقة .
- إنكار وكبت التأثير يشكلان الآليات الدفاعية المتصلة .
- نزوع إلى عدم الشعور لا بالقلق، ولا بالضغط وإلا الاكتئاب .
- لا وجود للهلاوس ولا الهذيان .

تمثل الدرجات الثائية المنخفضة (أقل من 44) الأشخاص الفاترين، المتصلبين، والوجدانيين، الذين تظهر عدوانيتهم في شكل سخرية، وتهكم، والتميزون بالضعف الظاهر في الأنا الأعلى.

*مميزات الشخصية:

- غير ناضج على المستوى النفسي، طفلي، ومتأثر .
- نرجسي ومتمركز على ذاته .
- ييدي حاجة كبيرة لعطف واهتمام الآخرين، ممثل.
- يترع إلى استغلال محيطه مع طلب العطف.
- حياة اجتماعية هامة، لكن علاقاته مع الآخرين سطحية.
- ميل إلى تفادي المسؤولية .
- يمكن أن ييدي تحمسا للفكرة في البداية، وتقبلا للنصائح والاقتراحات المباشرة لكنه يجد صعوبة في فهم أسباب سلوكه .
- يقاوم في الغالب التفسير.

السلم:4: الانحرافات السيكوباتية: (Pd) Deviate Psychopathic

ويتشكل من 50 بنداً تعكس:

- ازدرء أغلبية المعايير الأخلاقية والاجتماعية للسلوك.
- الخلافات العائلية.
- المشاكل مع السلطة.
- الاغتراب الاجتماعي .
- العدوانية والعنف.
- الأعمال المضادة للمجتمع .
- الانحراف هنا مفهوم يعني عدم التوازن ،الاتوازن السيكوباتي يعني نوع خاص من الشخصية المرضية .

الدرجة الثائية المرتفعة في هذا السلم دليل على:

- الاندفاعية ،الغضب ،والصرامة.
- لا يمكن توقع خرجاته مع نزوع إلى الفعل.
- اللهف وعدم قبول الإحباط.
- متمرد على مختلف أشكال السلطة.
- علاقات أسرية يسودها الصراع.
- حب المخاطرة.
- السلوك المضاد للمجتمع.

*مميزات الشخصية:

- العدوانية ،العنف ،التشاؤم ،الحقد ،التمرد ،التهكم .
- الانبساط ،الاجتماعية ،اللغو ،النشاط ،الطاقة ،التلقائية ،الذكاء والثقة في النفس.
- الانطباع الجيد في المرة الأولى ،لكنه سرعان ما يظهر أنه سطحي في علاقاته مع الآخرين .
- اهتمامه بالآخرين على علاقة مباشرة مع اهتماماته الشخصية .

-الدرجات التائية المنخفضة (أقل من 44)، توجد لدى الأفراد التقليديين الأخلاقيين الممثلين والسليبين، مجال اهتمامهم محدود خصوصا في الميدان الجنسي.

السلم:5: الذكورة والأنوثة: (MF) Femininity-Masculinity

ويتشكل من 56 بندا تعكس مجموعة من الردود الانفعالية، الاهتمامات، الاتجاهات والمشاعر نحو العمل والعلاقات الاجتماعية والترويح التي يختلف فيها الرجال والنساء عموما.

عند الرجال:

الدرجة التائية المرتفعة جدا (أكبر من 80)، تعني أن الشخص:

- لا يتماثل للقيم والأدوار الخاصة بالرجال عادة.
- يسلك بشكل متصنع، نسوي، منقاد وسليبي.
- لديه مجال واسع من الاهتمام، يولي اهتمام ملتمس للروحيات وما هو في وجمالي.
- ذكي، فضولي، مبدع، متسامح، صاحب خيال وله مقاربة أصلية للمشكلات.
- يبدو اجتماعيا، متسامحا للآخرين وقادر على التعبير على وده.
- مسالم ومتسامح، يتنازل لتفادي المواجهة ومتحكم بشكل جيد في ذاته.
- جنسية مثلية ظاهرة خصوصا في حالة القيمة التائية في سلم الانحرافات السيكوباتية.

الدرجة التائية المنخفضة (أقل من 35) تعني:

- رجولي، متمثل للدور الذكوري المثالي حركة، مغامرة وقوة جسمية.
- مغامر، خشن، فض وسوقي.
- يفضل الحركة عن الاستغراق في التفكير.
- القدرة العقلية غالبا ما تكون محدودة.
- بهذا يعوض البعض بعض الشكوك المرتبطة بذكوريتهم.

عند النساء:

تعني الدرجة التائية المرتفعة:

- رفض الأنشطة والأدوار النسوية التقليدية.
- مراكز اهتمام ذكورية الميادين المهنية والرياضية والترفيهية.
- النشاط، الصرامة، التسلط والقساوة في بعض الأحيان.
- السيطرة والعدوانية خصوصا في حالة ارتفاع درجة سلم الانحرافات السيكوباتية.
- الثقة في النفس، الانبساط، البرودة، انعدام القلق، الفضاضة، وانعدام الكبت . ، جنسية مثلية ظاهرة أو اتجاه مقابل.
- تعني الدرجة التائية المنخفضة:
- تبني الدور النسوي النموذجي.
- أما المبالغة في هذا الاتجاه فتعني:
- تعويض شك حول أنثويتهم.
- التزوع إلى إظهار السلبية، الانقياد، وعدم الشعور بالأمن.
- التبعية والامتثال في العلاقة مع الآخر.
- إساءة تقدير الذات، توبيخها، والنواح الدائم.
- رهافة الإحساس، التواضع والمثالية.

السلم:6: البرانويا: (Pa) Paranoia

ويشكلها 40 بندا، يغطي محتوى هذه البنود الحساسية في العلاقات والتزوع أو الميل على إساءة تأويل دوافع الآخرين وسلوكاتهم، كما يحيل المحتوى أيضا إلى التمرکز حول الذات ومشاعر الخوف (الأمّن).

الدرجة التائية المرتفعة (أكبر من 80) تشير إلى:

- سلوك ذهاني صريح، واضطراب في التفكير بعض الأحيان
- بنية ذهانية يمكن أن تأخذ شكل الذهان النظم أو أفكار ومشاعر اضطهادية

- شعور الشخص بأنه لم يعامل كما يجب أو عوامل بشكل سيء
- تشخيص محتمل للفصام أو البرانويا.

أما الدرجة التائية المنخفضة (أقل من 35) فتشير إلى:

- شخصية ساذجة يسهل خداعها.
- شخصية متهربة، في دفاع دائم، حجولة وانسحابي.

السلم: 7: البسيكاتينيا: (Pt) Psychasthenia

ويتشكل هذا السلم من 48 بندا تعكس القلق والمخاوف المرضية والطقوس المتصلبة (السلوك القهري)

تعني الدرجة التائية المرتفعة ت: >85

- السلوك المضطرب، المشحون والقلق.
- ضيق كبير واجترارية.
- قلق حاد غير متحكم فيه.
- مشاعر الذنب .
- مخاوف مرضية، وساوس قهرية وفي بعض الأحيان مرضية.

أما الدرجة المتوسطة الارتفاع بين 65 إلى 85 فهي تشير إلى شخصيات:

- قلق، خائفة مترددة وعصبية .
- متوتر مع نزوع إلى الاضطراب القلق .
- يشك في ذاته، يشعر بالدونية، ينتقد ذاته ويسيء تقديرها ودائم الاجترار.
- متصلب أخلاقي وتقليدي .
- خجول ويجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين.

السلم: 8: الفصام: Schizophrenia (Sc)

يتكون السلم من 78 بنداً

الدرجة التائية المرتفعة (أكثر من 80) تدل على:

- وجود خطر التوظيف العصبي الخفي مع اضطرابات التفكير، الغموض، اختلال التنظيم والتوجيه.
- ميول غير مألوفة وأفكار ذهانية، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام.
- يمكن ملاحظة ذلك عند مدمني المخدرات.

الدرجة التائية منخفضة، تدل على:

- أفراد ليسوا ذهانيين، هلاوس، نقص الضبط مع ضعف القدرة على إصدار الأحكام.

*مميزات الشخصية:

- العزلة، الانطوائية، صعوبة الاتصال، الفصامية، البرودة واللامبالاة .
- تفادي الناس والمواقف الجديدة، الخجل وفي الغالب القلق القوي .
- الشعور بالدونية، العجز وعدم الإقناع .
- قليل الاستثمار في العلاقات، عدواني، عنيف وحقود.
- العجز عن التعبير عن المشاعر.
- قد يتعلق الأمر بشخص مبدع مختلف، غير ممتثل وغريب الأطوار.

السلم: 9: الهوس الخفيف: Hypomania (Ma)

ويتشكل من 46 بنداً تغطي بعض المظاهر السلوكية والخصائص المرتبطة بهذه الحالة (النشاط الحركي الإفراط

الزائد، القرارات المتسارعة، الطموح الزائد، الانبساط، الأمان العالية)

تعني الدرجات التائية العالية ت >80 احتمال أن يكون الشخص في مرحلة هوس حقيقي .

(الإفراط الحركي العام، نوع إلى الهروب من الأفكار، إمكانية وجود الهلاوس أو ذهان العظمة)

*مميزات الشخصية:

- الإفراط الحركي ،التغير الانفعالي المتكرر ،انتفاخ الأنا .
- الشرود الذهني ،النشاط والثرثرة ،لا يمكن التكهن بسلوكاته .
- طغيان الحركة عن التفكير ،تعدد مراكز الاهتمام مع استثمار مكثف لكنه قصير .
- سرعة الغضب ،تقبل الإحباط ،صعوبة كف التعبير عن التزوات ،والانفعالات ،الغضب ،العدوانية والعنف .
- الانشراح ،الانبساط ،الاجتماعية مع سطحية العلاقات .
- سوء التكيف الاجتماعي والمهني .
- الاضطراب مع إمكانية المرور بحلقات اكتئابية ظرفية .

السلم:0: الانطواء الاجتماعي: Social ntroversion (Si)

يتشكل هذا السلم من 69 بنداً وهو ليس مقياساً إكلينيكياً بالمعنى المحدود ، أي لا يقتصر استعماله على مرضى المستشفيات ولكنه يمتد أيضاً للأسوياء

-تعكس الدرجة التائية التي تفوق المتوسط درجة متنامية من الخجل الاجتماعي ،وتفضيل للعمل الوحداني وصعوبة في تأكيد الذات على مستوى الاجتماعي .

-تعكس الدرجات التائية التي تقل عن المتوسط ميولاً مقابلة للدرجات العالية أي المشاركة وتأكيد الذات .

* الدرجة التائية الضعيفة (أقل من 45)، تدل على شخصية:

- واثقة من نفسها ،مرتاحة وقليلة الانفعال .

-تبدو قليلة المشاكل وهادئة .

-قليلة الاهتمام بالوضعيات ذا المسؤولية .

- لا تنتمي إلى مجتمع المرضى عقلياً(مليوح، 2014، ص 195-204).

إضافة إلى المقاييس الاكلينيكية ومقاييس الصدق، يحتوي الاختبار على مجموعات أخرى هي:

- المقاييس الفرعية للمقاييس العيادية.
- مقاييس المحتوى.
- المقاييس التكميلية.
- مقاييس البنود الحرجة (عز، 2015، ص 146).

وقد استعنا في دراستنا هذه بمقاييس الصدق، والمقاييس الإكلينيكية الرئيسية إضافة إلى:

– **القلق (A) Anxiety**: ينعكس وجود الشعور بالذنب بشكل أساسي إضافة إلى الأذى، والانزعاج، والخوف، ونقد الذات، والخروج عن السيطرة، وعدم القدرة على اتخاذ أي قرار، والاضطراب في المواقف الاجتماعية. وهو من بين مقاييس المحتوى.

– **مقياس التقدير المنخفض للذات (LSE) Low Self-Esteem**: يكشف آراء الفرد السلبية جدا عن نفسه، وشعوره بعدم الجاذبية، وقلة ثقته بالذات، وبأنه عديم الفائدة، ولديه قدرات منخفضة، وضعيفة، والعديد من الأخطاء، وعدم قدرته على فعل أي شيء على نحو صحيح. وهو من بين مقاييس المحتوى (عز، 2015، ص 150).

3- الإطار المكاني والزمني للدراسة:

أ – الإطار المكاني:

تم إجراء الدراسة بولاية المسيلة، ونظرا لكون عينة الدراسة تمثل إحدى شرائح المجتمع التي لا يمكن إيجادها ضمن مؤسسة معينة، فإنه قد تم اللقاء مع حالات الدراسة، بمركز المساعدة النفسية الجامعي الشمالي. وهنا تجدر الإشارة إلى الحديث عن أهمية الالتزام بإطار مكاني، كإطار مهني موحد ينظم اللقاءات بين الحالات، بحيث إذا ما استدعى التطبيق جلستين، فلا بد أن يتم اللقاء بنفس المكان مجددا، أي بمركز المساعدة النفسية الجامعي، وبهذا الإجراء يتم ضبط العديد من الإجراءات المنهجية التطبيقية، مثل توفير الجو الملائم للتطبيق، ولتحسيس المبحوث بمدى أهمية وقيمة ما يقدمه من معلومات وبيانات، من خلال الترسخ لمكان وزمان اللقاء. كما تجدر الإشارة إلى أن العثور على الحالات كان بمساعدة الأستاذة المشرفة التي اتصلت بمن تعرف أنهم متكفلون بأوليائهم المسنين، وبعد موافقتهم تم تدبير موعد لقدمهم إلى المركز والتطبيق. كما أن أحد الحالات، تم التطبيق عليه بمساعدة أخصائي آخر، نظرا لصعوبة اللقاء معه حيث يقيم بعيدا.

ب- الإطار الزمني: الدراسة كبناء منهجي بدأت منذ تاريخ وضع العنوان، وذلك لتكون ضمن المشروع البحثي، أما تطبيق الأدوات فكان من 20 ماي إلى 24 ماي 2019.

4- تقديم حالات الدراسة:

—جدول رقم (01) يبين وصف حالات الدراسة—

البيانات	الاسم	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي	المستوى الاقتصادي	العمل
الحالة الاولى	ف	42	متزوج	جامعي	متوسط	أستاذ جامعي
الحالة الثانية	أ	30	عزباء	جامعي	متوسط	أستاذة
الحالة الثالثة	ج	40	متزوج	9 أساسي	متوسط	التجارة

*التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول، التقارب بين الحالتين (ف) و (ج)، من حيث العمر والحالة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي، إلا أن هناك اختلافا بينهما من حيث المستوى التعليمي والعمل، بينما نلاحظ تقاربا في هذين الجانبين بين كل من الحالة (ف) والحالة (أ)، فكلاهما تعليمهما جامعي، وكلاهما أستاذان، وتجدر الإشارة إلى أن الحالة (أ) طالبة دوكتراه، وهي تدرس حصص التطبيق بالجامعة، بينما تختلف هي مع نفس الحالة أي الحالة (ف) في بقية الجوانب من حيث السن والحالة الاجتماعية، وتختلف اختلافا تاما مع الحالة (ج) ماعدا في الجانب الاقتصادي. ومن هذا نستنتج أن هناك العديد من النقاط المشتركة بين حالات الدراسة، وهناك العديد من الاختلافات أيضا، وهو لب المنهج العيادي، أي الدراسة الفردانية المعمقة للحالة، بحيث لا يكون لهذه الاختلافات أو التقاربات ضرورة ولا مانع، أي أن كل تشابه أو اختلاف بين الحالات ممكن خلال دراسة الحالة، لكنه لا يشكل عائقا، بل يمكن استثماره في العديد من النقاط خلال تحليل وتفسير النتائج المتوصل إليها.

–جدول رقم 02 يبين وصف الأولياء المسنين للحالات–

نوع التكفل	الحالة الصحية	السن	الجنس	البيانات
				الولي
مادي، صحي، ترفيهي	ضغط الدم، سكري، ومرض عصابي	73	أنثى	ولي الحالة 1
صحي، ترفيهي	ضغط الدم، نسيان	72	أنثى	ولي الحالة 2
مادي، صحي	لا شيء	65	أنثى	ولي الحالة 3

*التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول، أن جميع الأولياء المسنين نساء، كما نلاحظ تقارباً في السن بينهم، أما فيما يخص الحالة الصحية فكلتا الحالتين الأولى والثانية— تعانين من أمراض، أما الحالة الثالثة فنلاحظ أنهما تصغرهما، وسليمة ومعافاة، أما من ناحية التكفل فنلاحظ تقارب مجالات التكفل بين الحالات، مثل الجانب الصحي، وذلك بالحرص على زيارتها للطبيب، وتناول أدويتها، أما الجانب المادي فنلاحظه لدى الحالة الأولى والثالثة، نظراً لكونهما المعيل الأساسي للأُم، أما الجانب الترفيهي فنلاحظه لدى الحالتين الأولى والثانية، وذلك بالجلوس معها، ومشاركتها بعض النشاطات الاجتماعية، وتسليتها.

• خلاصة جزئية:

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي بطريقة دراسة الحالة، لفائدته في رصد الجوانب الدينامية النفسية، والعلائقية لحالات الدراسة، وكذا إمكانية التحليل الكيفي لكافة المعطيات المجموعة عن الحالة، وذلك بإعطاء المعنى النفسي للتقديرات الكمية وتقييمات الانخفاض والارتفاع. كان التطبيق باستعمال أداتي كل من المقابلة واختبار الشخصية متعدد الأوجه، حيث أفادت المقابلة المحددة التي تمت وفقا لدليل معد مسبقا يحتوي على 60 سؤالاً، في بناء العلاقة والتمهيد للاختبار، وجمع المعلومات عن طبيعة التكفل الذي يقدمه الراشد لوليه المسن في العديد من الجوانب النفسية، والاجتماعية، والصحية، والمادية، كما أفادت المقابلة في تبيين العديد من مؤشرات المعاش النفسي لدى الحالات المرتبطة بالتكفل بالولي المسن، والتي تم تكميمها لتسهيل تمثيل المقابلة، والتعليق عليها لاحقاً، بينما أفاد اختبار مينسوتا متعدد الأوجه في رسم الصفحة النفسية لكل حالة، والتي تحتوي على عشرة سلاسل إكلينيكية، إضافة إلى ثلاثة خاصة بالصدق، إضافة إلى رصد العديد من متغيرات المعاش النفسي لدى الحالة، مثل الاكتئاب، والقلق، وانخفاض تقدير الذات. وقد طبقت هذه الأدوات على 3 حالات بولاية المسيلة بمركز المساعدة النفسية الجامعي الشمالي، خلال شهر ماي 2019. وقد تم تقديم الحالات وفق أهم البيانات العامة لها، والتعليق عليها.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

• تمهيد.

1. عرض حالات الدراسة.

1.1 عرض الحالة 1.

1.2 عرض الحالة 2 .

1.3 عرض الحالة 3 .

2. مناقشة الفرضيات.

2.1 مناقشة الفرضية الأولى.

2.2 مناقشة الفرضية الثانية.

• خلاصة جزئية.

تمهيد:

يعد فصل النتائج، هو ثمرة وخلاصة جهد الباحث، حيث يتم فيه عرض كل ما تم التوصل إليه خلال التطبيق على عينات الدراسة، ومن ثم تحليل هذه النتائج ومناقشتها من خلال الاستعانة بالدراسات السابقة، ليصل بعدها الباحث، إلى مناقشة الفرضيات التي افترضها في بداية بحثه للتأكد منها، كما يعد هذا الفصل هو لب العمل بأكمله، ولب جهد الباحث، حيث أنه هنا، يمكنه استغلال معارفه، وجهوده، وقدراته، ومكتسباته، في إعطاء معنى وبعد للنتائج المتحصل عليها، وتحليلها في ضوء كل ذلك، وفق القواعد المنهجية دوماً، للوصول إلى استنتاجات عامة، بدلا للنتائج الخام المتوصل إليها، قبل تحليلها.

1. عرض حالات الدراسة:

1.1 عرض الحالة 1:

1.1.1 تقديم الحالة:

الحالة أستاذ جامعي، يبلغ من العمر 42 سنة، متزوج، مستواه الاقتصادي متوسط، عدد الإخوة 8، وترتيبه بينهم هو الأكبر.

1.1.2 ملخص المقابلة:

تمت المقابلة بمركز المساعدة النفسية الجامعي الشمالي، على مدى جلستين تم خلالها إجراء المقابلة، وفي الثانية إجراء اختبار الـ mmpi2 في بداية المقابلة تم تعريف المبحوث بعنوان الدراسة والهدف منها والأدوات المستخدمة التي سنطبقها و المتمثلة في المقابلة و اختبار mmpi2 تمت المقابلة وفقا لدليل معد مسبقا يحتوي على 60 سؤالاً تتمحور حول الأبعاد النفسية والمادية والصحية للتكفل بالولي المسن، بالإضافة إلى احتوائها على مؤشرات كل من القلق، والاكتئاب، وتقدير الذات، والشعور بالذنب-انظر الملحق رقم 01-.

كان الحالة منفتحا ومتعاوننا خلال المقابلة، حيث أجاب عن كل الأسئلة وكثيرا ما كان يجيب عن مجموعة من الأسئلة اللاحقة دفعة واحدة قبل أن يتم طرحها وذلك لتعاضده الشديد. في نهاية الجلسة الثانية ونظرا لأن الحالة قد تطرق خلال المقابلة للعديد من التفاصيل التي لم ترد في دليل المقابلة، فقد تم سؤاله إذا ما كان يريد التحفظ عنها، إلا أنه أعطى موافقته التامة لاستعمالها في مجال الدراسة.

يرعى الحالة أمه التي تبلغ من العمر 73 سنة، التي تقيم عنده، حيث أنه هو المسؤول عن أخذها للطبيب، وإخراجها للزيارة والتزده، ومحالستها، تعاني من ضغط الدم، والقلب، والسكري، إضافة إلى معاناتها من هلاوس سمعية وبصرية، وقد كانت تتلقى علاجاً بهذا الخصوص سابقاً، بمستشفى عناية، هذه المعاناة هي ما كان سبب طلاقها من والد الحالة، رغم صبره معها إلا أنه وبضغط من أهل الزوج تم الطلاق، ولم يتزوج الأب إلا بعد مرور 6 سنوات، وذلك رفضاً منه لإحضار زوجة أب لأبنائه، تزوجت أم الحالة لاحقاً أيضاً، ولا زالت متزوجة غير أن زوجها يمكث عند أبنائه وهي عند ابنها، وذلك لقصرهما وعجزهما وحاجة كليهما للرعاية، بعد زواج أب الحالة بسنوات توفي جراء حادث سير، ما اضطر الحالة للتكفل بزوجة الأب وإخوته الصغار لأبيه، توفيت لاحقاً زوجة الأب نتيجة إصابتها بالسرطان، فبقي إخوته

الصغار تحت رعايته التامة، ولهذا أكد الحالة أن التكفل ليس بجديد عليه ولا يشكل له ضبطاً أو مسؤولية كونه عاش أغلب عمره وهو يتكفل بغيره، ركز الحالة في حديثه كثيراً على والده، وكثيراً ما كان يستشهد بكلماته ووصاياه التي من بينها أنه كان يحثهم على الدراسة والنجاح والعمل، حتى يستطيعوا الاعتماد على أنفسهم والتكفل بأنفسهم، فهو على حد حديثه قادر على الاعتناء بنفسه، ولن يحتاجهم، وهو ما حدث بالفعل، غير أن الحالة ذكر تمنييه لرعاية والده أو أن يرى ما حققه على الأقل، وذلك في موقف جميل سرده الحالة خلال المقابلة، وهو أنه بعد أن بنى منزلاً جديداً، وقبل الانتقال إليه، كان جالساً عند عتبة المنزل مساءً، ويراقب الأفق وتساءل "لو كان جى بي راه جاي من بعيد، ويسقسي في على الذراري وهو ما يلعبو" وقد تمني ذلك بشدة، وبكى بشدة حينها. وهو دائم الصدقة والدعاء له، وإذا ما أهملها أتاه والده في المنام، فيفهم أنه قد قصر.

تكميم نتائج المقابلة:

من بين أسئلة المقابلة المتمثلة في 60 سؤالاً، تم انتقاء 36 سؤالاً والتي هي في حقيقتها مؤشرات عن القلق، والاكتئاب، وتقدير الذات، والشعور بالذنب. بحيث تكون كالتالي:

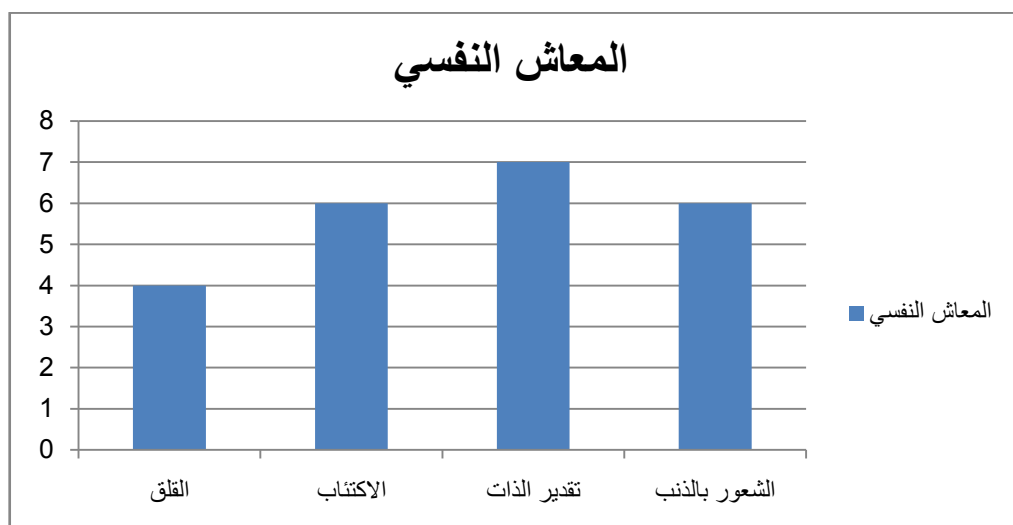
- القلق: 18، 22، 23، 27، 29، 30، 42، 46، 47.
- الاكتئاب: 11، 24، 26، 28، 31، 32، 35، 36، 38.
- تقدير الذات: 05، 20، 21، 25، 33، 34، 37، 54، 55.
- الشعور بالذنب: 14، 17، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 57.

وقد تم تكميم هذه الأسئلة بإعطاء درجة لكل مؤشر يعبر عن أي من هذه المتغيرات، ومن ثم تم تمثيل هذا التكميم، في شكل أعمدة بيانية؛ هذا التكميم لا يمثل قيم قياسية حقيقية، ولكنه تمثيل عام لمحتوى المقابلة كمياً، يسهل من خلاله القراءة النوعية.

1.1.3 نتائج تكميم مقابلة الحالة 1:

القلق: 04. الاكتئاب: 06. تقدير الذات: 07. الشعور بالذنب: 06.

1.1.4 تمثيل نتائج التكميم في منحنى بياني:



شكل بياني (01) يمثل تكميم نتائج المقابلة للمعاش النفسي لدى الحالة 1

1.1.5 التعليق على منحنى المقابلة:

نلاحظ من خلال المنحنى التقارب الكبير بين المتغيرات الأربعة، إلا أن تقدير الذات يبقى هو أعلاها، يليه كل من الاكتئاب، والشعور بالذنب، ومن ثم القلق بدرجة أقل، ولعله بالرجوع إلى بيانات المقابلة، فإن الحالة بالفعل قد أبدت سعادته وفخره في التكفل بأمه، مع تأكيده على فكرة الواجب، هذا إضافة إلى استناده دوماً خلال المقابلة على المرجعية الدينية في التكفل وثوابه، ولزومه، وإثم من يترك ذلك. ولعل هذا الالتزام الديني وثوابه المنصوص عليه، يعزز تقدير الذات لدى المبحوث، إضافة إلى المكانة الاجتماعية التي يحظى بها الحالة في مجتمعه، كمكافأة ثانوية، حيث قال بأنه هو المحور وهو من يستشار، وهو المسؤول الأول في عائلته، إضافة إلى أنه ركز كثيراً خلال المقابلة على المعاملة الجيدة التي كان يتلقاها من والديه حيث وصفها بالتدليل، وهذا ما يشير إلى مشاعر الدين التي يحملها الحالة تجاه والديه وعطاءهما له خلال طفولته فكل عطاء يفرض عطاء - مضاد كمبادلة فالشعور بالدين، يخلق رابطاً بين الأشخاص، غياب هذا الشعور بين الوالدين وأطفالهم يعني غياب الرابط بينهما و الدين هنا لا يحمل معنى استرجاع قرض لأنه بهذا المعنى يعني أن الرابط ثقيل ولا يحمل دلالات عاطفية بينما كل تصرف عاطفي من المكافأة يسهم في وضع الرابط، ولا يضع له حداً إذ يمكن أن نشعر بالدين اتجاه من أحبنا وساعدنا ونحن أطفال (كالوالدين وهم عجائز) (Delannoy, 2000, p118) وهنا يمكننا الرجوع إلى ما ذكره - رانجيت سينج و روبرت ديبلو - حول أن البيئة الأسرية بما تحويه من تجارب مبكرة خلال الطفولة والمراهقة - وهو

ما نجده عند الحالة متمثلاً في تحمل المسؤولية، منذ صغره- وكل ظروف التنشئة داخل الأسرة هي من تزود الطفل بالمؤشرات المبدئية بخصوص ما إذا كان مقبولا، أو غير مقبول (سينج و دييليو، 2005 ص 32) فكل هذا مجتمعا مع الواجب الذي يؤديه المبحوث تجاه أمه، والصدى الديني لهذا الواجب، يعزز شعور الحالة بالقيمة والكفاءة، وهو ما كان ظاهرا بشكل جلي خلال المقابلة، حيث ذكر مدى اعتماد كل العائلة عليه، وكونه هو المحور الرئيسي في العائلة كمكانة يستحقها نظير ما قدمه تجاه المسؤولية الملقاة على عاتقه.

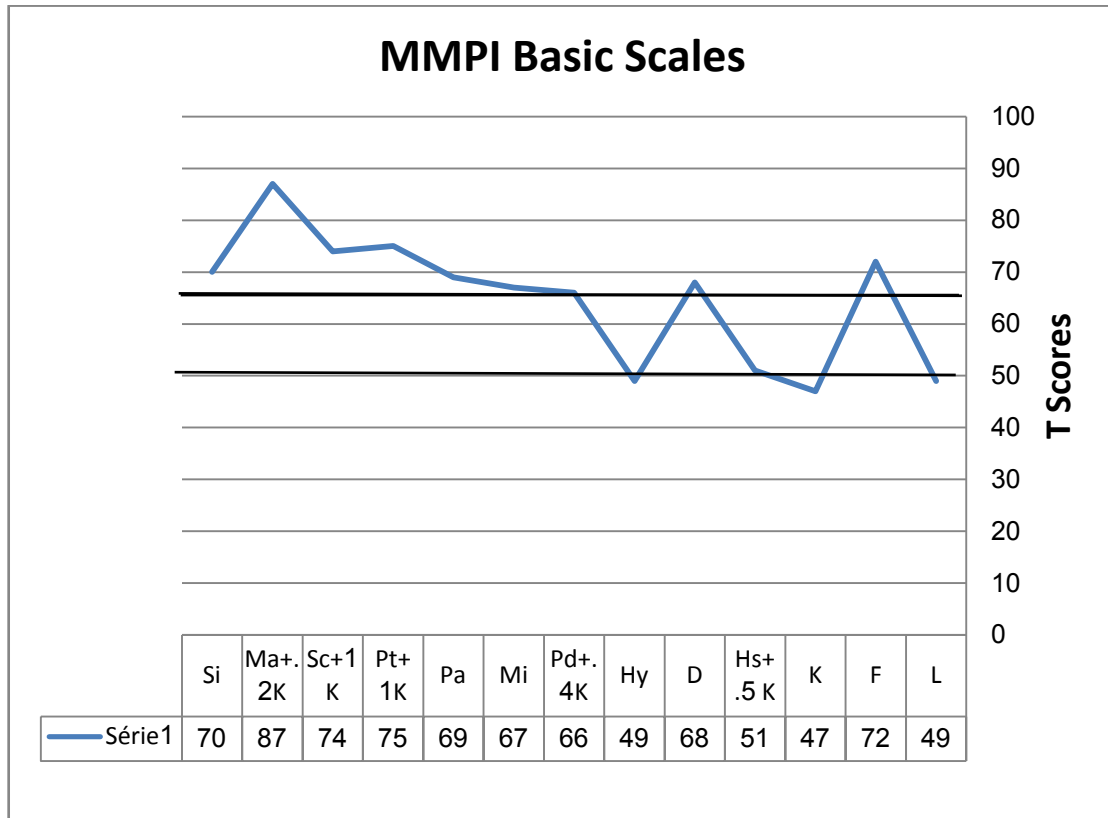
أما فيما يخص الشعور بالذنب والذي ظهر في شكل شعور دائم بالتقصير نحو أمه، ورغبته بتقديم الأفضل، ويرى ألبرت إليس Albert Ellis في هذا السياق أن من أسباب شعور الفرد بالذنب، هو عدم قدرته على أن يتخلص من الأفكار المطلقة مثل: يجب، وينبغي، ويتحتم، فهناك علاقة واضحة بين الأفكار اللاعقلانية التي يرددها وشعوره بالذنب، وهو نفس ما يؤكد كل من واطسون و سكينر Watson & Skinner حيث يرجعان الشعور بالذنب إلى فشل الإنسان في صياغة الأشياء في شكلها المثالي، وبالعودة إلى مدرسة التحليل النفسي، فإن الذنب عند الأنا يرتبط بالصراع القائم بين دوافع الهو والأنا الأعلى، مما يحفز عمل الدفاعات اللاشعورية المتمثلة بالعدوان المسقط أو العقابية الذاتية المزاحة والموجهة نحو الذات أو الآخرين، وأن الفرد يشعر على المستوى الشعوري بإشارة الخطر المقلقة، أي بالذنب، لكنه على المستوى اللاشعوري، يشعر برغبات معينة، مرتبطة بتوقع عقاب معين، يوجهه للقيام بسلوكات عقابية نحو الذات، أو الآخرين كميكانزمات دفاعية ضد الذنب الشعوري الذي يسيطر عليه، وذلك في محاولة لإعادة التوازن لنفسه (علاء الدين، 2002، ص 07)، وهو ما نجده لدى الحالة ممثلاً في مشاعر التقصير والخوف من الخطأ في حق أمه، مع التأكيد على أنه أخطأ في حقها كثيرا رغم عدم وجود موقف محدد يذكره، فعلى المستوى الشعوري إشارة الخطر المقلقة المتعلقة بالذنب حاضرة لديه، غير أنها ليست قوية بشكل غير توافقي أو مخل بتوازنه النفسي، حيث أن المبحوث يعي مشاعر الذنب هذه على أنها لازمة وضرورية لكي يتمكن من خدمة أمه على أتم وجه، حيث يزاول الأنا الأعلى رقابته الخلفية في صورة الضمير، والتوتر الذي ينشأ بين مطالب الضمير وبين ما يقوم به الأنا بالفعل، إنما يدرك كأنه إحساس بالذنب. (فرويد، 1981، ص 58)

أما عن متغير الاكتئاب الذي كان مساويا للشعور بالذنب لدى المبحوث، فيمكن إرجاعه إلى مخلفات الشعور بالذنب التي يزاول من خلالها الأنا الأعلى رقابته الخلفية في صورة مشاعر الحزن والتوتر، والعجز، حيث أن الاكتئاب لدى الراشد المتكفل بولي مسن إن أمكن إنجاز مسبباته في نقاط معينة فيمكن

القول أنه راجع إما إلى حالة الضغط الشديد التي قد يسببها هذا التكفل، أو إلى مدى سوء حالة الولي وعجزه، وعدم تقبل الحالة لذلك وتمنيه التحسن الذي لا يتناسب وخصوصيات مرحلة الولي المسن، أو إلى حالة الشعور بالذنب التي تلازم هذا الراشد، وتجعله دوماً في قوقعة من الإحباط والفشل في تلبية مطالب وحاجات الولي المسن بشكل مثالي يليق بالتنشئة التي تلقاها منه سابقاً خلال طفولته، حيث نجد أنه من بين التعاريف التي تصف الشعور بالذنب فإنه " هو جزء من مشاعر الحزن وسمة مألوفة لنواحي الحزن بشكل خاص، وله علاقة بالإخفاق أو الفشل، وهو الشكل المعتاد من لوم الذات (سعيد، 2011، ص 345)، ومن هذا التعريف يتضح لنا الارتباط الوثيق بين كل من الشعور بالذنب والإحساس بالإخفاق أو التقصير الذي يشعر به الحالة، وبين حالة أو مشاعر الاكتئاب التي تعتريه، كما أن هاملتون في قائمته للاكتئاب يؤكد على مشاعر الذنب التي تكون حاضرة وبقوة، وهذا ما يؤكد افتراضنا.

و في ما يخص متغير القلق، فنلاحظ انخفاضه الواضح لدى الحالة مقارنة بغيره من المتغيرات، وبالرجوع إلى بيانات المقابلة فإن الحالة أبدت توافقاً وتفهماً كبيراً لحالة أمه، حيث في ما يخص السؤال " كيف ترى حالتها الصحية مستقبلاً؟ " فإن الحالة أجاب: " التحسن ما نطمنش، السن والكبر وش رح تتوقعي من التقدم في السن، هذا السؤال المفروض ما يتسألش على كبار السن، يعني ما عندوش داعي هذا السؤال، الأمر واضح، يعني واحد كبير في السن ... صمت " فمن خلال بداية الجواب على السؤال نلاحظ مدى الإقرار بمآل الحالة الصحية للأم المسنة، لكن رغم ذلك فنهاية السؤال ونقده له، كانت نقداً للوضعية الفحشية ومؤشر استجابة قلق، هذا السؤال الذي أزعجه كان يرتبط بفكرة فقدان رعاية الأم وفكرة تخوفه من عدم وفاة الأم بين يديه، حيث يكون ذلك دليل تقصير منه، ولاستكمال واجب التكفل بها فلا بد أن تموت بين يديه هو، كما كان الأمر مع زوجة والده التي قال بأنه ضيع مستقبله لأجلها، وذلك بعدم ذهابه لاجتياز مسابقة ماجستير وبقائه عندها حين وفاتها، ومساندة إخوته الصغار، فتوقعه لوفاة الأم حاضر بقوة داخله، حيث أنه في بداية المقابلة، قال أنه مترعج من بقاء أمه عند أخيه بعنابة حالياً خوفاً من أن تتوفى هناك، وليس بين يديه كما يأمل، وبهذا فالقلق أو توقع وضعية الخطر المثلثة في وفاة الأم وانقطاع واجب التكفل الذي يعد المحفز لتقدير الذات لدى الحالة ولالتزامه الديني ولمكانته الاجتماعية حاضر وموجود لديه، غير أن وضعية الخطر هذه أو الشعور بالقلق، مرصن بشكل أكبر من خلال منطقية التفكير والعقلنة.

1.1.6 عرض نتائج اختبار mmpi2:



شكل بياني رقم (02) يمثل نتائج اختبار mmpi2 للحالة 01

إن نتائج الاختبار كما هي موضحة في المنحنى هي كالتالي:

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
49	72	47	51	68	49	66	67	69	76	75	87	70

متوسط ارتفاع البروفيل:

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 51 + 68 + 49 + 66 + 69 + 75 + 74 + 87 / 8 = 67.38$$

رمز وولش يكون كالآتي: **F L K 3-1 4 5 2 6 0 8 7 9**

درجة القلق المرتبط بالشعور بالذنب: **92**.

درجة تدني تقدير الذات: **66**.

1.1.7 تحليل نتائج الاختبار:

قبل تحليل الاختبار فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أنه لا يقيس اضطرابات وإنما سمات تميل لأن توجد عند من يعانون من هذه الاضطرابات، وبالتالي لا يمكن الاعتماد على نتائجه كمحك تشخيصي، وإنما من الأفضل استعراضها ومناقشتها مع الحالة ؛ وفي دراستنا فإن هاته السمات تعد مؤشرات لمتغيرات المعاش النفسي.

و عند تحليل نتائج الاختبار فإنه لا بد أولاً من الرجوع إلى السلام الإكلينيكية القاعدية وتحليلها في ضوء سلام الصدق، ومن ثم التحليل العام للصفحة النفسية. (الشايع، ب س، ص 07).

أ- سلام الصدق:

1- الكذب (1): نلاحظ أن الدرجة التائية بلغت 49، ما يدل على استجابة الحالة بصدق، والاعتراف ببعض الأخطاء الاجتماعية.

2- التكرار (F): نلاحظ ارتفاعاً ملحوظاً في هذا المقياس حيث درجته التائية 72 وهو ما يشير إلى اعتراف الحالة بعدد من الخبرات غير المألوفة أكثر مما يعترف بها عادة الشخص العادي، إضافة إلى وجود مشاعر عدم الرضا، كما يشير الارتفاع في هذا المقياس إلى الإجابة بنوع من العشوائية، أو التزييف للأسوء، بحيث يُتوقع في هذه الحالة، ارتفاع السلام الإكلينيكية الأخرى.

3- التصحيح (K): بلغت درجته التائية لدى الحالة 47، وهي أخفض درجة من بين مقاييس الصدق، وتشير هذه الدرجة إلى تكيف جيد، وحماس، وتنوع في الاهتمامات. ويصاحب انخفاض الدرجة K ارتفاعات في البروفيل وبخاصة في الرباعي الذهاني (6؛7؛8؛9)، وهو ما وجدناه لدى الحالة فعلاً.

ب- السلام الإكلينيكية القاعدية:

1- توهم المرض (Hs): نلاحظ أن مستوى توهم المرض لدى الحالة يقع في المدى المتوسط العام، أي بين نقطتي القطع (50، 65)، بحيث تبلغ درجته التائية لديه حوالي 51، وهو ما يشير إلى أنه لدى الحالة عدد مألوف من الشكاوي البدنية، حيث أنها ليست منخفضة إلى درجة يكون فيها فاقداً للاستبصار بذاته، ولا مرتفعاً بحيث يكون شديد الانشغال بشكاويه الجسدية.

2- الاكتئاب (D): تبلغ درجته التائية لدى الحالة 68، وهي درجة تقع في المستوى المتوسط، بين نقطتي القطع السابقين الذكر، وغالبا ما تعبر هذه الدرجة عن عدم الرضا عن الذات أو شيء ما، ولكنه لا يدرك هذه الحالة بوصفها اكتئابا، وقد تمثل كونه لا يبالي بما يحدث له، أو أنه قد تعلم التوافق مع وجود اكتئاب مزمن.

3- الهستيريا (Hy): تبلغ درجتها التائية لدى الحالة 49، وهي دون نقطة القطع السفلية المتمثلة في الدرجة التائية 50، وغالبا ما يكون الحالة يتسم بعدد من الاتجاهات والسلوك مما يرتبط بالديناميات الهيسيرية فقط، دون أن تكون ظاهرة بشكل جلي في سمات شخصيته.

4- الانحراف السيكوباتي (Pd): تبلغ درجته التائية لدى الحالة 66، حيث تفوق نقطة القطع العلوية إلا أنها تبقى في نطاق السواء ما لم تبلغ درجته التائية 75 درجة، حيث تمثل هذه الدرجة حدا فاصلا نوعا ما، بين السواء واللاسواء، تشير درجة الحالة التي حصل عليها إلى أنه منشغل انشغالا أصيلا بالمشكلات والقضايا الاجتماعية، ويستجيب للصراع الموقفى، أو قد يتوافق مع مستوى عادي من الصراع الاجتماعي.

5- الذكورة - الأنوثة (Mf): تبلغ درجته التائية 67 لدى الحالة، وهو ما يشير إلى أن الحالة يهتم بالأنشطة الجمالية مثل الفن والموسيقى والأدب، وهو يغلب أن يكون سلبيا ويفضل التعامل مع المشكلات في أسلوب مقنع غير مباشر، وهذا هو المدى العادي لدى أغلب الذكور الجامعيين.

6- البارانويا (Pa): تبلغ درجتها التائية لدى الحالة 69، وهي درجة تفوق المستوى المتوسط بشكل ملحوظ، إلا أنها تبقى في السياق المعتدل، فالحالة هنا حساس للعلاقات بين الشخصية، وهو يفكر بوضوح وعقلانية، كما قد يكون مفرط الحساسية، ويفسر سلوكيات الآخرين على أساس شخصي.

7- السكاثينيا (Pt): تبلغ درجته التائية لدى الحالة 75، وهي درجة تفوق المعتدل على هذا المقياس، تشير غالبا إلى أن من يحصلون عليها يكونون قلقين، متوترين ومترددتين، كما قد توجد مشاعر ذنب لديهم.

8- الفصام (Sc): تبلغ درجته التائية لدى الحالة 74، تشير هذه الدرجة غالبا إلى أسلوب حياة منعزل، أو شعور بالاغتراب عن البيئة، أو انضغاطا موقفيا أو شخصيا، وكذا مبالغة في الخيالات وأحلام اليقظة.

9- الهوس الخفيف (Ma): تبلغ درجته التائية لدى الحالة 87، وهو ما يفوق المستوى المعتدل بشكل ملحوظ، يوصف من يحصل على مثل هذه الدرجة بأنه زائد النشاط، اندفاعي، تنافسي، كثير الكلام، انبساطي، مشتت التركيز والانتباه، وهو لا يوصف بالاكتئاب، وهو ما يرجعنا إلى الدرجة التائية للحالة على مقياس الاكتئاب والتي كانت تفوق المتوسط العام، وبالعودة إلى مقياس الصدق، وتحديدًا مقياس التكرار الذي كان مرتفعًا بشكل ملحوظ حيث بلغت درجته التائية 72، فإنه يمكن الحديث عن إمكانية وجود استجابات عشوائية، وهو ما يفسر هذا التناقض بين مقياسي كل من الاكتئاب والهوس الخفيف، كما قد يكون مؤشر لقطبية ثنائية، لكن من خلال درجة مقياس التكرار العالية فإنه غالبًا ما يكون من المتوقع أن يكون ملمح الصفحة النفسية يأخذ منحى مرضيا.

0- الانطواء الاجتماعي: تبلغ درجته التائية لدى الحالة 70، وهي درجة تفوق المتوسط بشكل ملحوظ، وتشير هذه الدرجة غالبًا إلى أن الحالة مكتئب، ويحمل مشاعر ذنب، كما هناك احتمال لتدني تقدير الذات ممثلة في عدم الشعور بالرضا.

* إضافة إلى المقاييس الإكلينيكية فإننا نجد مقاييس المحتوى المتعددة، وقد تم حساب كل من مقياسي تدني احترام الذات، والقلق، وذلك لكونهما من بين متغيرات المعاش النفسي، حيث نلاحظ ارتفاعًا ملحوظًا في القلق، وكذا في تدني احترام الذات.

1.1.8 التحليل الكلي للصفحة النفسية:

بالنظر إلى المنحنى العام للصفحة النفسية نلاحظ في مقياس الصدق أن النسق العام للصدق كالتالي (F, L, K) وهو من أكثر أنساق الصدق شيوعًا في المجموعات الإكلينيكية، وهو يشير إلى أن المبحوث يعترف بصعوبات شخصية وانفعالية، كما أنه يكون من بين القادرين على طلب المساعدة. (كامل مليكة، 2000، ص 45)

كما أن الارتفاع الملحوظ على مقياس التكرار F، يشير إلى أن الحالة يخبر مشكلات انفعالية أكثر من المعتاد، ومن ثم يزداد إحساسه بها سوءً، كما قد يشير إلى مبالغة نوعًا ما في الأعراض (الشايح، 2016، ص 7).

أما في ما يتعلق بالمقاييس الإكلينيكية نلاحظ أن المنحنى يتجه بشكل عام نحو الارتفاع في مقياس الهوس الخفيف وهو ما يعرف بالبروفيل المدبب 9، حيث يكون الفرد فيه اندفاعيًا. وانبساطيًا واجتماعيًا في

علاقاته، لكنها لا تكون بذلك العمق الشديد، كما قد نلاحظ لديه نشاطا زائدا، وعدم اكتئاب، لكن في هذه الحالة المدروسة نلاحظ وجود الاكتئاب بشكل ملحوظ، خلافا لما يشيع عند أصحاب البروفيل المديب 9 ، ما يشير إلى احتمال وجود القطبية الثنائية بين الهوس والاكتئاب، وهو ما يرجعنا إلى احتمال الدفاعات الهوسية ضد اكتئابية، حيث بالنظر إلى الشكل الكلي للصفحة النفسية، نلاحظ أن مقياس الانطواء الاجتماعي كذلك مرتفع وهو ما يرجح هذه القطبية بين كل من الهوس والاكتئاب ، وبالعودة إلى تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5، لثنائية القطب بين الهوس والاكتئاب، نجد أنه من بين مؤشرات النوبة الهوسية كثرة الكلام، وتشتت الانتباه، وهو نفس ما بينه تحليل نتائج الاختبار، أما في النوبة الاكتئابية فنجد من بين أهم مؤشرات الشعور المفرط بالذنب والتقصير، وانخفاض القدرة على التركيز، وهو ما يتطابق مع تحليل الاكتئاب من خلال الاختبار، إضافة إلى مؤشر انخفاض الأنشطة الاجتماعية، وهو ما يتطابق مع ارتفاع مؤشر الانطواء الاجتماعي في الاختبار.

إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن الصفحة النفسية التي يرمز لها بـ 9 فقط، كما هو الأمر عند هذه الحالة، تنتشر بين الأسوياء بقدر يعادل 10 مرات انتشارها بين الأسوياء (كامل مليكة، 2000، ص 97)

كما يمكن تحليل البروفيل من خلال ارتفاع أعلى ثلاثة مقاييس إكلينيكية شريطة أن يكون الفرق بين الدرجة الأقل في هذه المقاييس أعلى بخمس درجات تائية على الأقل من أعلى درجة في بقية المقاييس الفردية (الشايح، 2016، ص 21) وهو ما تحقق لدى الحالة حيث نجد أن كلا الهوس الخفيف و السيكاثينيا والفصام، تشكل هي أعلى ثلاث مقاييس، يليها الانطواء الاجتماعي بدرجة تقل عن الفصام بخمس درجات تائية كما هو مشترك، وبالتالي نرى بشكل جلي أن بروفيل الصفحة النفسية للحالة يتجه نحو المثلث الذهاني، لكن عند مطابقته مع مقاييس الصدق، نجد أن هذا الارتفاع غير صادق بشكل تام حسبما توضحه مقاييس الصدق، أو بعبارة أصح فإن ارتفاع المقاييس الذهانية المرافق لارتفاع مقياس التكرار بنفس الدرجة التائية، يعني احتمال وجود المبالغة، لكن هذا في نفس الوقت لا يعني إمكانية عدم صدق ترتيب المقاييس الإكلينيكية وإنما عدم صدق درجاتها بشكل تام، حيث من المتوقع أن تكون هذه الدرجات لدى الحالة معاشة وواقعية لكنها بشكل أقل، وهو يعبر عنها بشكل مبالغ فيه، حسب مقياس التكرار F المرتفع.

1.1.9 التحليل العام للحالة:

من خلال عرض نتائج تكميم المقابلة، و عرض نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه، يمكن مناقشة المعاش النفسي للحالة، في ضوء النتائج التي توصلت لها الأداتان، بحيث أنه من خلال المقابلة يمكن ملاحظة أن متغير تقدير الذات، هو أعلى المتغيرات ظهوراً، بينما في الاختبار فإن تدني تقدير الذات كذلك كان مرتفعاً حيث بلغت درجته الناتية حوالي (66) وهي درجة تقارب نقطة القطع العليا للسواء، ما يجعلنا أمام فكرة التناقض بين النتيجةين ، إلا أنه يمكن فك هذا اللبس إذا أخذنا بعين الاعتبار، أن مؤشرات تقدير الذات في أسئلة المقابلة كانت متعلقة بالتكفل بالولي المسن، وهو ما يؤكد ما قد كنا أشرنا إليه سابقاً حول كون التقدير الذي يناله الفرد من مجتمعه جراء قدرته على أداء المهام الاجتماعية، والالتزام بها من أهم أبعاد تقدير الذات لدى الفرد (سينج و ديليو، مرجع سابق ص 26) وهو ما يوفره التكفل بالولي المسن، خصوصاً كون الحالة يركز كثيراً على الإلزامية الدينية والاجتماعية للتكفل بالوالدين، كما أبدى تقديراً كبيراً لمن يؤدون هذا الواجب، بقوله "بالنسبة ليا نشوف بلي عندهم مقام عالي"، وفي المقابل فإن ارتفاع درجة تدني تقدير الذات في اختبار mmmpi2، نجده مرتبطاً أكثر بفكرة الفرد عن مدى جاذبيته، وقدراته الأدائية، ومدى ارتبائه للأخطاء من وجهة نظره، وغالباً ما ينال الدرجات المرتفعة في هذا المقياس الأشخاص الذين يحملون مشاعر ذنب، أو تقصير، أو الذين يكونون من ذوي المعايير المثالية في أداء المهام، بحيث لا يرضون عن ما يقدمونه ويقدمون في الاختبار إجابات تعكس سخطهم من ذلك (عزو، مرجع سابق، ص 150)، ويمكن إسقاط ذلك على الحالة من خلال تحسره كثيراً خلال المقابلة على والده ورغبته في التكفل به، وحرمانه من ذلك بوفاة الأب الفجائية، وقد كان كثير الحديث عنه خلال المقابلة، بشكل يوحي إلى مدى حضور الأب ووجوده في المعاش النفسي للحالة. وبرر ذلك بكون هذا بسبب الوفاة الفجائية لوالده "ينخي يقولو موت الفجأة هي اللي تدير هكدا، انت تكون علبالك بلي راه مات، بصح هكداك تبقى تقول ممكن دوك يجي ويدخل علي".

إضافة إلى أن أسئلة اختبار mmmpi2، عامة ولا ترتبط بجانب معين قد يشعر المفحوص فيه بتقدير الذات المرتفع مثل التكفل بالولي المسن في المقابلة، حيث يمكن النظر إلى نتائج المقابلة على أنها خاصة، بينما نتائج الاختبار فهي عامة.

وبالرجوع إلى متغير القلق الذي كان منخفضا جدا في التمثيل البياني للمقابلة، وعلى العكس من ذلك فقد كان مرتفعا في نتائج الاختبار حيث بلغت درجته الثانية حوالي (92)، وهي درجة تفوق بشكل كبير نقطة القطع العلوية للسواء والتي تبلغ درجتها الثانية (65) (عزو، مرجع سابق، ص 20)، ويعكس هذا المقياس الشعور بالذنب، والقلق الأخلاقي، والاجتماعي، ونقد الذات (الشاي، مرجع سابق، ص 14)، وهو ما يتفق مع نتائج المقياس السابق والمتعلق بتدني تقدير الذات وذلك فيما يخص جزئية نقد الذات لدى الحالة والتي ظهرت على مدى السلام الإكلينيكية كلها وكذا هذه المقاييس الفرعية، ولم تغب إلا عندما ارتبط تقدير الذات بالتكفل بأمه.

أما فيما يخص تناقض هذا المقياس مع مستوى القلق من خلال المقابلة فإن القلق الذي ترصده المقابلة، متعلق بمخاوف الحالة تجاه أمه، وحالتها، وهي مخاوف مرصنة من خلال العقلنة والتفكير المنطقي، والالتزام الديني، حيث أبدى الحالة بالفعل خلال المقابلة، وعيا وتقبلا لحالة أمه المسنة ومآلها الصحي، وهو ما يفسر ظهور متغير القلق لديه بشكل منخفض في المقابلة، لكن بشكل أعلى في اختبار mmpi2، وذلك نظرا لطول عدد فقرات الاختبار، ما يسمح بسقوط الدفاعات من خلال العقلنة، وظهور استجابة القلق لديه بشكل واضح في الاختبار، خصوصا وأنها لا تتعلق بمخاوفه المرصنة حيال حالة أمه.

إضافة إلى أن هذا المقياس يقيس كذلك مشاعر الذنب كما ذكرنا، والتي كانت حاضرة بشكل قوي لدى الحالة حتى خارج نطاق الأسئلة المتعلقة بالشعور بالذنب، على سبيل المثال في السؤال الرابع "ما هو الشيء الذي تشعر أنه يجعلك تعتني بأمك؟" فكان جوابه سريعا: "هذا واجب، مكانش سبب، بالعكس ربما راني مقصر، لالا راني مقصر صح"، وهو ما واطب الحالة عليه على مدى أغلب أسئلة المقابلة.

بالنسبة لفرويد مشاعر الذنب ترتبط وإشكال الكبت الذي بقي مفتوحا، ويؤكد فرويد أن مشاعر الذنب ذات مصدرين أحدهما قديم جدا، يرتبط والعلاقات الأولى مع الوالدين، أين الندم أيضا له مكانة؛ والمصدر الثاني أكثر حداثة يرتبط ووعي الضمير. ويضيف فرويد أن مشاعر الذنب مهما كان مصدرها فهي ترتبط ارتباطا وثيقا بالعدوانية (Gerard, 2002, p 20).

ولعل العدوانية قد ظهرت من خلال الاختبار في مقياس الانحراف السيكوباتي حيث بلغت درجته الثانية (66)، وهي تفوق درجة القطع العليا للسواء، وبالتالي فمشاعر الذنب التي واطب عليها الحالة خلال

المقابلة لها ارتباطها الوثيق بالعدوانية حسب فرويد والتي أظهرها اختبار mmpi2 من خلال مقياس الانحراف السيكوباتي، إلا أن هذه العدوانية هي عدوانية موجهة نحو الذات، من خلال الانتقاد الدائم للذات، والشعور بالدائم بالتقصير، والتوقع السلبي، والذي أبداه الحالة خلال المقابلة كثيراً، على سبيل المثال خلال السؤال: "هل حدث وأن شعرت بأنك قصرت في تكفلك بأمك؟" أجاب عنه: "ممكن بصح والله ماني شافي، نحس على فترات، لكن متأكد بلي تكون كاين بزاف وين قصرت، هذا شي أكيد"، من خلال الإجابة نلاحظ التوقع السلبي واللوم الجزائي للذات، دون وجود ذنب حقيقي.

وتجدر الإشارة إلى أن مشاعر الذنب تتولد من انطباع الخطأ ومصدرها هو الفرد البشري والذي يطلب إصلاحاً ولكنه يخص خطأ متخيلاً، يخلق نوعاً من الإصلاح أو حاجة إلى الإصلاح، بينما الندم يتولد من خطأ واقعي (Gerard 2000, p 102)، وبالتالي يمكن القول أنه لدى الحالة انطباع بالخطأ، تحركه عدوانيته الموجهة نحو ذاته، ما يخلق مشاعر ذنب دائمة تنعكس على تقديره العام لذاته.

كما تنعكس حتى على مستوى الاكتئاب لديه والذي كان مرتفعاً في كل من المقابلة والاختبار، حيث يشير هذا الارتفاع في الاختبار إلى تدني تقدير الذات، وهو ما تمت مناقشته عبر متغيري تقدير الذات والشعور بالذنب، كما تشير هذه الدرجة من الاكتئاب إلى توالي الإحباطات، والإحباطات هنا لا يشترط أن تكون إحباطات حقيقية فبالرجوع إلى التوقع السلبي عن ذاته وانطباع الخطأ لديه، فالإحباط قد يكون رد فعل لهذه التوقعات السلبية، كما أن الشعور بالذنب غالباً ما يترافق مع الاكتئاب، وقد أكد هاملتون على وجود علاقة دالة بين الشعور بالذنب وبين الاكتئاب (عبد الصاحب، 2014، ص 13).

2.1. عرض الحالة الثانية:

2.2.1 تقديم الحالة 2:

الحالة طالبة دوكتراه، لها حصص بالجامعة، تبلغ من العمر 30 سنة، عزباء، مستواها الاقتصادي متوسط، عدد الإخوة 8، وترتيبها بينهم هي أصغرهم، تعيش رفقة والديها، لكنها تعتني بوالدتها بالأخص، نظرا لتدهور حالتها الصحية.

2.2.2 ملخص المقابلة:

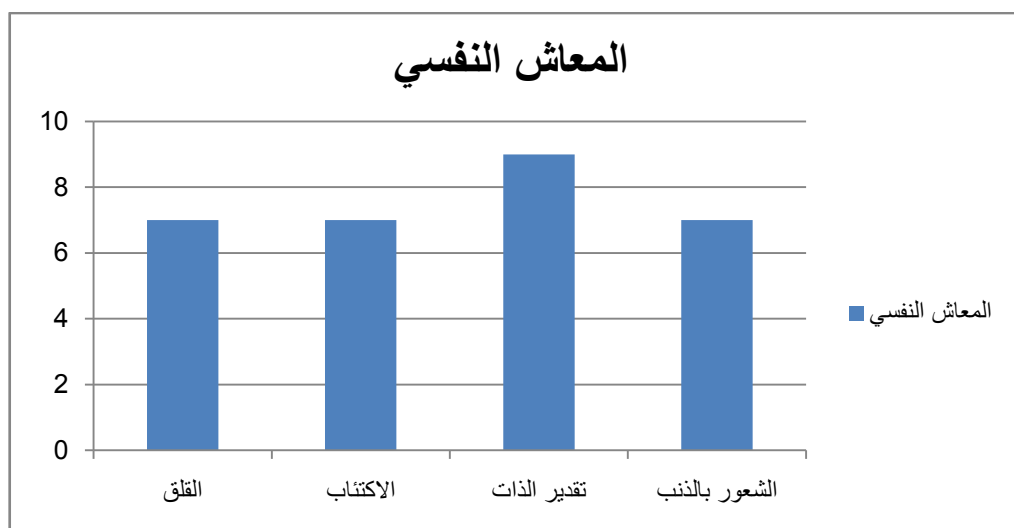
تمت المقابلة بمركز المساعدة النفسية الجامعي الشمالي، في بداية المقابلة تم تعريف الحالة بعنوان الدراسة والهدف منها، والأدوات المستخدمة التي سنطبقها، وتحدد الإشارة إلى أنه تم تطبيق كل من المقابلة واختبار mmpi2 خلال جلسة واحدة، وقد كانت الحالة جد متعاونة وصبورة، أجابت عن كل أسئلة المقابلة. تعتني الحالة بأمها البالغة من العمر 72 سنة، والتي أصبحت تعاني مؤخرا من النسيان الشديد، وهو ما يتطلب تواجدا دائما حولها وعناية شديدة بوضعها الصحي، خصوصا في ما يتعلق بمواقيت دوائها، حيث تعاني من ضغط الدم، كما أن خروجها من المنزل لم يعد كالسابق، لأنهم يخشون ضياعها أو عدم قدرتها على الرجوع، حيث وضحت الحالة في هذا السياق أن أمها عند خروجها بالتأكد ستعرف كيف تعود لكن ذلك يستغرق منها وقتا طويلا جدا، هذا إضافة إلى معاناتها من آلام شديدة في ركبتيها، أصبحت كذلك بدورها تعيق قدرتها على الخروج من المنزل، ما يجعلها عرضة دائمة للقلق والانعراج. كما أنه لا بد من الإشارة إلى أن الحالة تعيش بمنزل العائلة رفقة والديها، وأخيها وزوجته، إلا أنها هي تحديدا من تعتني بأمها، وقد بدأت هذه العناية منذ 4 سنوات وذلك لزواج الإخوة وبقاءها هي بالمنزل، لكن في العامين الأخيرين، أصبحت هذه العناية أكثر من ذي قبل وذلك نظرا لما أصاب الأم من نسيان شديد، ولأن حالة الأب الصحية جيدة رغم أنه يكبر الأم بـ 9 سنوات، فلهذا لا تضطر الحالة للاعتناء به بنفس درجة الأم، ورغم وجود الأخ وزوجته والعلاقة الطيبة التي تجمعهم بباقي أفراد الأسرة فالحالة هي من تعتني بأمها بالأكثر، إلا في حال عدم تواجدها بالمنزل، ويجب التفصيل قليلا في جوانب الاعتناء هذه نظرا لاعتماد الحالة المادي على والديها، وإقامتها معهما، حيث أن الحالة هي من تعتني بالجانب الصحي لأمها بما يتضمنه من مواقيت غذاء ودواء، وكذا في حالة مرضها، إضافة إلى الجانب النفسي الاجتماعي، حيث أنها تقضي معها الكثير من الوقت وتخرجها دوما للتزهر أو التسوق، وكثيرا ما تحاول الترويح عنها وتسليتها، كما أن علاقتهما قوية جدا— ولا زالت الأم ترى ابنتها فتاة صغيرة وهو ما يسعد الحالة كثيرا،

أما في ما يتعلق بنظافة الأم وثياجها، فالأم ترفض أي مساعدة من الابنة وتحب الاعتماد على نفسها، حتى في أعمال المنزل، وهو ما يخلق قلقاً لدى الحالة على أمها، والتي ترفضه الأم وتراه على أنه تقليل منها أو إبعاد لها، أو إشعار لها بالعجز. تبدي الحالة تعلقها الشديد بأمها، وخوفها من مرضها، كما تأمل تحسنها وتسعى إليه بكل ما تستطيعه.

2.2.3 نتائج تكميم المقابلة:

تم تكميم نتائج المقابلة وفقاً لما تم توضيحه مسبقاً، وكانت نتائج التكميم كالتالي:
القلق: 07. الاكتئاب: 07. تقدير الذات: 09. الشعور بالذنب: 07.

2.2.4 تمثيل نتائج التكميم في منحنى بياني:



شكل بياني (03) يمثل تكميم نتائج المقابلة للمعاش النفسي لدى الحالة 02

2.2.5 التعليق على منحنى المقابلة:

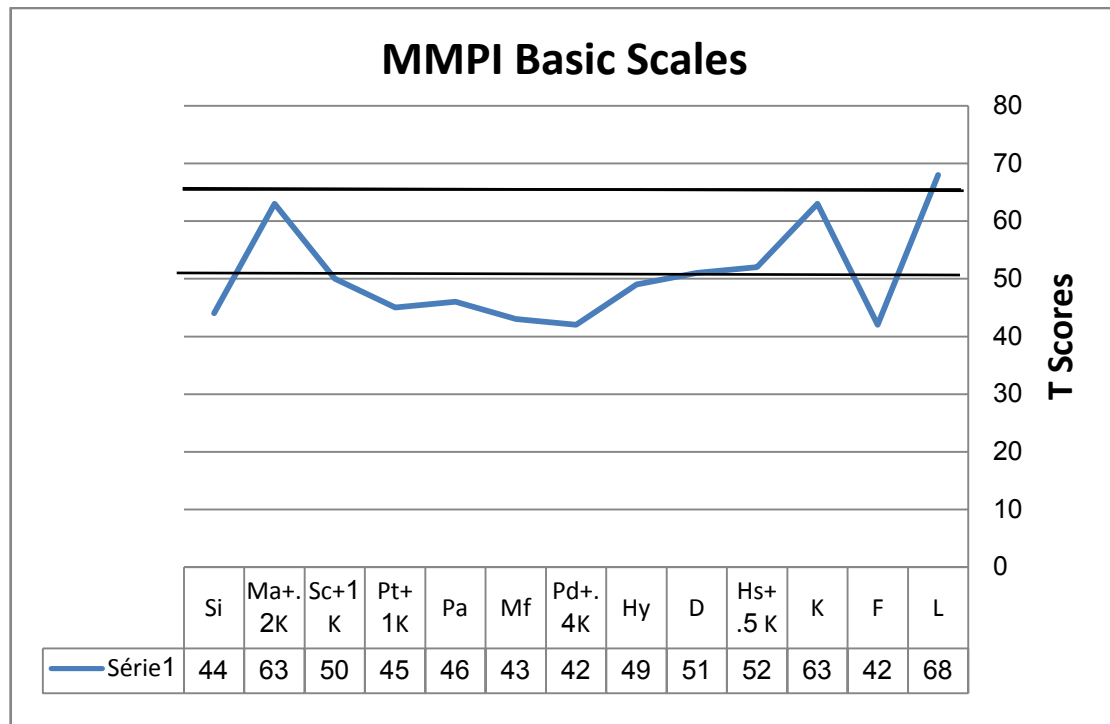
نلاحظ من خلال المنحنى ارتفاع متغير تقدير الذات بشكل واضح لدى الحالة، يليه كل من الاكتئاب والقلق والشعور بالذنب بدرجة واحدة، وبالرجوع إلى معطيات المقابلة والبيانات العامة للحالة، فتقدير الذات واضح لدى الحالة، كما هو متوقع أيضاً، حيث أن الحالة طالبة دوكتراه، وعلى أعتاب الزواج، ومحبوبة من بين أهلها، وتنال معاملة طيبة، ولها صداقات متينة، إضافة إلى شكلها واعتنائها بهندامها، كما تعتبر نفسها فخراً لأسرتها ولوالديها كما ذكرت في المقابلة، وبالتالي فإن أبعاد تقدير الذات التي أشار إليها رانجيت سينج و روبرت دييليو والمتمثلة في: المظهر المادي -التقدير المادي للذات-، وكذا أداء المهام - تقدير أداء المهام-، بالإضافة إلى العلاقات الشخصية - التقدير الاجتماعي للذات- (سينج و دييليو، مرجع

سابق ص 26)، وهذه كلها عوامل متوفرة لدى الحالة ، ولدى الحالة وعي وتقدير لهذه العوامل ،هذا بالإضافة إلى التكفل بالأم وأثره على معاشها النفسي وتقدير الذات، حيث فيما يخص السؤال المتعلق برأيها حول من يتكفل بوالديه قالت: "normalement يفتخروا برواحهم، لأنه خيرهم ربي يقوموا بهاد الخدمة مش أي إنسان يقوم بخدمة والديه"، ومن خلال هذا الجواب نلاحظ مدى التقدير الذي توليه الحالة للتكفل بالولي المسن والذي تمارسه بدورها، كدين لاعتمادها على أمها في صغرها حيث قالت خلال المقابلة: "في صغري كنت معتمدة عليها بلاك هاذ الاعتماد خلاني نحسها مسؤولة ميني أنا لازم نتكفل بيها"، نلاحظ هنا وعيا لدى الحالة بالدين الذي تدركه وتوظفه في تكفلها بأمها، بحيث تسعى لأن يكون في مستوى يليق بما نالته من أمها، ونجدنا هنا مضطرين للعودة لفكرة الشعور بالدين حيث كل عطاء يفرض عطاء — مضاد كمبادلة (Delannoy, 2000, p118). و رد دين الاعتماد قد تحقق نسبيا من خلال قول الحالة حيال ما غيره تكفلها بأمها في حياتها: "نحسها أنا ماماها مش هي ماما، شغل ولي العكس"، وعند الحديث عن تبادل أدوار الرعاية والاعتماد، لا بد من الرجوع إلى ما وصفت به الحالة أمها في بداية المقابلة: "هي الأم المثالية الفولاذية النموذجية هي جبل بصح حاستها بدات تهبط بالحجرة" ولعل هذا الجواب يمكن استغلاله في توضيح جزئيتين مهمتين من المعاش النفسي للحالة ألا وهما تقدير الذات، والاكتئاب، حيث تعتد بأمها وتعتبرها قالبا نموذجيا للأم المثالية، وتبادل الرعاية مع هذه الأم، يعني التقولب في قالب مثاليته لتقديم الرعاية التي تلقتها منها الحالة في طفولتها، ولعل هذا هو ما يعزز لدى الحالة شعور تقدير الذات من جهة والشعور بالذنب لعدم تقديمها ما فيه الكفاية والجزاء الكافي لأمها، وختام الجواب ينبؤ بمدى إقرار الحالة بوضع الأم وحزنها لذلك، ولعل هذا هو ما ساهم في رفع متغير القلق والاكتئاب لدى الحالة، حيث تعاني الحالة من مخاوف كبيرة من فقدان الأم، وتعيش حالة قلق انفصال واضحة المعالم من خلال تعبيرها عن مخاوفها، وآمالها، وكذا حزنها الشديد على الحالة الصحية للأم ، كما أنها خلال سؤالها عن نظرتها المستقبلية لحالة أمها الصحية، أجابت: "تنهد، ان شاء الله تتحسن، رانا كامل... (صمت) خدمتي أنه تتحسن أكثر، وين يقولولي كاين طبيب، كاين طريق ولو نسبة واحد بالمية ما مانفرطش فيها" من خلال الإجابة نلاحظ، القلق الكبير الذي تحمله الحالة إزاء الوضع الصحي للأم، فالتنهد إقرار بواقع الوضع، لكنها تداركته بتمني التحسن الذي فيه نوع من الإنكار لهذا الوضع الصحي للأم، خصوصا بعد الاستعانة بضمير الجمع حيث كانت ستشارك بقية أفراد العائلة في حديثها ، لكنها تداركت ذلك بصمت حاولت فيه أن ترصن مخاوفها وقلقها حيال الأم، لتواصل الحديث بعزم ونية جادة

في السعي لتحسين وضع الأم ، بإقرار ضمني بواقعه وبضرورة التحسن. ورغم هذا تجدر الإشارة أن مؤشرات القلق لدى الحالة من خلال المقابلة، كلها مرتبطة بمخاوفها وحيرتها حول الأم، ونجد هذا يتطابق مع تعريف **دافيدوف** للقلق ، حيث يعرفه بأنه : "انفعال يتميز بالشعور بالخطر المسبق، والتوتر، والحزن المصحوب بتيقظ الجهاز العصبي السيمثاوي" (دافيدوف، 2013، ص 95) . أما مؤشرات القلق العامة فلم تظهر لدى الحالة، وبهذا يمكن القول أنه قلق موضوعي، حيث يعزى إلى موقف محدد كما يحدث في زمن معين، ويعد حينئذ استجابة سوية، لموقف طبيعي يسبب القلق (عبد الخالق، 1998، ص 27)، ولعل هذا القلق الموضوعي رغم أهميته لدى الحالة إلا أنه لا يسبب لها عائقا حقيقيا، وذلك راجع لارتفاع تقدير الذات لديها، حيث أن تقدير الذات المرتفع يقود إلى مزيد من الكفاءة والفعالية، في التعامل مع الكثير من الضغوط الحياتية التي يواجهها الفرد (Abel, 1996)، أما في ما يخص الاكتئاب، فيمكن تفسيره من خلال القلق الموضوعي الذي تعانيه الحالة إزاء الوضع الصحي للأم، وبربطه بمجهودات الحالة في محاولة التحسين منه، إلا أن السيولة الطبيعية لحياة المسن تفرض دورها وهو ما لا تتقبله الحالة، بحيث يوقعها في دائرة من الإحباطات المتتالية، والحزن لما تؤول إليه حالة الأم، ما يهدد باليأس ووخز الضمير، إضافة إلى رفضها وإنكارها، لحالة الأم، وان اعترفت في بداية المقابلة بضعف الأم كواقع إلا أنها ترفضه وتحاول تجنبه بكل المساعي الممكنة.

إن هذا التلاحم المشكل بين كل القلق والشعور بالذنب والاكتئاب ، والتي تدور ثلاثتها في حلقة واحدة، بحيث يعزز كل متغير منها الآخر، تحاول الحالة تخطيه وتجاوزة من خلال الدعم العائلي لها، وكذا قوة صداقاتها، كلها هذا إضافة إلى مؤهلاتها، وتقديرها لذاتها المرتفع، كل هذا يسمح لها بالتوافق ، وتجاوز العديد من الصراعات التي تخلفها متغيرات معاشها النفسي المتضمنة للقلق والاكتئاب والشعور بالذنب، بحيث لا تظهر إلا في سياق موضوعي محدد، أو حتى هوامي حيث ذكرت خلال المقابلة أنها لشدة خوفها من فقدان أمها، كثيرا ما تتخيلها قد توفيت حقا، وتبكي بشدة كما لو أن الأمر قد وقع حقا، هذا المعاش الهوامي المتضمن لرحيل الأم، هو ما يعزز ويحي فيها روااسب الاكتئاب والقلق على حالة أمها والشعور بالذنب تجاهها.

2.2.6 عرض نتائج اختبار mmpi2:



شكل بياني (04) يمثل نتائج اختبار mmpi2 للحالة 02

إن نتائج الاختبار كما هي موضحة في المنحنى هي كالتالي:

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
68	42	63	52	51	49	42	43	46	45	50	63	44

متوسط ارتفاع البروفيل:

$$M = \frac{Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma}{8} = \frac{52 + 51 + 49 + 42 + 46 + 45 + 50 + 63}{8} = 31.84$$

رمز وولش يكون كالتالي: **L K / F 9-1 2 8 / 3 6 7 0 4 5**

درجة القلق المرتبط بالشعور بالذنب: **46**.

درجة تدني تقدير الذات: **38**.

2.2.7 تحليل نتائج الاختبار:

أ- سلام الصدق:

1- الكذب (I): نلاحظ أن الدرجة التائية بلغت 68، وهي درجة تفوق المتوسط بشكل واضح، ما يعني احتمال محاولات تزيف للإجابات للظهور بصورة أفضل، أو مقاومة الاعتراف ببعض الأخطاء الاجتماعية.

2- التكرار (F): نلاحظ أن هذا المقياس أقل من المتوسط حيث درجته التائية 42 وهو ما يشير إلى تجنب الحالة الاعتراف بعدد من الخبرات غير المألوفة، كما يشير الارتفاع في هذا المقياس إلى الإجابة بنوع من العشوائية، أو التزيف للأحسن، بحيث يُتوقع في هذه الحالة، انخفاض السلام الإكلينيكية الأخرى.

3- التصحيح (K): بلغت درجته التائية لدى الحالة 63، وهي في حدود المتوسط، وتشير هذه الدرجة إلى تكيف جيد، وحماس، وتنوع في الاهتمامات. ويصاحب ارتفاع الدرجة K انخفاضات في البروفيل العام للحالة، وهو ما رصدناه لدى الحالة فعلا.

ب- السلام الإكلينيكية القاعدية

1- توهم المرض (Hs): نلاحظ أن مستوى توهم المرض لدى الحالة يقع في المدى المتوسط العام، أي بين نقطتي القطع (50، 65)، بحيث تبلغ درجته التائية لديه حوالي 52، وهو ما يشير إلى أنه لدى الحالة عدد مألوف من الشكاوي البدنية، حيث أنها ليست منخفضة إلى درجة تكون فيها فاقدة للاستبصار بذاتها، ولا مرتفعاً بحيث تكون شديدة الانشغال بشكاويها الجسدية.

2- الاكتئاب (D): بلغت درجته التائية 51، وهي درجة في حدود المتوسط تشير إلى غياب المؤشرات التشخيصية العامة للاكتئاب، إضافة إلى غياب مؤشرات الهوس، بحيث تكون الحالة متوافقة اجتماعياً، ولها صداقات، وعلاقات اجتماعية، إلا أنها ثابتة.

3- الهستيريا (Hy): بلغت درجته التائية 49، وهي درجة في حدود المتوسط تشير إلى التوافق الاجتماعي، وحب الظهور الاجتماعي، ولفت الانتباه، لكن دون محاولات إغراء.

4- الانحراف السيكيوباتي (Pd): بلغت درجته التائية 42 تقع أقل من المستوى المتوسط بشكل كبير، توجد عادة هذه الدرجات، لدى الأفراد التقليديين، الأخلاقيين، المتمثلين والسلبيين ومجالهم محدود.

5- الذكورة – الأنوثة (Mf): بلغت درجته التائية 43 وهي أقل من المستوى المتوسط، وتشير إلى تبني الدور الجنسي النموذجي للمرأة ضمن المجتمع.

6- البارانونيا (Pa): بلغت درجته التائية 46، ويلاحظ كذلك أنها أقل من المستوى المتوسط، وتشير إلى شخصية تعيش حياتها بحذر غير مبالغ فيه، فلا يمكن وصفها لا بالسذاجة ولا بالشك.

7- السكاثينيا (Pt): بلغت درجته التائية 45 يلاحظ أيضا أنها أقل من المستوى المتوسط، تشير إلى شخصيات منظمة، ومتوافقة اجتماعيا، لها نوع من السخط على المخطئين والمذنبين.

8- الفصام (Sc): بلغت درجته التائية 50 وهي تقع ضمن العتبة السفلية لنقطتي القطع المتوسطتين، ما يشير إلى القدرات العقلية الخاصة بالخيال، مع استبعاد الذهان، أو الغرابة الفكرية.

9- الهوس الخفيف (Ma): بلغت درجته التائية 63 وهي ضمن النطاق المتوسط تشير هذه الدرجة إلى أن الفرد حيوي، وكثير النشاط ومقدام، وواثق بنفسه، ومتكيف اجتماعيا.

0 - الانطواء الاجتماعي (Si): بلغت درجته التائية 44 وهي في نفس سياق الدرجات السابقة لها، من حيث انخفاضها عن المتوسط، تشير هذه الدرجة إلى شخصية واثقة من نفسها، مرتاحة وقليلة الانفعال تبدو قليلة المشاكل وهادئة.

* إضافة إلى المقاييس الإكلينيكية فإننا نجد مقاييس المحتوى المتعددة، وقد تم حساب كل من مقياسي تدني احترام الذات، والقلق، وذلك لكونهما من بين متغيرات المعاش النفسي، حيث نلاحظ انخفاضاً في كل من هذين المقياسين، أي بما يقل عن المتوسط مثلما كان الأمر، مع بقية المقاييس السابقة.

2.2.8 التحليل الكلي للصفحة النفسية:

بالنظر إلى المنحنى العام للصفحة النفسية نلاحظ في مقاييس الصدق أن النسق العام للصدق كالتالي : **L F K**، وغالبا مثل هذا العميل يحاول تجنب أو إنكار المشاعر والدفعات والمشكلات غير المقبولة، وإظهار نفسه بأحسن صورة ممكنة، وهو يترع إلى أن يكون بسيطا، وأن ينظر إلى الحياة في ضوء طرفيها الجيد والسيئ، وهو متوافق اجتماعيا. يشيع هذا النسق بين الأسوياء الدفاعيين، وبين المستيريين، ومتوهمي المرض (كامل مليكة، مرجع سابق، ص 35)

وبالرابط بين المقياس **L** المرتفع، الذي يعني محاولة التزييف للأحسن، وبين المقياس **F** المنخفض الذي يعني كذلك محاولات التزييف للأحسن، أو أن الإجابات نتاج مسايرة اجتماعية عالية وحسب، وكذا بالربط بالمقياس **k** المتوسط، والذي يشير إلى شخصية دفاعية وإنكارية بشكل دال عياديا، إذا فبالربط بين مجمل هذه العناصر يجب لأخذ بعين الاعتبار أن الصفحة النفسية، لا تكون صادقة كثيرا في مثل هذه الحالات (الشايح، مرجع سابق، ص 12) حيث تميل أغلب المقاييس الإكلينيكية إلى الانخفاض عن المستوى المتوسط، وذلك نتيجة الإنكار الذي تزاوله الحالة عبر كل فقرات الاختبار.

أما فيما يتعلق بالمقاييس الإكلينيكية، فنلاحظ أن المنحنى بشكل عام يميل إلى الانخفاض دون المستوى المتوسط، وتجدر الإشارة هنا إلى القيمة التنبؤية للاختبار، بحيث أن الانخفاض الكبير على مقياس ما يشير إلى الإنكار الذي يمارسه المفحوص تجاه فقرات هذا الاختبار والتي غالبا ما تكون حساسة لديه، وتعتبر عن مخاوف أو رغبات يحاول طمسها، فتظهر على شكل أدنى درجة في المقياس (عز، مرجع سابق، ص 116) ويمكن تخيل الفرد هنا يقول: "أنا لا يمكن أن أكون هكذا، أو هذا الأمر لا يمكن أن يصفي" فيرفضه نهائيا وينكره، ويحاول طمسه، هذا الرفض القاطع يشير إلى تخوف الفرد من أن تنطبق تلك الفقرات عليه، ما يعني إمكانية انطباقها عليها فعلا، وهو حاليا في حالة عدم استبصار بما يعانيه، وغالبا ما تظهر بعد سنوات إلى أشهر على شكل اضطراب حقيقي لديه (كامل مليكة، مرجع سابق، ص 42) والحالة هنا نلاحظ لديها انخفاضا ملحوظا على مقياس الانحراف السيكوباتي، لكن لا يمكن الجزم بأن إجابات الحالات كلها كانت إنكارا، لأن الانخفاض على هذا المقياس يعني المسايرة الاجتماعية الشديدة، وبالتالي يمكن تفسير درجة هذا المقياس، بأن الحالة مسايرة اجتماعية بشكل شديد، ولها اتجاه سلبي شديد حيال الانحراف السيكوباتي

والمضادين للمجتمع، بحيث أن تجاوها السليبي الشديد لا يعكس تخوفها من ظهور الأعراض عندها ، وإنما يعكس نفورا لدى الحالة اتجاه المقياس، وكل هذ يؤكد مقياس الذكورة والأنوثة، الذي تدل درجته لدى الحالة على كونها تمثل الدور التقليدي للنموذج الأنثوي في مجتمعا.

وبالرجوع إلى أعلى مقياس إكلينيكي في صفحتها النفسية نلاحظ أنه الهوس الخفيف، رغم كونه يبقى في نطاق المستوى المتوسط، حيث يشير إلى أن الفرد غالبا ما يكون نشيطا وملئنا بالطاقة، وانبساطيا، وإبداعيا، وهو ما يتفق مع انخفاض مقياس الاكتئاب لدى الحالة، حيث أنه بالفعل خلال المقابلة، كانت الحالة حيوية، ومرحة، ونشطة، ومتفاعلة، وهو ما عكسته درجتها الفعلية على المقياس.

وبخلاصة لما سبق يمكن القول أنه رغم دفاعية الحالة، ومحاولتها التزييف والإنكار، إلى أنه بمقاييس الصدق الخاصة بالاختبار كان بالإمكان تلافي ذلك، وهذا من خلال التقنين الذي حظي به الاختبار، والذي سمح بتوقع انخفاض الصفحة النفسية، وهو ما حدث فعلا، وبالتالي فترتيب المقاييس يبقى دالا على الحالة إلا أن مستويات المقاييس، يتم تمثيلها بدرجات أقل فقط.

2.2.9 التحليل العام للحالة:

من خلال عرض نتائج تكميم المقابلة والتعليق عليها، ومن خلال عرض نتائج الاختبار، يمكن مناقشة المعاش النفسي للحالة، في ضوء النتائج التي توصلت لها الأداتان، بحيث أنه من خلال المقابلة يمكن ملاحظة أن مستوى تقدير الذات مرتفع جدا لدى الحالة، حيث كان خلال المقابلة مرتبطا أكثر بما تفكره الحالة عن نفسها، إزاء خدمتها وتكفلها بأمرها، وهو أمر تقدره الحالة، إضافة إلى نجاحها في بقية جوانب حياتها ما انعكس على رضاها التام عن نفسها، ووعيها بقدراتها ونجاحاتها، وحتى أدائها، وممارساته اليومية التي غالبا ما تكون لهدف ولغاية، حسبما ذكرت خلال المقابلة.

هذه الحلقة المتكاملة من تقدير الذات المرتفع والوعي بها، هو ما ساهم في مساعدة الحالة على التعامل مع باقي متغيرات المعاش النفسي التي ظهرت خلال المقابلة، فحسب كوبر سميث : فإن الأشخاص ذوي التقدير العالي يعتبرون أنفسهم أشخاص مهمين ولديهم فكرة محددة وكافية لما يظنونونه صوابا ، كما أنهم يملكون فهما طيبا لنوع شخصياتهم ، ويستمتعون بالتحدي و لا يضطربون عند الشدائد ، وهم أميل إلى الثقة بأحكامهم وأقل تعرضا للقلق (بلان، 2013، ص 14).

حيث أن الحالة خلال المقابلة تحدثت كثيرا عن قلقها ومخاوفها الشديدة تجاه أمها، والتخوف من فقدانها، وهو ما يشكل حالة خطر خارجية حقيقية مهددة، وبالتالي فقلقها موضوعي، لكن بالعودة إلى فرويد فإن الخوف أو العاطفة المفترض ارتباطها بتصور معين، لا تؤكد وتبرر في الحقيقة إلا إذا ربطناها بمكان مختلف كليا، فهو يظهر أن الرغبة هي رغبة مزاحة، وأن الخوف هو خوف مستبدل، بحيث يكون هناك صدى لعملية الكبت على العطفة، وهو تحديدا تجريدها من وضعها الخاص النوعي، وإسقاط أهليتها، وتحجيمها إلى هذا القلق الذي يعتبره فرويد نوعا من العامل المشترك الأدنى بين جميع المشاعر (لابلان و بونتاليس، 2011، ص 122) ما يعني أنه لا يمكن التأكيد على موضوعية القلق، وعلى التهديد الخارجي فيه فقط، وذلك لأنها لا تستطيع التحكم بشكل كاف في هذا القلق، ورغم وعيها واعترافها به، إلا أنها رغم ذلك، لا تستطيع تجاوزه حيث ذكرت أنها تعاني من أحلام يقظة كثيرة تتخيل خلالها، فقدانها لأمرها، وتبقى تبكي لأوقات طويلة، رغم علمها بعدم حقيقة هذه الأحلام، إلا أنها لا تستطيع التحكم في شدة الخوف الكبيرة التي تعريها، وهو يعزز احتمالية كون هذا الخوف في حقيقة الأمر خوفا مستبدلا، لا يعبر فقط عن حقيقة التجاذبات الوجدانية بين القلق، وانتظار التحسن لحالة أمها، وإنما له دلالة أخرى ذات معنى أعمق، لا تستطيع الحالة اكتشافها نظير عمل الكبت.

لكن من الواضح كونها ذات علاقة، بعلاقتها مع أمها. وبالرجوع إلى الأسباب التي يوردها فرويد على أنها الباعثة للقلق، فإننا نجد عوائق الإشباع الطبيعي، إذ أن عدم إشباع حاجات الفرد الأساسية، يؤدي إلى الشعور بالقلق وعدم الارتياح، (سلمان والكناني، 2016، ص 112) وبالتالي فالأم تشكل لدى الحالة موضوع حب قوي، وموضوع إشباع، التهديد بفقدانه يشكل خطراً خارجياً حقيقياً، وداخلياً من خلال ما يعنيه وجود الأم بالنسبة للحالة، وما تعنيه كموضوع حب لها.

إلا أن الحالة رغم كل ما تم ذكره يبقى قلقها مرصناً بشكل ما من خلال استثمارها الدائم في الأم كموضوع حب، وحتى من خلال الانتظارات التي لازالت تنتظرها الحالة وتعتقد على مآل تحسن أمها، وكذا من خلال المساعي التي تسعها في سبيل هذا التحسن، وهو ما انعكس على مستوى القلق بشكل عام لديها، حيث أنه من خلال اختبار mmpi2، ظهرت الدرجة التائية للقلق والشعور بالذنب في المستوى المتوسط، ما يؤكد على جهتين إحداهما وجود القلق كمتغير حاضر ضمن معاشها النفسي، والثانية ترصين هذا القلق بحيث لا يفوق المعدل الطبيعي، ولعل ما ساعدها هو مستوى تقدير الذات العالي الذي ظهر خلال المقابلة عبر جميع مؤشرات تقدير الذات، فعلى سبيل المثال في إجابة لها على سؤال: "كيف ترين نفسك كابنة؟" قالت: "كابنة لماما؟ بلاك الطفلة اللي تفخر بيها وتمناها أي أم، وأنا هي ثاني بالنسبة لي نفس الشيء"، ومن خلال هذه الإجابة، نلاحظ عياناً تقدير الذات لدى الحالة، ووعيها التام بما تمثله لأمها، وتأكيداً على أن أمها تعني نفس الشيء بالنسبة لها أيضاً، ولعل هذا التأكيد قد يكون ترصيناً لفكرة الخوف من فقدان الأم الفخورة بها.

كما ظهر تقدير الذات المرتفع لدى الحالة عبر اختبار mmpi2، حيث بلغت الدرجة التائية لتدني تقدير الذات 38، وهي دون المستوى المتوسط بشكل واضح، ما يؤكد على كون هذا المتغير أي تقدير الذات حاضراً بقوة، وبشكل يسمح للحالة بتوجيهه في التكيف والتوافق مع حالة الأم الحالية، وتأدية واجب التكفل بها على أتم وجه، وبمثالية.

معيار المثالية هذا هو ما يسبب ظهور مشاعر الذنب لدى الحالة خلال المقابلة، حيث واضبت على ذكر رغبتها في تقديم الأفضل لها، ففي ما يخص تقييمها لنوعية التكفل الذي تقدمه لأمها قالت: "قطرة من بحر، وش راني ندير ما يسوى والو قدام وش قدمتلي يكفي كي تقولي نشوفك طفلة صغيرة"، من خلال هذه الإجابة يتضح لنا أيضاً ورود فكرة الدين مجدداً، والذي تضعه الحالة دوماً في اعتبارها خلال علاقتها مع أمها، وهذا الحضور الدائم للدين كرابط علائقي لا يحمل معنى استرجاع قرض، أو تسديد قرض، لأنه بهذا المعنى يعني أن الرابط

ثقيل ولا يحمل دلالات عاطفية، لأن الشعور بالدين في حقيقته يخلق رابطاً بين الأشخاص، غياب هذا الشعور بين الوالدين وأطفالهم يعني غياب الرابط بينهما (Delannoy, 2000, p118)، ومن هنا يمكن فهم الشعور بالدين كـرابط علائقي، وأرضية أساسية تمهد لعلاقات قوية مبنية وفقاً لرباط الدين المتين.

قوة هذا الرابط العلائقي تشير إلى قوة العطاء الممنوح وأثره على الأطفال، ما ينعكس في شكل إلزام علائقي محب لرد قليل من هذا العطاء، وفي هذا السياق نذكر هنا إجابة الحالة حيال ما إذا كان التكفل يسبب ضغطاً لها، حيث أجابت: "حتى لو كان ضغط مدهش من الضغوط التي نتعرض منها، ضغط عن طيب خاطر"، هذه الإجابة توجز كل ما قلناه حيال الإلزام العلائقي المحب، الذي لا يرفضه الأبناء، ولا يتهربون منه، لأنه مؤسس على رباط علائقي متين مكمل بالعطاء، الذي تحاول الحالة رده، لكنه لقيمته الثمينة عندها، لا ترى نفسها بأي شكل من الأشكال قادرة على تقديم ما يعادله، وهو ما ترجمه في شكل مشاعر ذنب، تحركها حلقة من الأفكار والمشاعر، أولها فكرة ضرورة رد الدين امتناناً، لكن الدين كان عظيماً ولا يمكن تسديده، وافترض إمكانية تسديده هو تقليل من شأنه، وفي نفس الوقت عدم تسديده هو تقصير في حق الدين وفي حق الولي، ومحاولة تسديده مع الاقتناع بعدم إمكانية تسديده على الشكل الذي يليق به، يخلق شعوراً بالتقصير واللوم الموجه نحو الذات، وافترض الخطأ رغم عدم وقوعه، والإحباط لهذا العجز، وهو ما يعد الأرضية الأولى لمعاش الاكتئاب ومشاعر الحزن والضيق المرافقة له، وقد ظهر الاكتئاب بشكل جلي لدى الحالة من خلال مؤشرات المقابلة، وبالعودة إلى أحد هذه المؤشرات في السؤال 28 حول ما تحس به عندما تفكر في حالة أمها، أجابت: "حزن، حيرة، غيضي، ومرات نتقلق كي نخمم في حالتها"، كما ظهر الاكتئاب من خلال اختبار mmpi2، حيث بلغت درجته التائية لدى الحالة 51، وهي درجة ضمن المدى المتوسط للاختبار، تعبر هذه الدرجة عن وجود مشاعر من الحزن والاعتلال، والضيق، إلا أنها ترتبط بمواقف معينة، ولا تعيق التوافق الاجتماعي للفرد، ولا تسيطر عليه دائماً، وهو ما ينطبق مع الحالة حيث أن مشاعر الاكتئاب تعتبرها عند التفكير في حالة أمها، وافترض الأسوء، لكنها لم تعط أي مؤشر لظهور هذه المشاعر خارج نطاق موضوع أمها.

2.3 تقديم الحالة 03:

الحالة تاجر، يبلغ من العمر 40 سنة، مستواه الاقتصادي متوسط، مستواه التعليمي 9 أساسي، متزوج وأب لـ 3 أطفال بنت وولدين، عدد الإخوة 7 وترتيبه بينهم الخامس.

2.3.1 ملخص المقابلة:

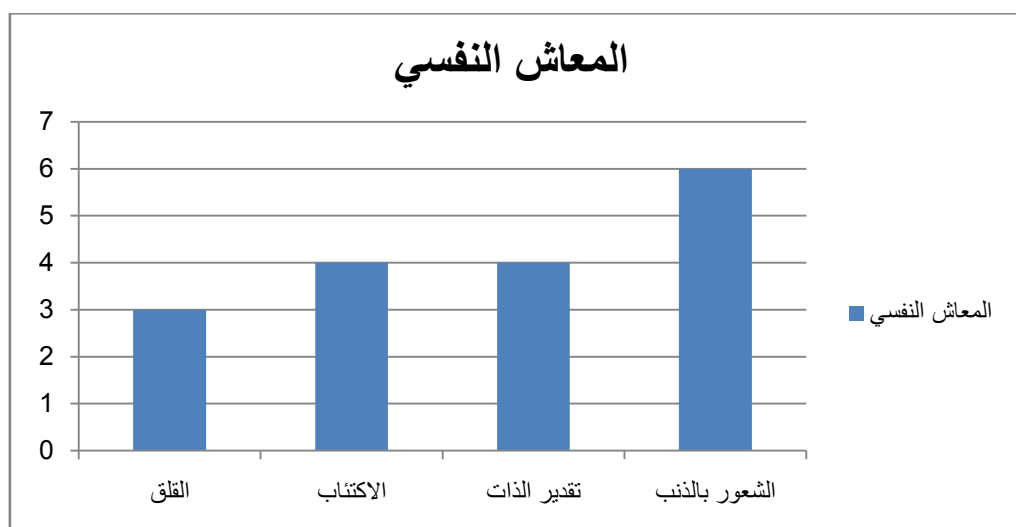
تمت المقابلة بالاستعانة بأخصائي نفسي آخر للتطبيق مع الحالة، وذلك نظرا لصعوبة اللقاء مع الحالة، وتعذر قدومه لمركز المساعدة النفسية الجامعي، ما دفعنا للاستعانة بأخصائي قريب من الحالة، بحيث يسهل لقاءه معه، وهو أمر بالإمكان مادام الأخصائي ملما بإجراءات التطبيق كاملة (كامل مليكة، 2000، ص 13) إضافة إلى وجود دليل خاص بالمقابلة. تم تطبيق كل من المقابلة وفق دليل المقابلة، واختبار mmmpi2 خلال جلسة واحدة، وقد كان خلالها حسب ملاحظات الأخصائي المطبق متحفظا، ويراقب نفسه، ويحاول العثور على الإجابات الصحيحة، كما كان كثير الانشغال بما حوله، وتميزت إجاباته بالكثير من الكف، يرعى الحالة أمه التي تبلغ من العمر 65 سنة، وتتلخص أهم جوانب التكفل في الجوانب المادية، والسكن والصحية، إضافة إلى بعض الجوانب الاجتماعية، بدأ تكفله بأمه منذ سنة 1991، أي بعد طلاقها من الأب وهو وقت انشقاق الأسرة حسب وصفه، وقد كان عمره حينها 15 سنة، وانشقت الأسرة بعد ذلك، وبقي هو وأمّه رفقة أخواته، ما اضطر أمّه للتكفل بهم، وقد عانت في ذلك كثيرا، وهو ما أثر في الحالة كثيرا، أوقف الحالة دراسته سنة 1993، لتدهور الحالة المعيشية، رغم أن الأب كان هو المنفق الرئيسي إلا أن ذلك كان غير كاف خصوصا وأنه لم يكن ينفق بشكل منتظم، لكن بحلول سنة 1997 تحمل الحالة مسؤولية الإنفاق المالي بشكل كامل، حتى تجهيز أخواته الأربعة، ولازال متحملا لهذه المسؤولية إلى يومنا هذا، رفض الحالة مصطلح "التهلية" العامي ورآه على أنه كبير جدا، ولا يستطيع أن يوفيه حقه، واستبدله بمصطلح الرفقة. كان الحالة خلال المقابلة يجيب باللغة العربية، رغم أن أسئلة المقابلة كانت باللغة العامية، وعند تماشى الأخصائي معه وطرح الأسئلة باللغة العربية، عاد المفحوص للإجابة باللغة العامية، أكد كثيرا خلال المقابلة على واجب الرعاية، وربطه كثيرا بالالتزام الديني، وقد بين كثيرا التزامه الديني الشديد. كما ركز كثيرا على تقديره لتعب أمّه وجهودها في التكفل به هو وأخواته، ففكرة الدين ضرورة رده حاضرة بقوة لديه خلال المقابلة.

2.3.2 تكميم نتائج المقابلة:

تم تكميم نتائج المقابلة وفقاً لما تم توضيحه مسبقاً، وكانت نتائج التكميم كالتالي:

القلق: 03. الاكتئاب: 04. تقدير الذات: 04. الشعور بالذنب: 06.

2.3.3 تمثيل نتائج التكميم في منحنى بياني



رسم بياني (05) يمثل تكميم نتائج المقابلة للمعاش النفسي لدى الحالة 03

2.3.4 التعليق على منحنى المقابلة:

نلاحظ من خلال المنحنى، ارتفاع الشعور بالذنب لدى الحالة بشكل واضح مقارنة مع بقية المتغيرات، يليه تقدير الذات والاكتئاب بشكل أقل، ومن ثم القلق في مستوى منخفض جداً مقارنة ببقية المتغيرات، وبالرجوع إلى البيانات العامة للحالة ومعطيات المقابلة، فالحالة كان يصرح بشكل واضح عن مشاعر الذنب لديه، الممثلة في تخوفه من الخطأ مع أمه، في تفاصيل صغيرة قد لا ينتبه لها وترزعجها، كما أن التزام الحالة الديني هو ما يشكل له مخاوفه حيال الخطأ أو التقصير في حق أمه، حيث يعتبر التكفل واجبا دينيا، وهو ما يضعنا أمام فكرة إلزامية التكفل وضرورته أمام الواجب الديني، لهذا نلاحظ ارتفاع الشعور بالذنب في ظل انخفاض القلق والاكتئاب، لأن الإلزام الديني بالتكفل هو المحرك لمشاعر الذنب، كما من خلاله يتم التكفير، فمثلا عند سؤاله عن إحساسه وتصرفه إذا ما أخطأ في حق شخص ما قال: "أول شيء إذا لظت لازم نصلحها، إذا كان حق معنوي لازم نراجع، وإذا كان مادي لازم نخلص لأنه داخل في الدين"، كما نلاحظ من خلال السؤال فإن

الحالة قد تجاوز جانب المشاعر ليمر فوراً إلى الفعل للتطهير والتكفير، لأن مشاعر الذنب عنده لا ترتبط بمشاعر قلق أو اكتئاب، بل هي اتجاه ديني يصرح به على أساس من التقصير والتكفير لكسب الثواب، ولذا فإن الالتزام الديني يخفف من مشاعر الذنب لدى الفرد، من خلال السبل التطهيرية، وهو ما أثبتته دراسة **الحجار ورضوان 2005**، يعتقد الباحثان أن تلك النتيجة تؤكد حرص طلبة الجامعة على الوصول إلى أقصى درجات الفضيلة؛ بحيث ينتابهم الشعور بالذنب عند ارتكابهم ما يخالف مفاهيم الفضيلة لديهم، وإن هذا الشعور هو شعوراً إيجابياً وليس سلبياً كالذي يظهر عادة عند مرضى الاكتئاب، وهذا يتفق مع دراسة (others & Bergin, 1987)، والتي كان من أهم نتائجها أن مرتفعي التدين من الذكور والإناث أقل حدة في أعراض الاكتئاب من متوسطي و منخفضي التدين، أي أنه كلما كان الفرد أقل تديناً كلما كانت أعراض الاكتئاب لديه أكبر، وهذا يعزز من دور التدين في خفض مشاعر الذنب السلبية لدى الإنسان.

والالتزام الديني للحالة لا ينعكس على تسيير مشاعر الذنب فقط، بل حتى ينعكس على مشاعر الاكتئاب والتي ظهرت منخفضة نوعاً ما من خلال مؤشرات المقابلة، وهو ما تؤكدته دراسة **موسى 1999** توصلت الدراسة إلى أن الأفراد مرتفعي التدين من الذكور والإناث أقل في الأعراض الاكتئابية من الأفراد متوسطي التدين من الذكور والإناث وكذلك أقل من منخفضي التدين من الجنسين، أن متوسطي التدين من الذكور والإناث أقل حدة في الأعراض الاكتئابية من منخفضي التدين من الجنسين . وهو ما لاحظناه لدى الحالة بالفعل.

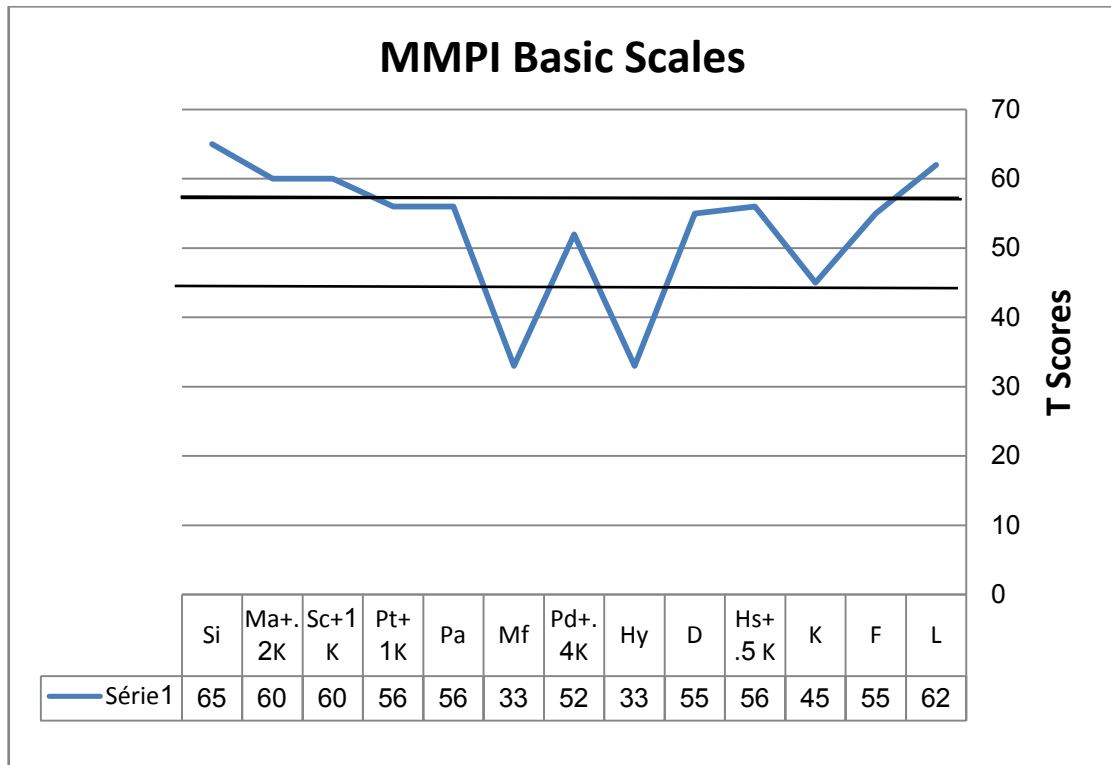
وأمام متغير الالتزام الديني الذي نلاحظ أنه يفرض حضوره بقوة على متغيرات المعاش النفسي، يجب الحديث عن طبيعته أو أكثر ما يحركه وهو ميكانيك الإغلاء حسب **فرويد Freud**، حيث يعتقد أن الإغلاء هو عملية تحويل لطاقة الليبيدو من شكلها البدائي الفج إلى ميدان آخر. فالفرد الذي يشعر بالرغبة في العدوان يمكن أن يعلى هذا الدافع إلى بعض الأنشطة الرياضية كالملاكمة أو المصارعة أو الصيد أو قطع الأشجار. وقد يتجه إلى بعض المهن التي تشبع فيه هذا الدافع ولكن بطريقة يرضى المجتمع عنها كالجراحة أو الجزيرة ويمكن إغلاء الدافع الجنسي إلى الأعمال الرياضية و الفنية التي تمتص فائض طاقته لذلك يطلق على هذه العملية كلمة التصعيد. بمعنى الإغلاء أو التسامي بالغرائز و الدوافع الغير مهذبة و ذلك لحماية ذات الفرد و للحماية من الانحراف في الاتجاهات التي يمتنعها المجتمع المثالي. و تفيد عملية التسامي هذه كل من الفرد و المجتمع فهي تفيد

الفرد لأنها تؤدي إلى خفض حالة التوتر عنده و تخميه من الانحراف أو من الشعور بالذنب (سامر جميل رضوان، 2007، ص 239) .

وبالتالي فمشاعر القلق، والاكتئاب مرصنة من خلال ميكانزم الإعلاء، وهو ما يفسر انخفاضها رغم ارتفاع مشاعر الذنب التي تجد منافذها التطهيرية لدى الحالة من خلال التزامه الديني، إلا أن انخفاض تقدير الذات لا يمكن تفسيره من خلال، ميكانزم الإعلاء الذي يشير إلى تحويل سام للطاقة اللبديية في شكل يقبله ويقدره المجتمع، وبالتالي يجب الرجوع إلى المعطيات العامة للحالة، والتي تشير إلى انخفاض مستواه التعليمي، ومع ربطها بطريقة إجابته خلال المقابلة، والتي تعتمد أن تكون باللغة العربية، لينقل للأحصائي الصورة التي يريد أن يظهر بها، والتي يراها مثله، وذلك كونه أحد عينات الدراسة، إضافة إلى تحسره على اضطرابه لترك دراسته، من أجل إعالة عائلته، كل هذا يفسر تدني تقدير الذات الذي رصدته المقابلة.

إلا أن القلق يبقى هو أكثر متغير منخفض حسب نتائج المقابلة، ويمكن تفسير ذلك بالرجوع إلى بيانات المقابلة، حيث أن الحالة أظهر منذ بداية المقابلة عدم وجود قلق أو مخاوف ترتبط وحالة أمه، بحيث أجاب عن كل الأسئلة المتعلقة بذلك بواقعية ومنطقية وعقلنة، دون إظهار مؤشرات قلق، لكن تعليقا على مجريات المقابلة، فإن الحالة أبدى الكثير من الكف، والتجنب، وهو ما قد يكون مؤشرات كامنة للقلق لديه.

2.3.5 عرض نتائج اختبار mmpi2:



شكل بياني رقم (06) يمثل نتائج اختبار mmpi2 للحالة 03

إن نتائج الاختبار كما هي موضحة في المنحنى هي كالتالي:

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
62	55	45	56	55	33	52	33	56	56	60	60	65

متوسط ارتفاع البروفيل:

$$M = Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma / 8 = 56 + 55 + 52 + 56 + 56 + 60 + 60 / 8 = 49.37$$

رمز وولش يكون كالاتي: L- F/ K 3 5 : 4 2 7 6 1 - 9 8 0

درجة القلق المرتبط بالشعور بالذنب: 85

درجة تدني تقدير الذات: 58.

2.3.6 تحليل نتائج الاختبار:

أ- سلام الصدق:

1- الكذب (I): نلاحظ أن الدرجة التائية بلغت 62، وهي درجة تقع ضمن المتوسط، ما يعني أن الفرد له انصياع اجتماعي نوعا ما، كما أن لديه نزعة إلى الالتجاء إلى ميكانزمات الإنكار، فهو لا يحاول التزييف بقدر ما يحاول التحفظ والإنكار.

2- التكرار (F): نلاحظ أن هذا المقياس يقع ضمن المتوسط حيث درجته التائية 55 وهو ما يشير إلى تجنب الحالة الاعتراف بعدد من الخبرات غير المألوفة، أو أن إجاباته تقع ضمن المتوسط.

3- التصحيح (K): بلغت درجته التائية لدى الحالة 45، وهي أقل من المتوسط، وتشير هذه الدرجة إلى استعداد الفرد للاعتراف بعدد مألوف من الخبرات غير العادية، كما تشير إلى تقييم ذات متوازن، وتكيف جيد.

ب- السلام الإكلينيكية القاعدية

1- توهم المرض (Hs): نلاحظ أن مستوى توهم المرض لدى الحالة يقع في المدى المتوسط العام، أي بين نقطتي القطع (50، 65)، بحيث تبلغ درجته التائية لديه حوالي 56، وهو ما يشير إلى أنه لدى الحالة عدد مألوف من الشكاوي البدنية، حيث أنها ليست منخفضة إلى درجة يكون فيها فاقدا للاستبصار بذاته، ولا مرتفعا بحيث يكون شديد الانشغال بشكاويه الجسدية.

2- الاكتئاب (D): بلغت درجته التائية 55، وهي درجة في حدود المتوسط تشير إلى غياب المؤشرات التشخيصية العامة للاكتئاب، إضافة إلى غياب مؤشرات الهوس، بحيث تكون الحالة متوافقة اجتماعيا، ولها صداقات، وعلاقات اجتماعية، إلا أنها ثابتة، كما قد تعكس اتجاهاته وسلوكاته أعراضا اكتئابية.

3- الهستيريا (Hy): بلغت درجته التائية 33، وهي درجة أقل من المتوسط، يترع العمل فيها إلى أن يكون ساخرا ولاذعا في سخريته، ومعزولا اجتماعيا، لديه دفاعات قليلة ينظر إليه بوصفه أنه ذو اهتمامات ضيقة، وأنه مساير اجتماعيا

4- الانحراف السيکوباتي (Pd): بلغت درجته التائية 52 و تقع ضمن المستوى المتوسط، يكون فيها العميل لديه عدد مألوف من الشكاوي من السلطة والاعتراب، والملل.

5- الذکورة – الأنوثة (Mf): بلغت درجته التائية 33 وهي أقل من المستوى المتوسط، وتشير إلى تبني الدور الجنسي النموذجي للرجل ضمن المجتمع، مع اهتمامات ذكورية تقليدية جدا، بحيث يتوحد بقوة م الدور التقليدي، وقد يكون قهريا وغير مرن فيما يتعلق بذكورته.

6- البارانونيا (Pa): بلغت درجته التائية 56، ويلاحظ كذلك أنها ضمن المستوى المتوسط، وتشير إلى شخصية شديدة الحساسية ومتشككة، كما قد يشر أنه لم يعامل كما ينبغي أن يعامل، أو عومل بسوء.

7- السكاتينيا (Pt): بلغت درجته التائية 56 يلاحظ أيضا أنها ضمن المستوى المتوسط، تشير إلى شخصيات قلقة نوعا ما، ومتردة ومتوترة، وقد توجد مشاعر بالذنب، وغالبا ما يكونون متصليين وتقليدين.

8- الفصام (Sc): بلغت درجته التائية 60 وهي تقع ضمن المدى المتوسط، ما يشير إلى القدرات العقلية الخاصة بالخيال، مع استعداد للذهان، كما تشير إلى العزلة والانطوائية، والرغبة في تفادي الناس، والشعور بالدونية.

9- الهوس الخفيف (Ma): بلغت درجته التائية 60 وهي ضمن النطاق المتوسط تشير هذه الدرجة إلى أن الفرد حيوي، وكثير النشاط، ومقدام، وقد يكون ممن يعبرون صورة ظاهرة عن عدم الشعور بالرضا، إذا لم تتم معاملتهم وفقا لما يتوقعون.

0- الانطواء الاجتماعي (Si): بلغت درجته التائية 65 وهي في نفس سياق الدرجات السابقة لها، من حيث وقوعها في المدى المتوسط، إلا أنها هي أعلى درجة للحالة على جميع المقاييس الاكلينيكية تشير هذه الدرجة إلى شخص منطوي وخجول نوعا ما، يشعر بالذنب، مع احتمال وجود الاكتئاب لديه، مطيع ومسائر اجتماعيا، محل للثقة، يقدر العمل، وغالبا ما تكون لديه القدرة على التفاعل مع الآخرين ولكنه لا يفضل ذلك بشكل عام.

* إضافة إلى المقاييس الإكلينيكية فإننا نجد مقاييس المحتوى المتعددة، وقد تم حساب كل من مقياسي تدني احترام الذات، والقلق، وذلك لكونهما من بين متغيرات المعاش النفسي، حيث نلاحظ ارتفاعا متوسطا في كل من هذين المقياسين، أي بما يقع ضمن المتوسط مثلما كان الأمر، مع بقية المقاييس السابقة.

2.3.7 التحليل الكلي للصفحة النفسية:

بالنظر إلى المنحنى العام للصفحة النفسية نلاحظ في مقاييس الصدق أن النسق العام للصدق كالتالي: LFK ، في هذا النسق تقع المقاييس الثلاثة، على منحدر سالب، تكون فيه الدرجة $L=60$ ، أعلى من الدرجة $F=50$ ، وهذا الأخير يكون أعلى من K ، ويكون الفرد هنا عادة غير حذق لكنه رغم ذلك يحاول الظهور بمظهر حسن، وعادة يكون في مستوى اقتصادي وتعليمي منخفض، ولا تصلح التدخلات السيكولوجية مع الفرد هنا عادة، لأنه غير معترف بمشكلاته (كامل مليكة، مرجع سابق، ص 36)

وبالنظر إلى أعلى درجة حصل عليها العميل وقد كانت على مقياس الانطواء الاجتماعي، ويشير ذلك إلى عدم الارتياح في أي موقف يتضمن علاقات مع الآخرين، وقد يكون السبب توافقا شبه فصامي، أو استجابة عصابية، أو مجرد تفضيل لطراز حياة، ومع انخفاض الدرجة التائية للهيستيريا بشكل واضح عن المستوى المتوسط، والارتفاع النسبي في المقاييس الذهانية، يرجح هنا أن يكون السبب استجابة عصابية، أكثر منها طراز حياة.

وكما نلاحظ من الصفحة النفسية، أغلب المقاييس تقع في المدى المتوسط، إلا أن مقياسي الذكورة والهيستيريا يقعان أسفل المتوسط بشكل ملحوظ جدا، ما يخلق بروفيلاً مدبباً نحو الأسفل، أما في المقارنة ما بين المقاييس العصابية والذهانية، نجد أن المقاييس الذهانية هي الأعلى بشكل ملحوظ، إلا أنها تبقى ضمن المدى المتوسط، بحيث ليست مرتفعة بشكل يسمح بافتراض الاضطراب، إلا أن ارتفاعها يشير إلى احتمال وجود غرابة في الفكر وفي السلوك، لأن الدرجات المرتفعة من البروفيل تقع في الجانب الذهاني لمخطط الصفحة النفسية، وتنحدر بشكل واضح في المدى العصبي، وبالعودة إلى مقاييس الصدق، نلاحظ انخفاض المقياس K وكذلك F وهو ما يشير محاولة إنكار ماهو حقيقي وشخصي، والاستعداد للاعتراف بالخبرات الغريبة، إضافة إلى انخفاض مستوى صدق الصفحة النفسية بارتفاع المقياس L ، وفي ضوء النسق الكلي لمقاييس الصدق LFK، والذي يشيع بين ذوي المستوى الاقتصادي والتعليمي المنخفض، مما يرجح عدم قدرة الحالة على الفهم الجيد والتعامل مع فقرات الاختبار، حيث أن المقياس K ، يشير إلى اتجاه المفحوص نحو الاختبار، ومدى قدرته على أن يكون متعاوناً خلاله، ومدى استعداده للتعامل معه، ومدى قدرته على ذلك أيضاً (عز، مرجع سابق، ص

كما يمكن تحليل البروفيل من خلال ارتفاع أعلى مقياسين أو ثلاثة مقاييس إكلينيكية أو شريطة أن يكون الفرق بين الدرجة الأقل في هذه المقاييس أعلى بخمس درجات تائية على الأقل من أعلى درجة في بقية المقاييس الفردية (الشاي، مرجع سابق، ص 21)، وهو ما تحقق لدى الحالة وذلك عبر مقياسي الانطواء الاجتماعي الذي بلغت درجته التائية 65، وبين الفصام الذي بلغت درجته التائية 60، وبالجمع بين هذين المقياسين، نجد احتمالية وجود الغرابة والعزلة الاجتماعية، والانطواء، وهي بعض مؤشرات الفصام حسب تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 للفصام، لكن إذا وضعنا بعين الاعتبار، نسق الصدق وما يعنيه، إضافة إلى محاولته إنكار ما له علاقة وثيقة به، والتعبير عن كل التجارب الغريبة التي خاضها، هذا ما يجعل تفسير هذا النسق الذي حصل عليه الحالة أكثر قربا، بحيث لا يعبر عن اضطراب بقدر ما يعبر عن سمات لديه تسودها الغرابة.

2.3.8 التحليل العام للحالة:

من خلال عرض نتائج المقابلة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، يمكن أولا الاتفاق على النقاط المشتركة التي اتفقت عليها الأدوات، حيث رصد كل من اختبار مينسوتا والمقابلة انخفاض تقدير الذات لدى الحالة، كما نلاحظ ارتفاع مستوى الشعور بالذنب خلال كل من نتائج المقابلة و مقياس القلق والشعور بالذنب من اختبار مينسوتا، بينما نلاحظ تقاربا في مستوى الاكتئاب الذي رصده المقابلة على أنه منخفض بينما رصده الاختبار على أنه متوسط، إلا أن الاختلاف كان بين مستوى القلق الذي كان منخفضا حسب نتائج المقابلة، ومرتفعا حسب نتائج الاختبار.

إن انخفاض تقدير الذات لدى الحالة، لا يمكن تفسيره بشكل أفضل بعيدا عن الاختلاف بين واقع الحالة المعاش وبين ما كان يطمح إلى تحقيقه ويتمناه، بإتمام دراسته، إن العلاقة بين مفهوم الذات والتحصيل قوية ووثيقة إذ يمكن القول أنه كلما زاد أحدهما أثر في الثاني بشكل إيجابي، وتشير الدراسات إلى أن الأفراد ذوي التحصيل المنخفض غالبا ما يميلون إلى أن يكونوا مشاعر سلبية اتجاه أنفسهم، في حين يميل الأفراد ذوو التحصيل العالي إلى تكوين مفاهيم ومشاعر إيجابية حول أنفسهم وحول جميع ممارساتهم وأدائهم (آيت مولود، 2012، ص 45)

بالإضافة إلى أن عدم تطابق الذات الواقعية مع الذات المرغوبة، يولد مشاعر انتقاص وتقليل من شأن الذات، حسب نظرية روزنبرج ، حيث يرى هذا الأخير أن الذات الحالية أو الموجودة هي كما يرى الفرد ذاته وينفعل بها ، بينما الذات المرغوبة هي الذات التي يحب و يتمنى أن يكون عليها الفرد، وكلما كان الاختلاف كبيرا، كلما انخفض تقدير الفرد لذاته الموجودة (عبد الأمير ، 2011، ص 50)

وهو ما يبرر انخفاض تقدير الذات لدى الحالة، ورغم تكفله بأمه، وهو ما يعد واجبا اجتماعيا، يلقي تلميذا وتقديرا من طرف المجتمع وهذا أحد العوامل المساهمة في ارتفاع تقدير الذات لدى الفرد، إلا أن اعتبار الحالة لهذا التكفل إلزاما دينيا وواجبا ومسؤولية، فلا يجد القبول الاجتماعي صداه عنده، حتى أنه يزعمه، حيث قال خلال المقابلة فيما يخص تقدير المجتمع له حيال تكفله بأمه : "الناس يقدروني يمجرونني، تقديرهم يرحمني، هذا واجبي"، إضافة إلى أنه من خلال نتائج الاختبار ظهر الميل للانطواء والانسحاب الاجتماعي لدى الحالة، وهو ما يفسر عدم اهتمامه بالتقدير الاجتماعي له، وبالتالي لا يمكن له أن يستثمر هذا التقدير في تعزيز تقديره بذاته.

أما فيما يخص الشعور بالذنب والذي تم رصده بشكل واضح خلال المقابلة، وكذا عبر المقياس المشترك للقلق والشعور بالذنب، فقد تم تفسيره من خلال المقابلة بالالتزام الديني الذي يعد هو المحفز والمظهر للشعور بالذنب لديه، وبالمقارنة مع نتائج الصفحة النفسية للحالة، نجد مدى الانسحاب الاجتماعي الكبير، وهو ما يؤكد على أن الحالة، لا يولي المجتمع المحيط به اهتماما كبيرا، حيث أن ميله للوحدة كبير جدا، هذا الميل نحو الوحدة، والشعور بالاغتراب في مجتمعه، لا يجد له تعويضا بديلا سوى في الالتزام الديني، فالترامه الديني هذا يعد محورا رئيسيا بالنسبة إليه تنتظم حوله الكثير من سلوكياته، ومشاعره، وواجباته، وبالتالي فالمعيار الديني، هو من يحدد الخطأ من الصواب، وهو من يسمح بتكفير الخطأ وتجاوزته، وتحقيق التوافق النفسي عند الامتثال، وهو ما تؤكد به دراسة الحيش 1996، حيث بينت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين الطلبة الملتزمين دينيا وغير الملتزمين لصالح الطلبة الملتزمين دينيا.

حيث يشكل الدين بالنسبة للحالة معياره الذي يحدد من خلاله، واجباته والتزاماته، وحتى مكافآته، حيث قال خلال المقابلة في الإجابة عن سؤال حول ما إذا كان سعيدا فأجاب : "والله-ضحك- السعادة انما هي في تقوى الله، أما في الدنيا مكانش وحتى تحقق الدنيا كامل، ترغب في حوايج لكن لما تحققهم يبانولك والو" ومن هذه الإجابة نلاحظ مدى أهمية الجانب الديني وقوته لدى الحالة، واستثماره على مستوى معاشه

النفسي، بحيث يسهم في تخفيف الاكتئاب لديه، والذي كان منخفضا في المقابلة، خصوصا وأن مؤشراتته ترتبط بأبعاد التكفل بالأم في المقابلة، وهي وضعية يبدي الحالة فيها منطقية وعقلانية، وضبطا في المشاعر يقارب العزل، حيث قال خلال السؤال عن نظرته المستقبلية لحالة أمه قال: "تدهور لأنها راها تكبر"، لكن من خلال اختبار mmpi2 الذي تعد فقراته عامة، ونظرا لطول الاختبار حيث لا بد من سقوط الرقابة، وهو ما حدث فعلا، إذا أن الدرجة الثائية للاكتئاب كانت ضمن المدى المتوسط، بدرجة تعبر عن حضور الاكتئاب ضمن معاشه النفسي، لكنه متوافق مع هذا الاكتئاب، أو لا يعيه كإكتئاب أو كمعاناة، أصلا حيث أن استبصاره به محدود، وهو ما صعب رصده خلال المقابلة، فأسئلة المقابلة أكثر توجيهية ومباشرة بشكل أكبر، ما يسمح له بنفي هذه المؤشرات المباشرة كونه لا يعيها ضمن سلوكه، خلافا لأسئلة اختبار mmpi2 التي تحمل فقراتها أبعادا تشخيصية لا يمكن للفرد التعرف عليها كمؤشر للاكتئاب، أو يره من السلام الإكلينيكية الأخرى.

أما فيما يخص متغير القلق الذي كان منخفضا خلال المقابلة ومرتفعا حسب نتيجة الاختبار، ما يجعل التساؤل مطروحا حول ما إذا كان هذا نوعا من التناقض، إلا أنه قد تم توضيح أن القلق خلال المقابلة ترتبط مؤشراتته بوضعية التكفل بأمه، بينما هي أكثر عمومية في الاختبار، لذا فالمقابلة رغم انخفاض القلق حسبها، إلا أنه موجود، فهي تنبؤ بوجود نواة القلق لديه، لكنها مرصنة، من خلال دافعاته، والكف والتجنب الذي كان يديه خلال المقابلة، إلا أن هذه الرقابة، ودفاعات الكف والتجنب، قد سقطت خلال اختبار mmpi2، نظرا لطوله، وإحكام تقنيته، بحيث لا تجدي محاولات التحايل أو التجنب، حيث سيظهر ذلك عبر مقاييس الصدق، التي تساهم في التنبؤ بما كان يصح أن تكون عليه الصفحة النفسية وفقا لنوع التزييف الذي ترصده هذه المقاييس (كامل مليكة، مرجع سابق، ص 75)

وبالتالي فالقلق الذي سجله اختبار mmpi2، يعبر أكثر عن القلق بشكل عام لدى الحالة، والذي غالبا ما يرتبط مع مشاعر الذنب وفق هذا المقياس، وبالرجوع إلى بيانات المقابلة لا نجد لدى الحالة مؤشرات ظاهرة للقلق، ولا مبررات خارجية له، ومع إنكار الحالة لهذا القلق، نجد أنفسنا أمام وضعية التهديد الداخلي التي يحاول الحالة إنكارها، هذا التهديد الداخلي، بربطه مع ارتفاع الشعور بالذنب، يزيد من احتمالية أن يكون هذا القلق قلعا أخلاقيا، والذي يعرف بأنه يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص و ليس الصراع بين الشخص و العالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص و خوفه منه عند

قيامه بسلوكات تخالف عادات و تقاليد المجتمع الذي يعيش فيه و هو كامن داخل تركيبة الشخص و عادة يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة بالأنا الأعلى التي تنسجم مع القيم الاجتماعية (عثمان، 2008، ص19)

وبهذا يسهل أكثر فهم سبب انخفاض مؤشرات القلق الخارجي مقابل ارتفاع الشعور بالذنب، في ظل المستوى المتوسط من الاكتئاب، الذي لا يدركه الحالة على أنه اكتئاب، مع انخفاض تقدير الذات، هذا الترابط التلاحي ما بين العناصر، يؤكد حضور القلق رغم الدفاعات التي يبديها الحالة لإنكاره التام، وهنا لا بد من الإشارة إلى فائدة اختبار mm2pi، الذي له القدرة على الكشف عن الأبعاد و المتغيرات، حتى في ظل محاولات الإنكار والتجنب، ودفاعات الرقابة، وذلك رغم كون الاختبار موضوعيا إلا أنه مقنن بالشكل الكافي الذي يؤهله للكشف عن مثل هذه الحالات.

2. مناقشة فرضيات الدراسة:

بعد عرض نتائج الحالات الثلاث المدروسة عبر المقابلة، واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية بنسخته الثانية mmpi2، ومناقشة نتائج الأدوات وتحليلها، نأتي الآن إلى الخطوة الثانية من هذا الفصل والمتضمنة لمناقشة فرضيات الدراسة، وذلك للفصل والتأكد من صحتها، أو خطئها. وقبل البدء في مناقشتها نعيد التذكير بها مجدداً، حيث كانت كالتالي:

الفرضيات الجزئية للتساؤل الفرعي الأول:

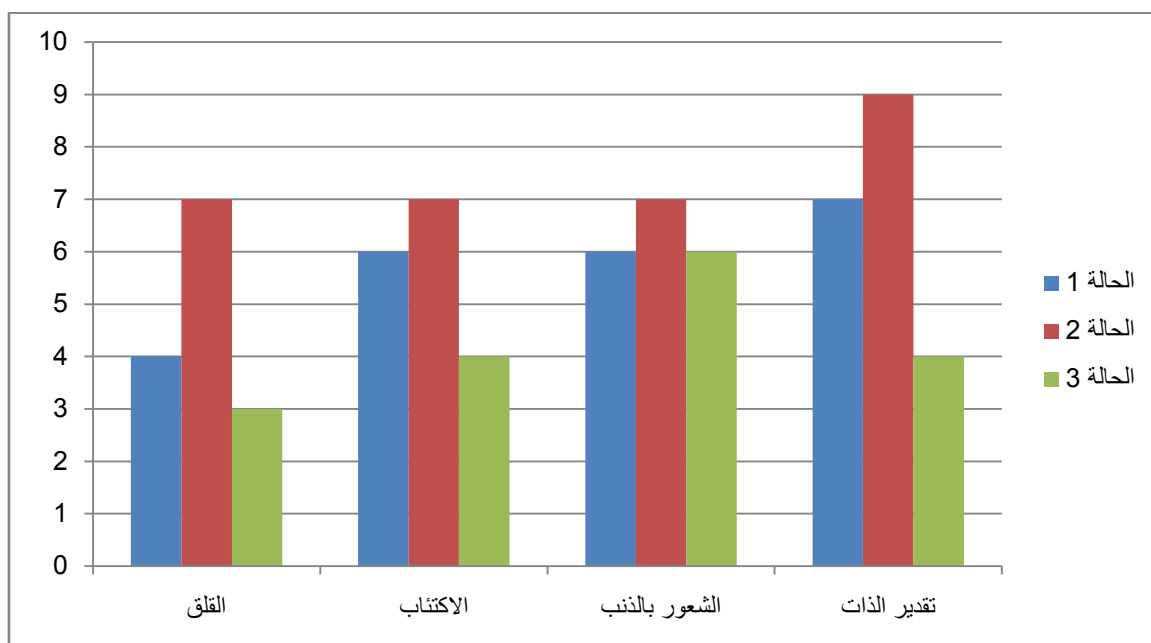
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالقلق.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالاكتئاب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالشعور بالذنب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بارتفاع التقدير الذات.

الفرضية الثانية للتساؤل الثاني:

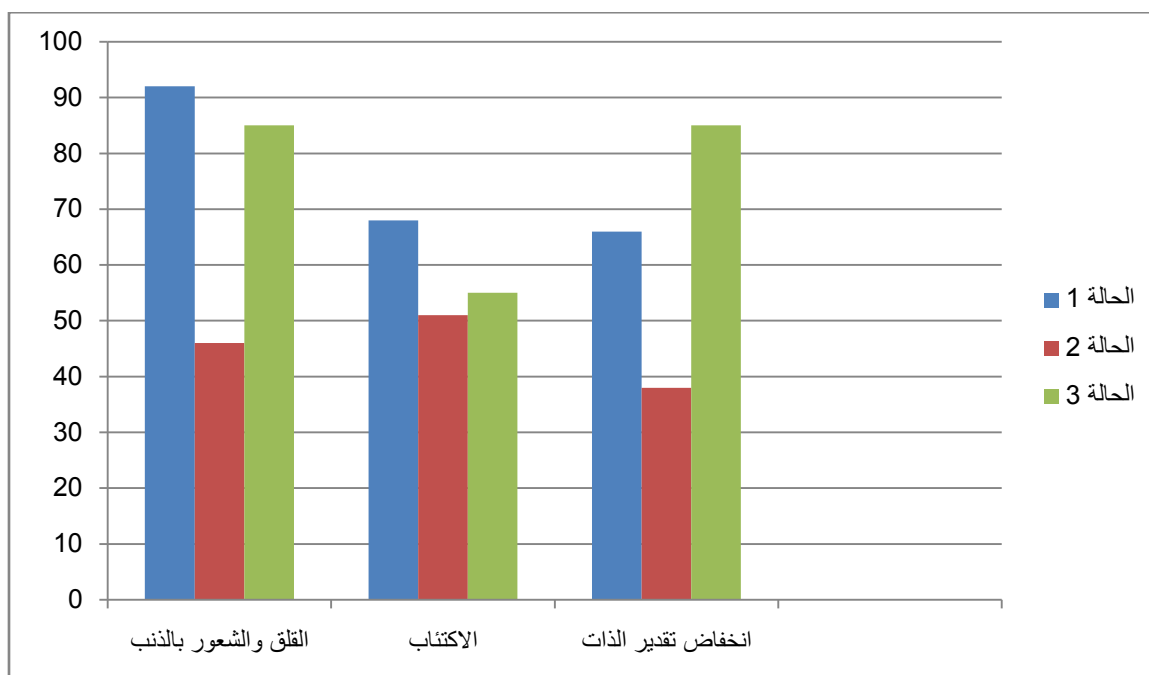
- تكون الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن عبر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في نطاق السواء.

2.1 مناقشة الفرضيات الجزئية للتساؤل الأول:

لتسهيل مناقشة مجموعة الفرضيات الجزئية الأولى، ومعرفة مدى التوافق بين الحالات بخصوص متغيرات المعاش النفسي، تم تمثيل نتائج الأداتين بشكل بياني كالتالي:



شكل بياني رقم (07) يمثل نتائج المعاش النفسي للحالات وفق المقابلة



شكل بياني رقم (08) يمثل نتائج المعاش النفسي للحالات وفق اختبار mmpi2

• التعليق على الشككين البيانيين:

من خلال الشككين البيانيين نلاحظ ارتفاعاً في مستوى كل المتغيرات الممثلة ضمنهما، حيث في التمثيل البياني الأول الخاص بالمقابلة، نلاحظ أن متغير القلق موجود لدى الحالات ثلاثتها، ولكنه مرتفع بشكل واضح لدى الحالة الثانية، بينما منخفض جداً، لدى الحالتين الأولى والثالثة، وبالعودة إلى تحليل الحالات نجد أن قلق الانفصال هو نوع القلق المسيطر على الحالة، ويتدهور حالة أمها الصحية والعقلية، يجد هذا القلق مبرراته وتهديداته الخارجية التي تزيد من حدته، خصوصاً وأن مؤشرات المقابلة متعلقة بهذا القلق تحديداً، بينما نجده منخفضاً لدى الحالتين الأولى والثالثة وذلك لأنه وبالعودة إلى التحليل العام للحالتين فإن القلق مرصن، ومعقلن أكثر، وهو خطر داخلي، لا ينعكس بشكل واضح على السلوك. بينما من خلال الشكل الثاني المعد حسب نتائج اختبار mmmpi2، فإننا نلاحظ العكس تماماً، حيث نلاحظ أن مستوى قلق الحالة الثانية أقل بشكل كبير من مستوى الحالتين الأولى والثالثة، لكن هنا يجدر التنبيه بأن مقياس القلق في اختبار mmmpi2، لا يقيس القلق فقط، وإنما يقيس كذلك الشعور بالذنب، وهو ما وجدنا أنه كان المحرك للقلق الداخلي لدى الحالة الثالثة، فهو قلق أخلاقي، يتم ترصينه بالالتزام الديني وتوابعه من تكفير وتطهير، بينما لدى الحالة الأولى، فالقلق حيال وضعية الأم، وحيال فقدان وضعية التكفل، كان حاضراً خلال المقابلة، لكنه كان مرصناً ومعقلناً بإجابات منطقية، يدافع بها ضد وضعية القلق وينكرها من خلالها، إلا أن هذه الدفاعات قد سقطت أمام اختبار الـ mmmpi2، وذلك نظراً لكون الاختبار معداً ومقنناً بشكل يسهل رصد الصفحة النفسية والحياة النفسية للمفحوصين، دون قدرتهم على التزييف دون أن يتم اكتشافهم، (البقاعي، 2003، ص 20). فالقلق قد يكون مرصناً بشكل لا يعيه حتى الحالات نفسها مادام مرتبطاً بتهديد داخلي، فهو كامن داخل تركيبة الشخص وعادة يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة بالأنما الأعلى (ع.سي.موسي، 2002، ص 102)، فوضعية التكفل كوضعية التزام اجتماعي، وديني، وعلائقي، تسمح بتجاوز الكثير من مشاعر الذنب الموجهة نحو الذات والتي تعكس عدائية شديدة نحو الذات، فالتكفل بالولي المسن يسمح بتحقيق نوع من التوازن النفسي، كتكفير وتطهير للانطباع الدائم بالخطأ، الذي رغم ذلك ظهر في مؤشرات الشعور بالذنب لدى الحالات بشكل متقارب، ولعله عند ارتباطه بمؤشرات التكفل، يعكس الرغبة في مثلثة هذا التكفل، ليصبح مكافئاً لمثالية ما تلقوه من أوليائهم سابقاً، فهو دين لا بد أن يسدد بالطريقة التي تليق به، ومهما قدموا لا يمكنهم رد هذا الدين، والشعور بالتقصير

والإحباط يبقى ملازماً لهم، وهو ما يفسر وجود الاكتئاب بين المتغيرات الحاضرة بشكل قوي ضمن المعاش النفسي للراشد المتكفل بولي مسن، حيث أن حالة الإحباط الناتجة عن عدم قدرتهم على التكفل بأوليائهم على النحو الذي يريدون، أو الذي يليق بأبائهم هو ما يجعلهم يشعرون وكأن هنالك عائداً يحول دون تحقيق رغباتهم (الشريبي، 2001، 515)، مع أن الاكتئاب كثيراً ما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالشعور بالذنب، حيث يفسر هذا الارتباط حسب مدرسة التحليل النفسي، بأن الاكتئاب في جوهره هو مشاعر عدوان وكرهية نتيجة عدم الحصول على الإشباع، وهذه الأخيرة تسبب الاكتئاب، فالعدوان نتيجة الإسقاط المعكوس أي نحو الذات، مما ينتج عنه مشاعر الثم والانتقام والتهيج، (الحجار، 1987، ص 80)، ولعل هذا هو ما سمح بملاحظة الشعور بالذنب في وجود الاكتئاب بشكل أفضل لدى الحالات.

نلاحظ أن متغير تقدير الذات كان مرتفعاً لدى الحالتين الأولى والثانية، ومنخفضاً لدى الحالة الثالثة، وهو ما يؤكد العامل المؤدي لانخفاض تقدير الذات والذي تم التوصل إليه من خلال التحليل العام للحالة، وهو التحصيل الدراسي، حيث نلاحظ هنا أنه هو الفرق الأساسي بين الحالتين الأولى والثانية، وبين الحالة الثالثة، وبمقارنة نتائج المقابلة مع نتائج الاختبار يجب الانتباه إلى أن الاختبار يقيس انخفاض تقدير الذات، فالدرجة المرتفعة عليه، تشير إلى تدني تقدير الذات لا العكس، ولهذا نلاحظ العكس بين الشكليين في خصوص هذا المتغير، حيث ترتفع الحالتان الأولى والثالثة في هذا المتغير، بينما تنخفض الحالة الثانية، وهو ما يشكل تطابقاً مع نتائج المقابلة بخصوص هذا المتغير، إلا أن الملفت للانتباه أن تقدير الذات ليس مرتفعاً بالشكل الذي توقعناه مقارنة بوضعية التكفل التي يؤدونها وأثرها على معاشهم النفسي، فالحالة الأولى رغم ظهور ارتفاع تقدير الذات لديه في المقابلة، كونه مرتبطاً بتكفله بأمه، إلا أنه أظهر مستوى ملحوظاً في انخفاض تقدير الذات على الاختبار، وكذا فإن كثيراً من درجاته التائية على السلم الاكلينيكية تعكس تدني تقدير الذات لديه، وكذلك الأمر بالنسبة للحالة الثالثة حيث أن العامل الرئيسي لانخفاض تقدير الذات لديه هو مستواه التعليمي، وهو أمر هام إن العلاقة بين مفهوم الذات والتحصيل قوية ووثيقة إذ يمكن القول أنه كلما زاد أحدهما أثر في الثاني بشكل إيجابي، وتشير الدراسات إلى أن الأفراد ذوي التحصيل المنخفض غالباً ما يميلون إلى أن يكونوا مشاعر سلبية اتجاه أنفسهم، في حين يميل الأفراد ذوو التحصيل العالي إلى تكوين مفاهيم ومشاعر إيجابية (آيت مولود، مرجع سابق، ص 45).

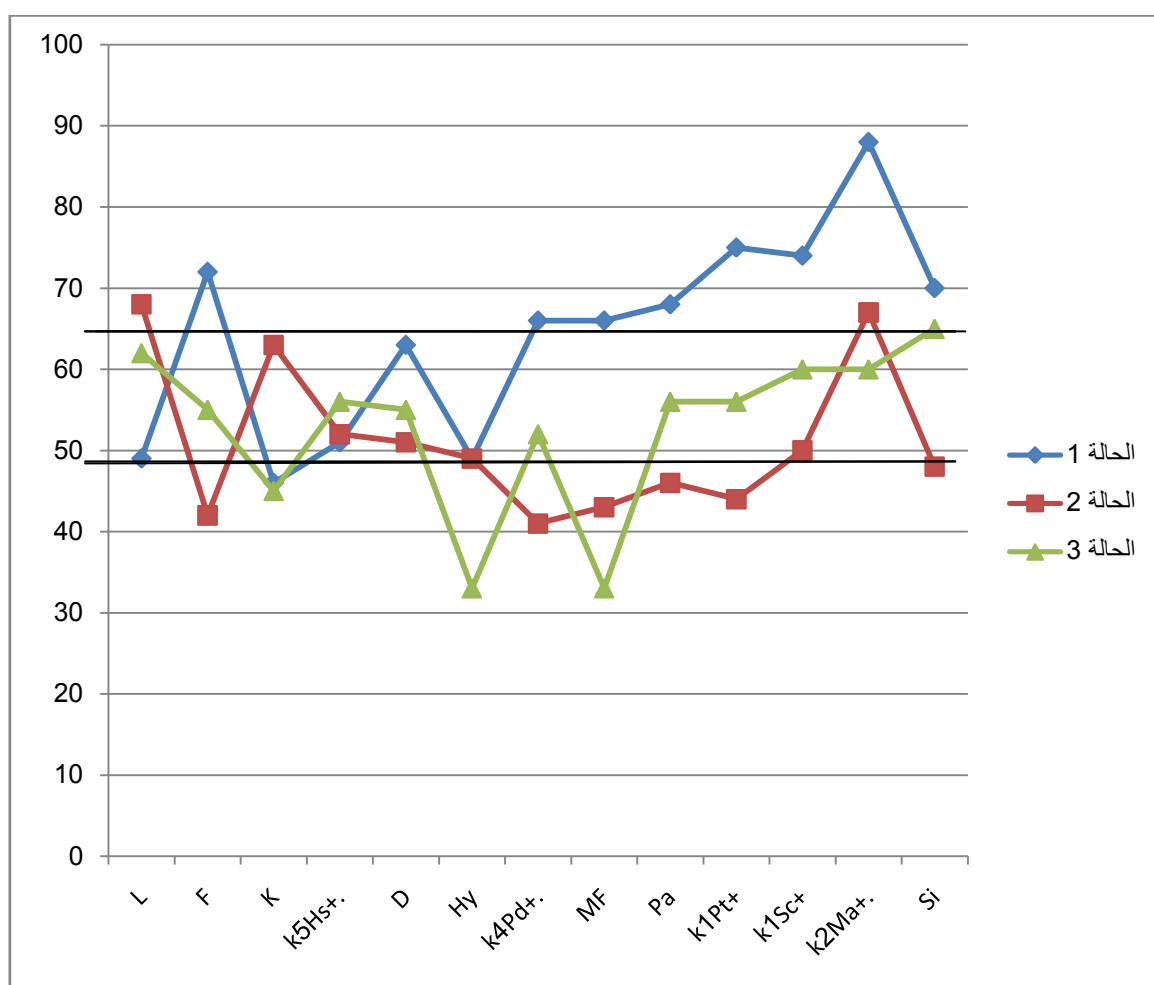
بملاحظة النقاط المشتركة بين الحالتين الأولى والثالثة، والتي يختلفان فيها مع الحالة الثانية، يمكن لنا أن نستنتج بعض العوامل التي قد تكون مساهمة في انخفاض تقدير الذات لدى الحالتين أو لها علاقة بمتغيرات المعاش النفسي. أول هذه الاختلافات هو متغير الجنس فكلتا الحالتين ذكر، والحالة الأنثى، ما يجعلنا أمام احتمالية تدخل عامل الجنس خصوصا بصداه الثقافي، إلا أن دراسة الهامي 1987 نفت وجود فروق بين الجنسين في تقدير الذات، وهو ما أكدته دراسة الخطيب 2004، التي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغير تقدير الذات. ومن هذا يتضح لنا أن الشعور بالذنب لدى الحالتين قد يكون العامل السؤول عن انخفاض تقدير الذات لدى الحالتين.

من خلال الشككين نلاحظ أن نتائج المقابلة كانت موافقة لنتائج اختبار mmpi2، ولم يكن هناك لا اختلافات بسيطة بينهما، وفي حالة الاختلاف كان له ما يبرره، من خلال الدراسات السابقة، هذا رغم كون مؤشرات المقابلة معتمدة على وضعية التكفل بالولي المسن بشكل أكبر، ما يعني أنه حتى نتائج الاختبار المتطابقة مع المقابلة، تؤكد على صدق وضعية التكفل بالولي المسن على المعاش النفسي للراشد، وهو ما أظهرته نتائج المقابلة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، والذي ساهم في أخذ ملمح نفسي عام للشخصية أسهم بشكل كبير، في تحليل وتفسير متغيرات المعاش النفسي في ضوء السلام الاكلينيكية الأخرى وحتى السلام الفرعية.

كما نلاحظ تقاربا كبير بين حالات الدراسة في مستويات كل متغير من متغيرات المعاش النفسي، حيث ومن خلال المنحى نلاحظ، أنه عند كل متغير لا بد أن تتوافق ولو حالتان حيال مفردة معينة من مفردات المعاش النفسي، وكانت الحالتان اللتين تتوافقان بشكل أكبر متغيرتين، فأحيانا ما كانت تتوافق الحالة الأولى مع الثالثة، وأحيانا الأولى مع الثانية، وأحيانا الثانية مع الأولى، وأحيانا ثلاثتهما معا، وهو إن دل على شيء إنما يدل على أن الرابط المشترك بين الحالات الثلاث، هو وضعية التكفل بالولي المسن، وهو ما يؤكد خصوصية هذا المعاش المتقارب عند الراشدين المتكفلين بأوليائهم المسنين.

2.2 مناقشة الفرضية الثانية:

لتسهيل مناقشة هذه الفرضية والتحقق منها، تم تمثيل المنحنيات الثلاثة للصفحات النفسية لحالات الدراسة ضمن شكل بياني واحد ليسهل ملاحظتها بالمقارنة مع بعضها البعض، وبالمقارنة مع المدى المتوسط ونقطتي القطع ضمن المنحنى، حيث أن نقطتي القطع ممثلتين بالأسود الغامق، حيث تقعان ما بين المجال 50 إلى حد النقطة 65.



شكل بياني رقم (09) يمثل الصفحات النفسية للحالات عبر اختبار mmpi2

• التعليق على الشكل:

كنا قد أشرنا سابقا إلى أن نقطتي القطع تمثلان النقطة 50 من الأسفل والنقطة 65 من الأعلى، وفيهما يقع المدى المتوسط، لكن التمثيلات التي تقع قريبة منهما حيث أن النقاط التي تقع أسفل نقطة القطع 50 كلها تقع ضمن المدى السوي، لأنها لا تعبر عن اضطرابات أو أعراض، وإنما غياب لسمات بعضها مرضي، بينما الحدود القصوى لنقطة القطع العليا 65، هي النقطة 80 حيث أن ما يقع في المجال ما بين النقطة 65 والنقطة 80 يسجل على أنه مرتفع، إلا أنه يبقى ضمن المدى السوي، بينما ما يقع فوق النقطة 80، يعد على أنه مهدد بالدخول ضمن نطاق اللاسواء، يجب الأخذ بعين الاعتبار، النقطة التي يفوق عندها البروفيل النفسي، نطاق السواء، بحيث قد لا تعبر هذه النقطة رغم تجاوزها المستوى السوي عن الاضطراب، وذلك نظرا لضرورة التحليل الشامل للصفحة النفسية (الشايح، مرجع سابق، ص 35)

نلاحظ من خلال الشكل البياني أن الحالات الثلاثة تقع في المدى المتوسط، حيث أنه رغم كون الحالتين الثانية والثالثة تقعان أسفل نقطة القطع الدنيا 50، إلا أنها منطقة سواء أيضا، غير أننا ليست شائعة إحصائيا فقط، بينما الحالة الأولى نلاحظ ارتفاعها في كثير من الأحيان فوق المدى المتوسط، إلا أنها تبقى في المدى السوي، لكن على مقياس الهوس الخفيف، تجاوزت الحد الفاصل للسواء، وهو النقطة 80، ولعل هذا يشير إلى وقوع الحالة ضمن نطاق اللاسواء، لكن هناك اعتبارات أخرى تؤخذ بعين الاعتبار، منها كون البروفيل النفسي للحالة مرتفعا بشكل حاد عند نقطة معينة، وهو ما يعرف بالبروفيل المدبب، بحيث نأخذ بعين الاعتبار النقطة التي ارتفع عندها بشكل حاد، فبعض النقاط رغم تجاوزها لحد السواء، إلا أنها تشيع عند الأسوياء، فمثلا عند الحالة الأولى نلاحظ أن النقطة المرتفعة بشكل يفوق حدا السواء، هي على سلم الهوس الخفيف، وبالرجوع إلى دليل الاختبار فإنه تجدر الإشارة إلى أن الصفحة النفسية التي يرمز لها بـ 9 فقط، كما هو الأمر عند هذه الحالة، تنتشر بين الأسوياء بقدر يعادل 10 مرات انتشارها بين الأسوياء (كامل مليكة، مرجع سابق، ص 97) ومن هنا نستنتج أنه لا يمكن العمل باستخدام اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، إلا من خلال الرجوع إلى الدليل، وذلك لأن اختبار مينسوتا لم يبين على توقعات منطقية، وإنما بناء على الوقائع الميدانية، وقد طبق على نطاق واسع جدا، بحيث قنن بشكل يسمح بالاعتماد عليه، في اقتراح أو إعطاء توقعات أولية حيال التشخيص اللازم، إلا أنه لا يمكن الاعتماد في التشخيص، كونه لا يقيس اضطرابات بقدر ما يقيس سمات عامة.

وخلافا للحالة الأولى فإننا نلاحظ أن الصفحة النفسية للحالة الثانية تقع دون نقطة القطع السفلية بشكل واضح ، إلا أنها تبقى في نطاق السوء، كما يمكن تفسير هذا المبوط، بمحاولة الحالة التزييف نحو الأفضل، كما كانت دفاعية وتنكر الوقائع الشخصية لها، وفي حالات كهذه يكون من المتوقع أن ينخفض تمثيل الصفحة النفسية إلى مادون نقطة القطع السفلية، وذلك نتيجة الإنكار الذي تمارسه الحالة، وفي هذه الحالة فالتمثيل الصحيح لصفحات نفسية كهذه ثابت غير أنه لا بد من ارتفاعه نحو المدى المتوسط.

أما فيما يخص الحالة الثالثة، فإن تمثيل صفحته النفسية يكاد يكون متطابقا مع المدى المتوسط، إلا فيما يخص مقياس الهيستيريا والذكورة لديه، والذين يعبران عنده على أنه يمثل دور الرجل النموذجي وفق الأدوار الاجتماعية للمجتمع الذي يعيش فيه.

إذا يمكن التأكيد على أن تمثيلات الصفحات النفسية لحالات الدراسة، قريبة من المدى المتوسط، وتقع ضمن المدى المتوسط، كونها لم تصل الدرجة 80، ماعدا الحالة الأولى، وذلك عند مقياس الهوس الخفيف، الذي إن كان مرتفعا بمفرده لا يعبر عن اللاسواء ، بل يشيع بين الحالات السوية.

خلاصة جزئية:

بعد عرض الحالات ونتائجها، وتحليل هذه النتائج ومناقشتها، ومن ثم مناقشة فرضيات الدراسة، يمكن إيجاز ما تم عرضه في هذا الفصل في التأكيد على أهمية متغير المعاش النفسي، الذي سمح بإعطاء فسحة كبيرة للتحليل، وذلك بمناقشة الحياة النفسية الداخلية للفرد، ومع الشراء الذي قدمته نتائج اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، إضافة إلى المقابلة التي غطت جانبا مهما من الدراسة ألا وهو التكفل بالولي المسن، حيث تم تكميم نتائج المقابلة ومن ثم التعليق عليها وتحليلها، ونفس الأمر مع اختبار mmpi2، ثم وبلاستعانة بالدراسات السابقة، والتحليلين السابقين، تم الوصول إلى تحليل عام لكل حالة على حدة، يتضمن تحليلا مفصلا لطبيعة المعاش النفسي، والتداخل الحاصل بين متغيراته، وتفسير ذلك بدراسات سابقة، مع ربطه بوضعية التكفل النفسي، وأثرها على المعاش النفسي للراشد، ومن ثم تمت مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء تمثيلات، وأشكال بيانية، ليسهل توضيحها وتصورها.

تمحورت دراستنا حول المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن في ضوء اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، مسلطين بذلك الضوء على الحياة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن في ضوء اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية.

رغم الأهمية الكبيرة التي يشغلها التكفل بالأولياء المسنين في النطاق الاجتماعي، إلا أن هذه الظاهرة تؤخذ على كونها أمرا مسلما به، وضرورة أخلاقية، واجتماعية لا مفر منها، ولا داعي للتفصيل فيها، وفي هذا إجحاف في حق القائمين على هذا التكفل، وتقزيم لمعاناتهم، والضغط التي يعايشونها، فاللتفات إلى هذه الفئة بالدراسة، ومحاولة فهمهم في ضوء واقعهم الاجتماعي، وواقع تكفلهم بأوليائهم المسنين، إنما هو إقرار، بأهمية ما يؤدونه، وتثمين له.

فالتقدير الاجتماعي لهم على أساس قدسية ما يؤدونه غير كاف فهو في حقيقته تقدير للفعل، مع إهمال للمتكفل، فالتكفل حاجة ضرورية نظرا لعجز المسنين، إلا أن ما هدفت إليه دراستنا هو التعرف على صدى هذا التكفل ضمن المعاش النفسي لهذا الراشد، والذي افترضنا أنه يتميز بالقلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، وتقدير الذات، وللتحقق من ذلك تم اللجوء إلى أداتي المقابلة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية والذي يسهم في رسم الصفحة النفسية الكلية للحالة، وهو ما جعلنا نتساءل حيال نطاق الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن، ومن ثم نفترض أنها تقع ضمن نطاق السواء. أما المقابلة فقد تم إعدادها، بتقسيمها إلى ثلاثة أبعاد خاصة بالتكفل النفس اجتماعي، والمادي، والصحي، إضافة إلى احتوائها على مؤشرات للمعاش النفسي، بحيث كان الشكل النهائي للمقابلة دليلا يحتوي على 60 سؤال.

تم تطبيق الأداتين على ثلاث حالات، تم انتقاؤهم وفق المفاهيم الإجرائية للدراسة، تم التطبيق بمركز المساعدة النفسية الجامعي الشمالي، من ثم تم عرض النتائج وتحليلها، بالاستعانة بالدراسات السابقة، وبيانات المقابلة، ومن ثم تم الوصول في الأخير إلى تحليل عام يتضمن أهم ما توصلت إليه نتائج الحالة مع تحليلها، بشكل يسمح بتفسيرها وإعطاء معنى له صداه في الحالة، بحيث لا يكون معزولا عنها.

أسفرت نتائج الدراسة عما يلي:

- يتميز المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليه المسن بالقلق.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالاكتئاب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بالشعور بالذنب.
- يتميز المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن بانخفاض تقدير الذات.
- تكون الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن عبر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية في نطاق السواء.

وقد تحققت بذلك فرضيات الدراسة، فالقلق قد ظهر لدى جميع حالات الدراسة، سواء كمؤشر ظاهر في المقابلة و كامن في الاختبار نتيحة كون مؤشرات المقابلة تمس وضعية التكفل، ما يعني أن نوع القلق قريب منها ما يسهل ظهوره خلال إجابات الحالة، كما هو الأمر عند الحالة الثانية. خلافا للحالتين الأولى والثالثة اللتين لم يظهر القلق في المقابلة لكنه ظهر بشكل كبير في نتائج الاختبار، وهو كون موضوع القلق لا تثيره وضعية التكفل، أو ليس متمحورا حولها على الأقل، لكنه يتضمن تهديدا داخليا يظهر بارتفاع مؤشرات الشعور بالذنب لدى الحالتين، فدفاعهما قوية ضد القلق، وإنكاره إلا أنها لم تكن بتلك القوة عند التعامل مع فقرات اختبار MMPI2.

أما فيما يخص الاكتئاب فقد ظهر بشكل أكبر من خلال نتائج الاختبار، ما يعني أنه كل الحالات الثلاثة، تعايش وضعيات اكتئابية تعلمت التوافق معها، وفقدت الاستبصار بها كحزن، أو اكتئاب، أما مؤشرات في المقابلة فهي متعلقة بالوضع الصحي ومآل الولي، وطبيعة التكفل المقدم، لكن أكثر ما يحركها هو مشاعر الذنب.

وفيما يخص متغير الشعور بالذنب، فقد ظهر لدى الحالات الثلاثة، لكنه بشكل أكبر لدى الحالتين الأولى والثالثة وذلك ما يترافق مع القلق المرتفع لديهما، وهو ما يرجح فكرة أن القلق الداخلي المصدر، قد يكون قلقا أخلاقيا، تم التعامل معه من خلال مشاعر الذنب الكبيرة، والتي يتم التعامل معها بدورها، من خلال الالتزام الديني لدى الحالتين، ما يسمح بالتطهير والعقاب، والثواب أيضا.

أما متغير تقدير الذات فقد تم تسجيل ارتفاعه أكثر من خلال المقابلات خصوصا كونه، يرتبط بمؤشرات التكفل الذي يحظى بالتقدير الاجتماعي ضمن الهوية الثقافية للحالات، لكن من نتائج الاختبار ظهر انخفاضه الشديد خصوصا لدى الحالتين الأولى والثالثة، مع الأخذ بعين الاعتبار مشاعر الذنب المسيطرة عليهما، والتي تتضمن عدوانية موجهة نحو الذات، وانتقاصا منها، وهذا الكلام تؤكد نتائج الحالة الثانية التي كان لديها ارتفاع في تقدير الذات، وانخفاض في الشعور بالذنب، عكس الحالتين السابقتين.

وبخصوص تموقع الصفحة النفسية من خلال اختبار MMPI2، فقد كانت الصفحة النفسية ضمن نطاق السواء، رغم ارتفاعها، وانخفاضها عن نقطتي القطع المثلثين للمدى المتوسط (50-65)، وكون هذا المدى يحمل صيغة إحصائية، بحيث أنه هنا تم تسجيل أغلب الصفحات النفسية للأفراد، لذا فارتفاع أو انخفاض صفحة نفسية عن هذا المدى لا يعبر عن اضطراب، بل يجب تفسيره في ضوء بقية السلام الإكلينيكية للحالة، كون الاختبار يهتم بأخذ صورة شاملة عن الفرد أكثر من أخذ صورة تشخيصية، أما في ما يخص مدى الاضطراب فهو متعلق بالدرجة التائية (80) عند ارتفاعها على كل المقاييس الذهانية، لكن كل هذا طبعا يفسر ضمن مقاييس الصدق، ومن هذا تتبين لنا القيمة التشخيصية، والبحثة الكبيرة لاختبار MMPI2. وهذا ما سمح بتحليل الصفحات النفسية للحالات وتبين نطاقها من السواء والاضطراب، في ضوء نتائج المقابلة أيضا، حيث كلها تقع تقريبا ضمن نطاق السواء، حسب مبادئ التحليل لاختبار MPPI2، التي تفسر كل السلام والارتفاع المسجل فيها، وعلاقة الارتفاعات المسجلة.

وبناء على ما سبق بقي أن نشير إلى مدى التوافق بين حالات الدراسة، حيث أن الحالات متقاربة عموما، من حيث تسجيل جميع متغيرات المعاش النفسي بشكل دال عياديا، إلا أن ترتيب ارتفاع هذه المتغيرات، ودرجاتها، يختلف نوعا ما وهو أمر مفسر اكلينيكيًا، من خلال منهج دراسة الحالة حيث تؤخذ كل حالة على أنها حالة لوحدها، إلا أنه رغم ذلك فقد تم تسجيل تقارب كبير بين الحالات في المتغيرات خصوصا بين الحالتين الأولى والثالثة، وربما يعود هذا إلى فارق السن والجنس والحالة الاجتماعية. كما أن الصفحة النفسية للحالات كانت تتقاطع وتقع كلها ضمن المدى السوي، إلا أنها مختلفة فيما بينها، وذلك راجع كون الصفحة النفسية تمثل مجموعة لعدد كبير من المقاييس الاكلينيكية، بحيث يصعب التقارب بين الأفراد إلا في حدود معينة، وهو ما يعكس مبدأ الفروق الفردية. الذي يتجلى من خلال دراسة الحالة.

كما ينبغي الإشارة إلى نقطة أخرى كانت من بين أهداف الدراسة، وهي تبيان طبيعة التكفل بالولي المسن لدى عينة الدراسة، وقد توضح أنه في مجمله وأساسه تكفل صحي، بالجانب الصحي للولي، إضافة إلى الجانب النفسي والاجتماعي، حيث أن جميع الحالات خلال المقابلة بينوا اهتمامهم بهذا الجانب لدى أوليائهم، وذكروا مشاركتهم أولياءهم العديد من النشاطات الاجتماعية مثل تبادل الزيارات، والمؤانسة في الحديث، أما الجانب المادي، فهو يتغير وفقا للحالة المادية للمتكفل، واحتمال وجود معاش تقاعدي للولي المسن. وبهذا يكون قد تم تحقيق الأهداف التي سعت إليها الدراسة.

التوصيات

التوصيات:

في الأخير وبعد عرض نتائج الدراسة وتفسيرها، بقي اقترح التوصيات، التي تسمح بالامتداد المعرفي والتطبيقي للدراسة بحيث يمكن استغلالها في الجانبين البحثي والميداني، وأهم التوصيات التي نقترحها هي كالتالي:

- دراسة المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليّه المسن، في ظل المتغيرات التالية: الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.
- إجراء دراسة استكشافية للمعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بولي مسن، من خلال اختبار MMPI2، بتطبيق كل مقاييسه الأساسية والفرعية، وسلاّم المحتوى، والسلاّم الإضافية لرصد أهم المتغيرات النفسية المرتفعة لدى العينة.
- الاستعانة خلال استعمال اختبار MMPI2 بمقابلات مقننة، تسمح بتفسير نتائجه بشكل أكبر.
- التأكيد على وجوب دراسة كل ظاهرة، دون أخذها كمسلمة اجتماعية وثقافية، كما كان الأمر، بالنسبة لهذه الدراسة.

أما في ما يخص التوصيات الميدانية فهي كالتالي:

- التوعية بالبعد السيكلولوجي للتكفل بالولي المسن، لدى المتكفل والولي.
- الالتفات إلى فئة المتكفلين، من خلال التوعية والترسيخ لفكرة حاجتهم أيضا، للتكفل النفسي على الأقل، نظير وضعية الضغط التي يعانونها.

قائمة المراجع:

القرآن الكريم.

أولاً: باللغة العربية.

1. عادل، عز الدين الأشول. (1996). علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
2. مريم، سليم (2002). علم النفس النمو.
3. شاذلي، محمد عبد الحميد. (2001). التوافق النفسي للمسنين. المكتبة الجامعية.
4. فاطمة الزهراء، بوعلاقة.. (2019). الصورة الأمومية لدى الطفل المتبنى من طرف قرية عقيم. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2.
5. إيمان، أبورية محمد. (2000). أثر استخدام برنامج تكاملي للتدريب على بعض فنيات التحكم الذاتي في تعديل سلوك فرط النشاط عند الأطفال. رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة طنطا.
6. العازمي، أحمد سعيدان مهدي. (2007). نوعية الحياة وعلاقته بالضغوط النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الكويت.
7. حسني، إبراهيم الرباط. منى، عويس. (2003). التخطيط الاجتماعي مفاهيم واجراءات. القاهرة.
8. نعيمة، عثمانى. (2016). الشعور بالذنب لدى الأم العازبة دراسة عيادية لثلاث حالات، رسالة ماستر جامعة جامعة بسكرة.
9. دانيا، الشبؤون الشعور بالذنب وعلاقته بمتغيري القلق والثقة بالنفس
10. سيجموند، فرويد. (1983). الكف والعرض والقلق بإشراف عثمان نجاتي، دار الشروق.
11. خديجة، زردوم. (2000). المعاش النفسي للحمل عند الأمهات العازبات. رسالة ماجستير. قسنطينة: دار النشر الجامعي.
12. الشناوي، أحمد وآخرون. (2001). التنشئة الاجتماعية للطفل. عمان: دار الصفاء للنشر.
13. ليندا، دافيدوف. (2013). مدخل إلى علم النفس.
14. بشير، ابراهيم الحجار. وعبد الكريم، سعيد رضوان. (2005). التوجه نحو التدين لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الرابع عشر.
15. موسى، رشاد. (1991). سيكولوجية الفروق بين الجنسين، القاهرة: دار الفكر العربي.
16. لطفي، الشربيني. (2001). السلوك الانساني بين التفسير الاسلامي و أسس علم النفس المعاصر، القاهرة :الأنجلو المصرية.

17. كمال، يوسف بلان. (2013). تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة الصف الثامن من مرحلة الأساسي بمدينة صعدة. رسالة ماجستير. جامعة دمشق
18. رانجيت، سينج ماهي وروبرت ديليو. (2005) تعزيز تقدير الذات. السعودية: مكتبة جرير.
19. منتهى، مطشر عبد الصاحب. (2014). الشعور بالذنب وعلاقته بالاكثاب. عمان: دار صفاء للنشر والطباعة.
20. نصر، علا دارب. (2002). العلاقة بين الاكثاب ومركز الضبط دراسة ميدانية على عينة من طلبة كليتي التربية والعلوم. جامعة دمشق.

21. سيجموند، فرويد. (1981). حياتي والتحليل النفسي. ترجمة مصطفى زيور القاهرة: دار المعارف.
22. لويس، كامل مليكة. (2000). دليل اختبار الشخصية متعدد الأوجه، ط(6). القاهرة.
23. الشريبي، لطفي. (2003). الاكثاب مرض للعلاج، ط(01)، الاسكندرية: منشأة المعارف.
24. زهران، حامد عبد السلام. (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2.
25. آمال، جودة. (2005). الوحدة النفسية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأطفال في محافظة غزة، المؤتمر التربوي الثاني للطفل الفلسطيني بين تحديات الواقع وطموحات المستقبل، بكلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة.
26. الحجار، محمد. (1987). أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي، ط (01). مصر: دار العلم للملايين.
27. آمال، عبد السميع أباطة. (1999). بحوث وقراءات في الصحة النفسية، ط(01). القاهرة: مكتبة الأنجلو.
28. سهير، كامل أحمد. (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي. القاهرة: الأنجلو.
29. محمد، شحاتة ربيع. (2014). قياس الشخصية، ط(5). عمان: دار المسيرة.
30. إيمان، عز. تقنين رانز مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية. مج 13 ع 4، 2015، مجلة اتحاد الجامعات العربية، للتربية وعلوم النفس.

31. ابراهيم، سعيد. (2011). الشعور بالذنب وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية. رسالة ماجستير، جامعة عين شمس.
32. أحمد، الشايع. (2016). مقدمة إلى مقياس مينسوتا متعدد الأوجه، مقرر: علم النفس العيادي.
33. أحمد محمد الخالدي (2009). المرجع في الصحة النفسية (نظرية جديدة)، ط 3. عمان: دار الوائل للنشر،

الأردن.

34. جوليان، روتر. ترجمة عطية محمود هنا، محمد عثمان نجاتي (1971): علم النفس الإكلينيكي، ب ط

،ديوان المطبوعات الجزائرية ،الجزائر

35. سامر، جميل رضوان. (2002): الصحة النفسية، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، والطباعة، عمان

،الأردن.

36. فيصل، عباس. (1994). التحليل النفسي للشخصية، ط 1 ،دار الفكر اللبناني ،بيروت ،لبنان.
37. مجدي أحمد، محمد عبد الله. (2006). علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، ب ط ،دار المعرفة الجامعية ،الأزاريطة.
38. محمد، حسن غانم. (2007). القياس النفسي للشخصية، ب ط ، الاسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.
39. مجري، نبيل. (2011). منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 جامعة الجزائر.
40. الرابطة الأمريكية للطب النفسي. (2001) :ترجمة أمينة السماك ،عادل مصطفى :الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخيصية، ط 1، مكتبة المنار الإسلامية ،كويت.
41. صلاح، سليم. (2006). التقويم النفسي. ط 1. عمان: مكتبة المجتمع العربي.
42. مزوز. بركو (2014). مدخل إلى علم النفس المرضي.
43. موشي، زيدندر. وجيرالد، ماثيوس. (2012). القلق. ترجمة معتز سيد عبدالله.
44. لابلاتش، ج إشكاليات 2: الخصاء-الترميز أشرف على الترجمة أ.د عباس محمود مكي ترجمة ريم البسيط المؤسسة الجامعة للنشر والدراسات والتوزيع، بيروت، لبنان.
45. كوام، مكثري. (2015). القلق ونوبات الذعر. ترجمة هلا أمان الدين. الرياض: العربية للنشر والتوزيع.
46. كوام مكثري. (2013). الاكتاب. ترجمة زينب منعم. الرياض: العربية للنشر والتوزيع.
47. سيجموند، فرويد. (1989). الطوطم والتابو. ترجمة بوعلي يونس. اللدقية: دار الحوار.
48. آيت مولود، يسمينة. (2012). تقدير الذات وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند بعض النساء المتأخرات في سن الزواج، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، الجزائر.
49. نصر، حسين عبد الأمير. (2011). تقدير الذات وعلاقتها بالأداء المهاري للاعبين الناشئين والشباب بكرة السلة. العدد الثالث، مجلة علوم التربية المجلد الرابع.
50. فاروق، السيد عثمان. (2008). القلق و إدارة الضغوط. القاهرة: دار الفكر العربي.
51. سامية، زراري. (2015)، المعاش النفسي عند المراهق الأصم. مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
52. عزيزة، عنو. (2008). المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات. مجلة العلوم الإنسانية، العدد 29.
53. عائشة، غويبي. (2016). الاضطرابات النفسعصية والمعاش النفسي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع مذكرة ماستر، جامعة قاصدي مرباخ وقلة، الجزائر.

54. سامية، سراي. (2016). المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة. مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

55. زياد، علي الجرجاوي. (2003). أبعاد الرعاية التربوية للمسنين "رؤية إسلامية". المجلة العلمية للحكمة.

56. محمد، نبيل عبد الحميد. (ب.ت). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم، جامعة عين شمس، المنشورات الجامعية.

57. محمد، عبدالله العابد أبو جعفر. (2014). علم النفس النمو. مركز المناهج التعليمية والبحوث التربوية، ليبيا.

58. ماجدة، إمام سالم. و ووفاء صالح الصفي. العلاقات الأسرية للمسنين، وتوافقهم النفسي. (2007)، جامعة حلوان.

59. محمد، سيد فهمي. (2012). الرعاية الاجتماعية للمسنين. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

60. أكرم، محمد صبحي. ومروان، عبد المجيد. (2014). الرعاية الشاملة للمسنين. ط1، عمان: دار دجلة.

61. أسعد، يوسف. (1977). رعاية الشيخوخة. القاهرة: مكتبة غريب.

62. خالد، عبد الرزاق النجار. (2008). حلقة تدريبية حول دراسة الحالة. مركز التنمية الأسرية بالإحساء.

63. فاطمة الزهراء، بوعلاقة. (2016). الفحص النفسي، محاضرات غير منشورة. جامعة المسيلة.

64. محمد، روي. (2016). اضطرابات الشخصية، محاضرات غير منشورة. جامعة المسيلة.

ثانيا: باللغة الأجنبية.

65. Abel, M. (1996). Self-esteem: Moderator of mediator between perceived stress and expectancy. Psychological Reports.

66. Delannoy, C. (2000). **Au risque de l'adoption-une vie à construire ensemble**. Paris, France: La découverte.

67. Chantal Carrol (2001) : **Validation partielle d'une version abrégée du mmpi-2, le mini clinique avec une population nationale**, mémoire présente à la faculté de l'université laval pour l'obtention du grade de maitre en psychologie (m.p.s), canada .

68. Gerard, bonnet. (2002). Le remorbs, Edition sarp.

69. Gillet, I. et Simon, M. (1996). **Inventaire multiphasique de personnalité du minnesota-2 Maneul**. centre de psychologie appliquée.

المقابلة:

محور البيانات الشخصية:

السن : سن الولي:.....
المستوى التعليمي : عدد الإخوة:.....
المستوى الاقتصادي : الترتيب بين الإخوة:.....
الحالة الاجتماعية :

محور الأبعاد النفس اجتماعية:

1. من وقتاش وانت تتهلى في باباك/بماك؟
2. كيفاش حتى بديت تتهلى فيه وتولي انت متكفل بيه؟
3. من أي ناحية انت اللي تتهلى فيه -يعني من ناحية انت اللي معاه وتونسه دائما ولا انت اللي متكفل بماكلكه ودواه وصحته ولا كيفاش-؟
4. وش هي الحاجة التي تحسها بلي هي لي مخلياتك تتهلى في باباك/بماك؟
5. راك حاس بلي التهلية نتاعك بباك/بماك بدلت حوايج في حياتك؟
6. احكي لي على باباك/بماك.
7. كيفاش توصف علاقتك مع باباك/بماك في صغرك؟
8. وكيفاش راهي علاقتكم دوكا؟
9. راك حاس بلي التهلية نتاعك بيه بدلت شوية في علاقتكم؟ وكيفاش بدلت؟
10. عندكم حوايج تديروهم مع بعضاكم يعني تخرجو كيف كيف ولا تزوروا ناس تعرفوهم؟
11. يقلك باباك/بماك على الحوايج اللي يخوفوه ولا يقلقوه؟
12. وش هوما هاد الحوايج اللي يخوفوه ولا يقلقوه؟
13. كيفاش تتعامل معاه ووش تقلو كي يحكيك على وش يخاف ويتقلق؟
14. وش تعنيك هاد التهلية اللي راك تتهلى فيها لباباك/بماك؟
15. كيفاش كنت تشوف للتهلية في الوالدين من قبل كي كنت أصغر؟
16. وش هي أغلب المواضيع اللي تقصرو عليها مع بعضاكم؟
17. وش هوما أغلب الأفكار اللي تخمم فيهم على طريقة التهلية نتاعك بباباك/بماك؟

18. وش هوما الحوايج الصعاب اللي تصادفهم في التهلية ببابك/ يماك؟
19. كيفاش تدير مع هاد الحوايج الصعاب؟
20. كيفاش تشوف روحك كابن؟
21. تشوف روحك واحد يقدرروا الناس يعملوا عليه؟
22. عندك أعراض جسدية يجوك بزاف؟ وش هوما؟
23. تتقلق على حالة باباك/ يماك كي تشوف بلي ماعادش اجتماعي كيما بكري؟
24. تلقى روحك مرات مش قادر تركز كامل؟
25. تحس بلي الناس اللي قدامك يتأثرو بيك ويديروا كيما الحوايج اللي تديرهم انت كيما التهلية نتاعك ببابك/ يماك؟
26. كيفاش تحس كي تشوف باباك/ يماك يضعفون؟
27. تشوف في الليل منامات وكوابيس؟ وش هوما؟
28. وش تحس كي تخمم في حالة باباك/ يماك؟
29. تحس بلي مسؤولياتك تضاعفو ملي عدت تتهلى في باباك/ يماك؟
30. راك حاس بلي هاد المسؤولية دارتلك ضغط؟
31. عندك مشاكل في الرقاد؟
32. تحس أحيانا بالتعب ولا الفشلة؟
33. عيلتك يراعو مشاعرك ويسايسوك؟
34. اوصفلي وضعيتك ولا بلاصتك في عايلتك -العايلة الكبيرة-؟
35. تجيك أفكار حزينة تغمك على حالة باباك/ يماك؟.
36. تجيك فترات تحب تبعد على الناس وتريح وحدك برك؟و وش تخمم كي تكون في هاد الفترة؟
37. راك حاس بلي راك محتاج للي يقدر وش راك دير على جال باباك/ يماك؟
38. وش هوما هواياتك؟ وتديرهم دايما؟

محور الأبعاد المادية والصحية:

39. منين عايش وش هو مصدر دخلك؟ -خدام-
40. كيفاش تأثر التهلية نتاعك بباك/ يماك على مدخولك وجانبك المادي؟
41. وش هوما أكثر الحوايج المادية اللي لازم توفرها لباباك/ يماك؟
42. وش هوما الصعوبات المادية اللي تلقاهم في التهلية بباك/ يماك؟

43. شكون اللي يتهللى فيه من ناحية نقاه يعني التدواش، نقى حوايجو...؟
44. وش هي حالته الصحية؟ ويروح للطبيب بزاف؟
45. شكون اللي دائما يعسلو مواقيتو نتاع الماكلة والدوا؟
46. راك مقلق على حالته الصحية؟
47. كيفاش راك تشوف لحالته الصحية في المستقبل؟
48. صراتلك مرات وين حسيت روك قصر في التهلية نتاعك بيه/بيها؟
49. تلوم نفسك مرات إذا مرض باباك/بماك ولا تعب شوية؟
50. تحس أحيانا بالعجز قدام كامل وش يلزم تدير لباباك/بماك مقارنة بوش راك حاب تديرله/لها؟
51. تشوف بلي انت تحاسب روك بزاف على أي حاجة تصرى لباباك/بماك؟
52. تخاف أنك أحيانا تغلط في حق باباك/بماك؟
53. كي تغلط في حق أي إنسان تعرفو وش تحس وقتها ووش تدير؟
54. راك حاس بالسعادة في حياتك؟ -راضي على حياتك-
55. كيفاش تشوف للناس اللي يتهللو في والديهم بنفسهم؟
56. وكيفاش تشوف للناس اللي يخطو والديهم في دور العجزة؟
57. كيفاش تقيم التهلية نتاعك بباباك/بماك؟
58. تقدر تتقبل النقد نتاع لناس ليك على طريقة التهلية نتاعك باباك/بماك؟
59. يقدروك الناس ويشجعوك على التهلية نتاعك بباباك/بماك؟
60. خمنت في وقت من الاوقات، ولاراك تخمم دوكا انك تطلب معونة في التهلية بباباك/بماك
مثلا خاوتك، جمعيات، دور المسنين؟

المقابلة:

محور البيانات الشخصية:

السن : سن الولي:.....
المستوى التعليمي : عدد الإخوة:.....
المستوى الاقتصادي : الترتيب بين الإخوة:.....
الحالة الاجتماعية :

1. من وقتاش وانت تتهلى في باباك/بماك؟
2. كيفاش حتى بديت تتهلى فيه وتولي انت متكفل بيه؟
3. من أي ناحية انت اللي تتهلى فيه -يعني من ناحية انت اللي معاه وتونسه دائما ولا انت اللي متكفل بماكته ودواه وصحته ولا كيفاش-؟
4. وش هي الحاجة التي تحسها بلي هي لي مخلياتك تتهلى في باباك/بماك؟
5. راك حاس بلي التهلية نتاعك بياك/بماك بدلت حوايج في حياتك؟
6. احكي لي على باباك/بماك.
7. كيفاش توصف علاقتك مع باباك/بماك في صغرك؟
8. وكيفاش راهي علاقتكم دوكا؟
9. راك حاس بلي التهلية نتاعك بيه بدلت شوية في علاقتكم؟ وكيفاش بدلت؟
10. عندكم حوايج تديروهم مع بعضاكم يعني تخرجو كيف كيف ولا تزوروا ناس تعرفوهم؟
11. يقلك باباك/بماك على الحوايج اللي يخوفوه ولا يقلقوه؟
12. وش هوما هاد الحوايج اللي يخوفوه ولا يقلقوه؟
13. كيفاش تتعامل معاه ووش تقلو كي يحكيك على وش يخاف ويتقلق؟
14. وش تعنيك هاد التهلية اللي راك تتهلى فيها لباباك/بماك؟
15. كيفاش كنت تشوف للتهلية في الوالدين من قبل كي كنت أصغر؟
16. وش هي أغلب المواضيع اللي تقصرو عليها مع بعضاكم؟
17. وش هوما أغلب الأفكار اللي تخمم فيهم على طريقة التهلية نتاعك بباباك/بماك؟
18. وش هوما الحوايج الصعاب اللي تصادفهم في التهلية بباباك/بماك؟

19. كيفاش تدير مع هاد الحوايج الصعاب؟
20. كيفاش تشوف روحك كابن؟
21. تشوف روحك واحد يقدرروا الناس يعملوا عليه؟
22. عندك أعراض جسدية يجوك بزاف؟ وش هو ما؟
23. تتقلق على حالة باباك/بماك كي تشوف بلي ماعادش اجتماعي كيما بكري؟
24. تلقى روحك مرات مش قادر تركز كامل؟
25. تحس بلي الناس اللي قدامك يتأثرو بيك ويديروا كيما الحوايج اللي تديرهم انت كيما التهلية نتاعك باباك/بماك؟
26. كيفاش تحس كي تشوف باباك/بماك يضعفون؟
27. تشوف في الليل منامات وكوابيس؟ وش هو ما؟
28. وش تحس كي تخمم في حالة باباك/بماك؟
29. تحس بلي مسؤولياتك تضاعفو ملي عدت تتهلى في باباك/بماك؟
30. راك حاس بلي هاد المسؤولية دارتلك ضغط؟
31. عندك مشاكل في الرقاد؟
32. تحس أحيانا بالتعب ولا الفشلة؟
33. عيلتك يراعو مشاعرك ويسايسوك؟
34. اوصفلي وضعيتك ولا بلاصتك في عايلتك -العايلة الكبيرة-؟
35. تجيك أفكار حزينة تغمك على حالة باباك/بماك؟.
36. تجيك فترات تحب تبعد على الناس وتريح وحدك برك؟ وش تخمم كي تكون في هاد الفترة؟
37. راك حاس بلي راك محتاج للي يقدر وش راك دير على جال باباك/بماك؟
38. وش هو ما هواياتك؟ وتديرهم دايما؟
39. منين عايش وش هو مصدر دخلك؟ -خدام-؟
40. كيفاش تأثر التهلية نتاعك بباك/بماك على مدخولك وجانبك المادي؟
41. وش هو ما أكثر الحوايج المادية اللي لازم توفرها لباباك/بماك؟
42. وش هو ما الصعوبات المادية اللي تلقاهم في التهلية بباك/بماك؟
43. شكون اللي يتهلى فيه من ناحية نقاه يعني التدواش، نقى حوايجو...؟
44. وش هي حالته الصحية؟ ويروح للطبيب بزاف؟

45. شكون اللي دائما يعسلو مواقيتو نتاع الماكلة والدوا؟
46. راك مقلق على حالته الصحية؟
47. كيفاش راك تشوف لحالته الصحية في المستقبل؟
48. صراتلك مرات وين حسيت روحك قصرت في التهلية نتاعك بيه/بيها؟
49. تلوم نفسك مرات إذا مرض باباك/بماك ولا تعب شوية؟
50. تحس أحيانا بالعجز قدام كامل وش يلزم تدير لباباك/بماك مقارنة بوش راك حاب تديرله/لها؟
51. تشوف بلي انت تحاسب روحك بزاف على أي حاجة تصرى لباباك/بماك؟
52. تخاف أنك أحيانا تغلط في حق باباك/بماك؟
53. كي تغلط في حق أي إنسان تعرفو وش تحس وقتها ووش تدير؟
54. راك حاس بالسعادة في حياتك؟ -راضي على حياتك-؟
55. كيفاش تشوف للناس اللي يتهاو في والديهم بنفسهم؟
- و كيفاش تشوف للناس اللي يخطو والديهم في دور العجزة؟
56. كيفاش تقيم التهلية نتاعك باباك/بماك؟
57. تقدر تتقبل النقد نتاع لناس ليك على طريقة التهلية نتاعك باباك/بماك؟
58. يقدروك الناس ويشجعوك على التهلية نتاعك باباك/بماك؟
59. خمنت في وقت من الاوقات، ولاراك تخمم دوكا انك تطلب معونة في التهلية باباك/بماك
- مثلا خاوتك، جمعيات، دور المسنين؟

الملحق الثاني:

ورقة الإجابة لاختبار *mmpi2*

MMPI-2TM

Feuille de réponses

Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota-2TM

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age : Sexe :

Profession :

Date de passation :

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.

© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

81	V F	136	V F	191	V F	246	V F	301	V F	356	V F	411	V F	466	V F	521	V F
82	V F	137	V F	192	V F	247	V F	302	V F	357	V F	412	V F	467	V F	522	V F
83	V F	138	V F	193	V F	248	V F	303	V F	358	V F	413	V F	468	V F	523	V F
84	V F	139	V F	194	V F	249	V F	304	V F	359	V F	414	V F	469	V F	524	V F
85	V F	140	V F	195	V F	250	V F	305	V F	360	V F	415	V F	470	V F	525	V F
86	V F	141	V F	196	V F	251	V F	306	V F	361	V F	416	V F	471	V F	526	V F
87	V F	142	V F	197	V F	252	V F	307	V F	362	V F	417	V F	472	V F	527	V F
88	V F	143	V F	198	V F	253	V F	308	V F	363	V F	418	V F	473	V F	528	V F
89	V F	144	V F	199	V F	254	V F	309	V F	364	V F	419	V F	474	V F	529	V F
90	V F	145	V F	200	V F	255	V F	310	V F	365	V F	420	V F	475	V F	530	V F
91	V F	146	V F	201	V F	256	V F	311	V F	366	V F	421	V F	476	V F	531	V F
92	V F	147	V F	202	V F	257	V F	312	V F	367	V F	422	V F	477	V F	532	V F
93	V F	148	V F	203	V F	258	V F	313	V F	368	V F	423	V F	478	V F	533	V F
94	V F	149	V F	204	V F	259	V F	314	V F	369	V F	424	V F	479	V F	534	V F
95	V F	150	V F	205	V F	260	V F	315	V F	370	V F	425	V F	480	V F	535	V F

1	V F	41	V F	96	V F	151	V F	206	V F	261	V F	316	V F	371	V F	426	V F	481	V F	536	V F
2	V F	42	V F	97	V F	152	V F	207	V F	262	V F	317	V F	372	V F	427	V F	482	V F	537	V F
3	V F	43	V F	98	V F	153	V F	208	V F	263	V F	318	V F	373	V F	428	V F	483	V F	538	V F
4	V F	44	V F	99	V F	154	V F	209	V F	264	V F	319	V F	374	V F	429	V F	484	V F	539	V F
5	V F	45	V F	100	V F	155	V F	210	V F	265	V F	320	V F	375	V F	430	V F	485	V F	540	V F
6	V F	46	V F	101	V F	156	V F	211	V F	266	V F	321	V F	376	V F	431	V F	486	V F	541	V F
7	V F	47	V F	102	V F	157	V F	212	V F	267	V F	322	V F	377	V F	432	V F	487	V F	542	V F
8	V F	48	V F	103	V F	158	V F	213	V F	268	V F	323	V F	378	V F	433	V F	488	V F	543	V F
9	V F	49	V F	104	V F	159	V F	214	V F	269	V F	324	V F	379	V F	434	V F	489	V F	544	V F
10	V F	50	V F	105	V F	160	V F	215	V F	270	V F	325	V F	380	V F	435	V F	490	V F	545	V F
11	V F	51	V F	106	V F	161	V F	216	V F	271	V F	326	V F	381	V F	436	V F	491	V F	546	V F
12	V F	52	V F	107	V F	162	V F	217	V F	272	V F	327	V F	382	V F	437	V F	492	V F	547	V F
13	V F	53	V F	108	V F	163	V F	218	V F	273	V F	328	V F	383	V F	438	V F	493	V F	548	V F
14	V F	54	V F	109	V F	164	V F	219	V F	274	V F	329	V F	384	V F	439	V F	494	V F	549	V F
15	V F	55	V F	110	V F	165	V F	220	V F	275	V F	330	V F	385	V F	440	V F	495	V F	550	V F

16	V F	56	V F	111	V F	166	V F	221	V F	276	V F	331	V F	386	V F	441	V F	496	V F	551	V F
17	V F	57	V F	112	V F	167	V F	222	V F	277	V F	332	V F	387	V F	442	V F	497	V F	552	V F
18	V F	58	V F	113	V F	168	V F	223	V F	278	V F	333	V F	388	V F	443	V F	498	V F	553	V F
19	V F	59	V F	114	V F	169	V F	224	V F	279	V F	334	V F	389	V F	444	V F	499	V F	554	V F
20	V F	60	V F	115	V F	170	V F	225	V F	280	V F	335	V F	390	V F	445	V F	500	V F	555	V F
21	V F	61	V F	116	V F	171	V F	226	V F	281	V F	336	V F	391	V F	446	V F	501	V F	556	V F
22	V F	62	V F	117	V F	172	V F	227	V F	282	V F	337	V F	392	V F	447	V F	502	V F	557	V F
23	V F	63	V F	118	V F	173	V F	228	V F	283	V F	338	V F	393	V F	448	V F	503	V F	558	V F
24	V F	64	V F	119	V F	174	V F	229	V F	284	V F	339	V F	394	V F	449	V F	504	V F	559	V F
25	V F	65	V F	120	V F	175	V F	230	V F	285	V F	340	V F	395	V F	450	V F	505	V F	560	V F
26	V F	66	V F	121	V F	176	V F	231	V F	286	V F	341	V F	396	V F	451	V F	506	V F	561	V F
27	V F	67	V F	122	V F	177	V F	232	V F	287	V F	342	V F	397	V F	452	V F	507	V F	562	V F
28	V F	68	V F	123	V F	178	V F	233	V F	288	V F	343	V F	398	V F	453	V F	508	V F	563	V F
29	V F	69	V F	124	V F	179	V F	234	V F	289	V F	344	V F	399	V F	454	V F	509	V F	564	V F
30	V F	70	V F	125	V F	180	V F	235	V F	290	V F	345	V F	400	V F	455	V F	510	V F	565	V F

31	V F	71	V F	126	V F	181	V F	236	V F	291	V F	346	V F	401	V F	456	V F	511	V F	566	V F
32	V F	72	V F	127	V F	182	V F	237	V F	292	V F	347	V F	402	V F	457	V F	512	V F	567	V F
33	V F	73	V F	128	V F	183	V F	238	V F	293	V F	348	V F	403	V F	458	V F	513	V F		
34	V F	74	V F	129	V F	184	V F	239	V F	294	V F	349	V F	404	V F	459	V F	514	V F		
35	V F	75	V F	130	V F	185	V F	240	V F	295	V F	350	V F	405	V F	460	V F	515	V F		
36	V F	76	V F	131	V F	186	V F	241	V F	296	V F	351	V F	406	V F	461	V F	516	V F		
37	V F	77	V F	132	V F	187	V F	242	V F	297	V F	352	V F	407	V F	462	V F	517	V F		
38	V F	78	V F	133	V F	188	V F	243	V F	298	V F	353	V F	408	V F	463	V F	518	V F		
39	V F	79	V F	134	V F	189	V F	244	V F	299	V F	354	V F	409	V F	464	V F	519	V F		
40	V F	80	V F	135	V F	190	V F	245	V F	300	V F	355	V F	410	V F	465	V F	520	V F		

الملحق الثالث:

المقابلة مع الحالة الأولى

المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى:

س: من وقتنا وانت تتهلى في يماك؟

ج: 4 سنوات، لأنها قبل كانت متزوجة لكن هو قصر وهي قصرت.

س: كيفاش حتى بديت تتهلى فيه ا وتولي انت متكفل بيه ا؟

ج: مش بديت نتهلى انا الاول تفضلني على خاوتي الاخرين هي تحب تبقى عندي ماترتاحش تبقى عند خويا بعيدة في عنابة وماتتفاهمش مع زوجة الاخ هي بعيدة على العائلة.

س: من أي ناحية انت اللي تتهلى فيه ا؟

ج: انا اللي متكفلها بالعلاج ونديها للفحص.

س: وش هي الحاجة اللي تحسها بلي هي لي مخلياتك تتهلي في يماك؟

ج: هذا واجب مكانش سبب بالعكس ربما راني مقصر

س: راك حاس بلي التهلية نتاعك بيماك بدلت حوايج في حياتك؟

ج: مانيش حاس.

س: احكي لي على يماك؟

ج: امي الحاجة الاولى فيها شخصية عصابية كان عندها سابقا مرض عصابي دخلت مرتين تداوي في

عنابة (وش هو هذا المرض) مرض عصابي توسوس، تأول تقول تقصدوني عندها هلاوس تشوف

وتسمع حوايج

س: كيفاش توصف علاقتك مع يماك في صغرك؟

ج: انا في الدار مدلل مكانش حاجة نطلبها منهم وما يلبيوهاليش الوالد كان في فرنسا وانا كنت

نتكفل بالاسرة علجال هادي قعدت المسؤول على الاسرة

س: وكيفاش راهي علاقتكم دو كا؟

ج: عادية مانقلكش جيدة (علاش) نقدر نقول جيدة هي في الحقيقية جيدة تجي ساعات تغضب نخليها

ونروح حتى تهدي.

س: راك حاس بلي التهلية نتاعك بيه بدلت شوية في علاقتكم؟

ج: لا بالعكس لما كانت عند الزوج كانت بعيدة اما كي ولات عندي راهي علاقة جيدة جدا تقلي

مالقاش واحد كيفك

س: عندكم حوايج تديروهم مع بعضاكم يعني تخرجو كيف كيف ولا تزوروا ناس تعرفوهم؟
ج: نديها تخرج نقصرو لازم يوميا نشوفها دوك كي راها عند خويا رايني متحير عليها كان تلحق الساعة وماتموتش بين بدي (وش معناها انها تمون بين يدك) معناها ادبت واجبي كامل معاها
س: بقلك يملك على الحوايج اللي يخوفوه ا ولا يقلقوه؟
ج: تحكي لي تحكي لي.

س: ش هوما هاد الحوايج اللي يخوفوه ا ولا يقلقوه؟
ج: اكبر شي يخوفها العصاب الهلاوس تتخيل كاين راجل يتصور لها يهرجها.
س: كيفاش تتعامل معاها كي تحكيك عليهم؟
ج: نقلها نديرلك الرقية ضوك يجي نحكمو نكتفو ونضحك معاها ونقصر تنسى
س: وش تعنيك هاد التهلية اللي راك تتهلى فيها لىماك؟
ج: مانقدرش نعبر الوالدين هوما اصل الانسان.

س: كيفاش كنت تشوف للتهلية في الوالدين من قبل كي كنت أصغر؟
ج: مذكر حاجة الوالد ربي يرحمو كان يقلنا اقراو اخدمو انا مانحتاجكمش عندي التقاعد نتاعي على جالكم انتوما وعلجال امكم يعني حنا من بكري ناويين نقوموا برواحنا يعني نية التكفل سابقة.

س: وش هي أغلب المواضيع اللي تقصرو عليها مع بعضاكم؟
ج: الأفارب الأحداث السابقة كي كنت صغير
س: وش هوما أغلب الأفكار اللي تخمم فيهم على طريقة التهلية نتاعك بىماك؟

ج: نتمنى الام تتوفى بين يدي باش نكمل واجبي
س: وش هوما الحوايج الصعاب اللي تصادفهم في التهلية بىماك؟
ج: القلقة تتقلق لاتفه الاسباب تتوسوس وتأول المواقف

س: كيفاش تدير مع هاد الحوايج الصعاب؟
ج: نبرر لها ندير روجي نسيت الموقف اللي تحكي عليها تفهم بلي مش بالعاني
س: كيفاش تشوف روجك كابن؟

ج: مانعرف وش نقلك قد ماندير نشوف روجي مقصر
س: تشوف روجك واحد يقدررو الناس يعملوا عليه؟

ج: مانيش نشوف في روحي. الاسرة كامل يعملو علي المرجعية تاع الامر علي خاوتي تكفلت بيهم حتى كبروا.

س: عندك أعراض جسدية يحوك بزاف؟ وش هو ما؟

ج: لا باس .

س: تتقلق على حالة ماك كي تشوف بلي ماعادش اجتماعي كيما بكري؟

ج: تخيري

س: تلقى روحك مرات مش قادر تركز كامل؟

ج: عادة انا مانقدرش نركز قليل التركيز

س: تحس بلي الناس اللي قدامك يتأثروا بيك ويديروا كيما الحوايج اللي تديرهم انت، كيما التهلية

نتاعك بيماك؟

ج: نعم الكثير يحوسو يقتديو بيا من افراد الاسرة.

س: كيفاش تحس كي تشوف يماك بضعف؟

ج: بالطبع الاحساس سلي نتمنا ربي يقضي عنها بكامل صحتها

س: تشوف في الليل منامات وكوايس ؟ وش هو ما؟

ج: مانشفش، كوايس الوالد نشوفو في المنام كي ننسى مانصدقش يجيني في المنام نعرف روحي قصرت ولا نسيت نصدق وهذا في الحقيقة لاني انا الوحيد اللي حضرت للوالد خاوتي كانوا صغار وهو راح يخدم في فرنسا (تحدث الحالة هنا كثيرا عن والده وعلاقته القوية به وتمنيه للتكفل به من خلال القصة التي سردها عند بنائه لمتزل جديد واتمام البناء جلس مساء عند عتبة المتزل يراقب الأفق ويتساءل كان زعما بي يجي جاي من بعيد كيما بركي ويسقسيني على الذراري ونقلو راهم يلعبو قدام الدار يعني مرات نقعد نتخيل نحسو رح يجي صح وهذا يقلك من موت الفجأة يحس الانسان يبقى مش مصدق يعني على كل حال قضاء الله وراضيين به لكن يبقى عدم التصديق هداك)

س: وش تحس كي تخمم في حالة يماك؟

ج: لازم نقوم بواجبي تجاه امي هذه والدتي ترمدت هي ثاني تماناه ما تعيشش المعاناة

س: تحس بلي مسؤولياتك تضاعفو ملي عدت تهلى في يماك؟

ج:عادي المسؤولية مش حاجة جديدة عليا من قبل كنت متكفل بخاوتي ومرت بوي وماحسيتش بالثقل فما بالك امي. مرت الوالد بطلت حياتي علجلها كانت على فراش الموت بطلت مارحتش نعقب ماجيستير كنت متأكد رح نربح فيها الناس لاموني وقالوا كيفاش قلت لهم لا لازم نكون حاضر ورحت فعلا وسكتت الاخوة وبعدها بقاو عندي تكفلت بيهم
س: راك حاس بلي هاد المسؤولية دارتلك ضغط؟

ج: مادارتلي حتى ضغط رغم ان الزوجة قاصرة رغم ذلك ماكاش مشكل.
س:عندك مشاكل في الرقاد؟

ج:ماعنديش

س:تحس أحيانا بالتعب ولا الفشلة؟

ج:الحمد لله انا في صحة جيد.

س:عايلتك يراعو مشاعرك ويسايسوك؟

ج: يقدروني ويراعو مشاعري رغم بعض الحالات كاين الانانية نولي نحاسب ضميري كيفاه نفكر فيهم اكل وهو ما لا.

س:اوصفلي وضعيتك ولا بلاصتك في عايلتك _العائلة الكبيرة_

ج:الخور تقريبا كامل يشاوروني ويعتمدو علي

س: تجك أفكار حزينة تغمك على حالة بماك؟

ج:تجيني بالطبع خصوصا انا سريع الغضب كي يصري اي تدهور في الاسرة .

س:تجيك فترات تحب تبعد على الناس وتريح وحدك برك؟

ج:بالطبع في الآونة الاخيرة نحب نرقد نرقد يجيني وحد النوم .

س:راك حاس بلي راك محتاج للي يقدر وش راك دير على جال بماك؟

ج:لا أنتظر جزاء ولا شكورا.

س:وش هو ما هواياتك؟ وتديرهم دائما؟

ج:ما عندي حتى هواية كشما خلالي الزمن(ضحك) نهوى المطالعة وقارة الكتب، تفرط في روحي ونلقاهم وقت.

س: منين عايش وش هو مصدر دخلك؟

ج: من دخلي مكفي والوالدة عندها الضمان الاجتماعي وعندها منحة التقاعد نتاع الشيخ.

س: كيفاش تأثر التهلية نتاعك بيماك على مدخولك وجانبك المادي؟

ج: ما تأثرش ماعندهاش استهلاكات بزاف حتى هي تشفق علي بزاف تحب تاكل تنوع ماتمنعش روحها

س: وش هو ما أكثر الحوايج المادية اللي لازم توفرها ليماك؟

ج: الماكلة هذا ما يهمها، واحتياجاتها عموما كسوة مأكلة رقاد الطبيب.

س: وش هو ما الصعوبات المادية اللي تلقاهم في التهلية بيماك؟

ج: الحمد لله

س: شكون اللي يتهللى فيه من ناحية نقاه يعني التدواش، نقى حوايجها...؟

ج: كاين حالات انا نغسلها حوايجها، تغسل روحها ماتحبش اللي يقوم ليها ماتحبش تستند، مرات تسيق تقلي باش نحرق السكر.

س: وش هي حالته الصحية؟ وتروح للطبيب بزاف؟

ج: السكري، ضغط الدم تروح للطبيب بشكل دوري كل 3 أشهر.

س: شكون اللي دايمًا يعسلها مواقيها نتاع الماكلة والدوا؟

ج: لروحها وحدها خافضة امورها.

س: راك مقلق على حالته الصحية؟

ج: متحير من حالة القصر اذا قصرت هي تحب تقعد عندي والزوجة ماتقدرش تقومها ثاني قاصرة شوية

س: كيفاش راك تشوف لحالته الصحية في المستقبل؟

ج: التحسن مانظنش السن والكبر وش رح تتوقعي من التقدم في السن (صمت) هذا السؤال مفروض ما يتسألش على كبار السن لانه واضح (صمت)

س: صراتلك وين مرات حسيت روحك قصرت في التهلية نتاعك بيماك؟

ج: ممكن بصح والله ماني شافي نحس على فترات لكن متأكد بلي تكون، أكيد نكون قصرت

س: تلوم نفسك مرات إذا مرض باباك/بماك ولا تعب شوية؟

ج: ما حدتليش.

س: تحس أحيانا بالعجز قدام كامل وش يلزم تدير لباباك/بماك مقارنة بوش راك حاب تدير لهالما؟

ج: كاين حاجة وحدة هي طالبتها مني وماقدرتلهاش العمرة، لكن وضعها القانوني ميايسمحش

س: تشوف بلي انت تحاسب روحك بزاف على أي حاجة تصرى ليماك؟

ج: اي لازم هكدا احسن

س: تخاف أنك تغلط في حق يماك؟

ج: تأولي التصرفات نتاعي تقتلني هذيك

س: كي تغلط في حق أي إنسان تعرفو وش تحس وقتها ووش تدير؟

ج: يأنيني الضمير نندم نعتذر للناس ونصارحهم بلي غلطت اما اللي يحبو يديروها سبة ويشدوها لي

نخليها تفوت احسن

س: راك حاس بالسعادة في حياتك؟ -راضي على حياتك-؟

ج: الحمد لله جزئيا الدنيا مش دار سعادة (علاش جزئيا) حياتي عايشها عالأسرة مربوط بيها

س: كيفاش تشوف للناس اللي يتهلأو في والديهم بنفسهم؟

ج: في رايي هندي مقام عالي الأب لي يجيب ولاد ينتظر وقتاش يقطف الثمرة واذا كانت الثمرة خامجة

ثم الخسارة الحقيقية.

س: وكيفاش تشوف للناس واللي يخطوهم في دور العجزة؟

ج: لازم نكونو منطقيين كاين ناس يخطوهم حفاظا عليهم مش كراهية لهم كاين لي يستجيب للزوجة

والاولاد هذا جبان ويلي وككاين لي زواولة يخطوها ولا يخلوها تتمرد معاهم.

س: كيفاش تقيم التهلية نتاعك بيماك؟

ج: والله نقلك الصراحة انا لي نقوم بيها خير من خاوتي اكل ولكن نقصر، مع المسن بالذات مهما دير

راك مقصر مقارنة بوش قدم ووش دار وخصائصه.

س: يقدرورك الناس ويشجعوك على التهلية نتاعك بيماك؟

ج: فيهم وعليهم مش كل الناس

س: خممت في وقت من الاوقات، ولاراك تخمم دوكا انك تطلب معونة في التهلية يماك

مثلا خاوتك، جمعيات، دور المسنين؟

ج: المعونة اللي نطلبها كان تقبلي ندير لها خدامة كاين فضل ربي أصغر نصيب يكفيها.

الملحق الرابع:

المقابلة مع الحالة الثانية

المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية:

س: من وقتاش وانت تنهلاي في يماك؟

ج: من 4 سنين 5 سنين بصح العامين الاخيرين بالأكثر

س: كيفاش حتى بديتي تنهلاي فيه وتولي انت متكفل بيه؟

ج: خاوتي ذراري مزوجين بقيت غير انا.

س: من أي ناحية انت اللي تنهلاي فيه يعني من ناحية انت اللي معاه وتونسها دائما ولا انت اللي

متكفل بماكلته ودواه وصحته ولا كيفاش؟

ج: نفسيا في حال المرض، اغلبها في وقت المرض.

س: وش هي الحاجة اللي تحسها بلي هي لي مخلياتك تنهلاي في يماك؟

ج: ماما لانه هي ماما (بضحك)

س: راكي حاسة بلي التهلية نتاعك بيماك بدلت حوايج في حياتك؟

ج: مش بدلت حوايج بصح وليت نحسها انا ماماها مش هي ماما.

س: احكي لي على يماك

ج: هي الام المثالية الفولاذية النموذجية هي جبل بصح حاستها بدات تهبط بالحجرة.

س: كيفاش توصفي علاقتك مع يماك في صغرك؟

ج: معتمدة عليها بلاك هاذ الاعتماد خلاني نحسها مسؤولة مني انا لازم نتكفل بيه . (بضحك)

البنات دائما يجبدو لباباهم انا نجبد لماما من صغري (ضحك)

س: وكيفاش راهي علاقتكم دوكا؟

ج: ولات تتقلق مني كي تهدر لها ولا حاجة تحسي بلي نحاصر فيها، تحب هي تقوم الدار بشغلها كامل

كي نقلها تعبي روحك وحافظي على صحتك ماتحش تحسني نبعد فيها، ولات قلقو مع ضغط الدم.

س: راكي حاسة بلي التهلية نتاعك بيه بدلت شوية في علاقتكم؟ وكيفاش بدلت؟

ج: نحسها واجي ترمدت علينا. دوكا ولات تستشيرني في كلش.

س: عندكم حوايج تديروهم مع بعضاكم يعني تخرجو كيف كيف ولا تزوروا ناس تعرفوهم؟

ج: نخرجو لازم نروحو كيف كيف كي تشري حوايجها، ولات دوكا ماتقدرش تخرج من ركبته

حسيتها اثرت عليها هاد الحاجة

س: تقلك يماك على الحوايج اللي يخوفوه ا ولا يقلقوه؟

ج: ماتقولش مؤمنة بزاف من النوع اللي مايشكيش.

س: وش تعنيك هاد التهلية اللي راكي تنهلي فيها ليماك؟

ج: واجب

س: كيفاش كنتي تشوفي للتهلية في الوالدين من قبل كي كنتي أصغر؟

ج: نشوفها بلي حاجة كاتبهالنا ربي على الاقل نرجعو شوية من تعبهم (هكذا تشوفها دوك ولا من

قبل) من قبل ودوك نفس الشي.

س: وش هي أغلب المواضيع اللي تقصرو عليها مع بعضاكم؟

ج: مواضيع الحياة نركز على الحوايج اللي مقلقتها وش راهي تحس لداخل (وش هوما هاد الحوايج اللي

يقلقوها؟) تخير على خاوتي وخواتاتي (كيفاش تتعاملي معاها كي تقلك على هاد الحوايج) نحاول دايمًا

نوصلها فكرة ماتقلقش على جال صحتها.

س: وش هوما أغلب الأفكار اللي تخممي فيهم على طريقة التهلية نتاعك يماك؟

ج: مهما نقدملها مزالي مقصرة في حقها.

س: وش هوما الحوايج الصعاب اللي تصادفيهم في التهلية بيماك؟

ج: الحمد لله لحد الآن ماكانشن الصعوبة الوحيدة كي تمرض هي خوفي عليها نتخفق.

س: كيفاش تديري مع هاد الصعوبة؟

ج: نستغفر من بعد نعاود نشوف ايسر الطرق باش نخفف عليها في مرضها

س: كيفاش تشوفي روحك كابر؟

ج: كابنة لماما؟ (ايه) بلاك الطفلة اللي تفتخر بيها . هي بالنسبة لي نفس السي

س: تشوفي روحك وحدة يقدررو الناس يعملوا عليها؟

ج: oui

س: عندك أعراض جسدية يحوك بزاف؟ وش هوما؟

ج: التعب بلاك من الضغط

س: تتقلقي على حالة يماك كي تشوفي بلي ما عادش اجتماعي كيما بكري؟

ج: ايه ماعدتش اجتماعية هادي لي مخليتني نحير عليها بلاك انا علاياي بحالتها ونحاول نريح معاها ونجد معاها الهدرة بصح في العايلة ما علاياهمش (بواش ماعلاياهمش؟) بلي ماعدتش اجتماعية.

س: تلقاي روك مرآت مش قادرة تركزي كامل؟

ج: ايه عادة لكن ماطولش تحيني فترة الافكار كامل تتخلط

س: تحسي بلي الناس اللي قدامك يتأثروا بيك ويديروا كيما الحوايج اللي تديرهم انتي، كيما التهلية نتاعك يماك؟

ج: (ضحك) كاين شغل حاطيني مسؤولية اكثر من اللي رافدتها خاوتي كامل كي يربو ولادهم يقولوهم باش تولوا كيما طاطاكم.

س: كيفاش تحسي كي تشوفي يماك بضعف؟

ج: نحس بالحزن الحزن بزاف لانه قاسات بابا اكبر منها ب9 سنين بصح شاد روكو مايتحاجنيش نتهلي فيه بصح ماما ضعفت ولات تنسى بزاف لدرجة نخافو عليها كي تخرج ولات بالسيف باش تتفكر

س: تشوفي في الليل منامات وكوايبس؟ وش هو ما؟

ج: قبل دوك لالا.

س: وش تحسي كي تخممي في حالة يماك؟

ج: مشاعر مخلطة، حزن حيرة مرآت نتقلق لانه نخمم في حالتها كيفاش ولات

س: تحسي بلي مسؤولياتك تضاعفو ملي عديت تتهلاي في يماك؟

ج: لالا عادي مرآت برك مع ضغط القراية.

س: راكي حاسة بلي هاد المسؤولية دارتلك ضغط؟

ج: ايه كاين ضغط بصح ماهوش من الضغوك اللي تتهرب منها ضغط عن طيب خاطر.

س: عندك مشاكل في الرقاد؟

ج: لالا عادي نخط راسي نرقد

س: تحسي أحيانا بالتعب ولا الفشلة؟

ج: oui

س: عايلتك يراعو مشاعرك ويسايسوك؟

ج: الحمد لله ماعلا باليش اذا كي جيت المازوزية دايريني على رايني

س: اوصفيلي وضعيتك ولا بلاصتك في عايلتك _ العايلة الكبيرة _

ج: الأميرة في بيناتهم ويساعفوني بزاف.

س: تحبك أفكار حزينة تغمك على حالة يماك؟

ج: oui ديما رايني نفكر لو كان ماكانش ماما ديما في الموقف برك كي نتخيل تلقايني نبكي.

س: تحبك فترات تحي تبعدني على الناس وترجي وحدك برك؟

ج: oui (وش تخممي كي تكوني وحدك) نتفكر مواقف يصراولي ولا نخطط لحاجة كيفاش نديرها.

س: راكي حاسة بلي راكي محتاجة للي يقدر وش راكي ديري على جال يماك؟

ج: هاد الحاجة اللي رايني ندير فيها بلا مزيي.

س: وش هوما هواياتك؟

ج: المطالعة الحرف اليدوية (تديرهم دائما) لالا مع القراية والضغط مانلقاش وقت.

س: منين عايشة وش هو مصدر دخلك؟

ج: ماما وبابا في زوج من المنحة نتاع خويا كان في الجيش وتوفى (تحدثت عن وفاة اخيها التي كان

عمرها خلالها 11 سنة وعن علاقتها به وعن تذكرها لتفاصيل وفاته ودفنه وعن حزنها عليه وكيف

انه هو دافعها للنجاح وتحدث معه بداخلها كما لو انه حي بكت خلال هذا الحديث توقفنا قليلا

وتحدثنا اكثر حول اخيها ومن ثم عدنا لاستكمال المقابلة)

س: وش هوما أكثر الحوايج المادية اللي لازم تتوفر ليماك ؟

ج: الطبيب.

س: شكون اللي يتهللى فيه ا من ناحية نقاه ا يعني التدواش، نقى حوايجها...؟

ج: وحدها.

س: وش هي حالته الصحية؟ وتروح للطبيب بزاف؟

ج: الفترة اللخرة تعبت ركبتها الطبيب شاكلها ف السكر عندها ضغط الدم وولات تنسى بزاف.

س: شكون اللي دائما يعسلها مواقيها نتاع الماكلة والدوا؟

ج: انا ولا مرت خويا كي مانكونش في الدر (مرت خوكم ساكنة معاكم) ايه خويا هذا ساكن معانا بصح لفوق و حنا لتحت بصح كلش مع بعضانا ناكلو على طابلة وحدة علايها كي مانكونش في الدار مانخيرش بزاف عليها نكون علايالي كاين لي معاها بصح كي نكون ثم انا لي نتهلئ فيها
س: راك مقلقة على حالته الصحية؟

ج:oui:بزاف بزاف ولات تزعق ميني كي نقلها على صحتها تحسني نحاصرها بصح الله غالب نخاف عليها.

س: كيفاش راكي تشوفي لحالته الصحية في المستقبل؟

ج: (تنهد) ان شاء الله تتحسن، رانا كامل(صمت) خدمتي انه تتحسن اكثر وين يقولولي كاين طبيب ولا كاين طريق ولو نسبة 1 % مانفرطش فيها.

س:صرااتلك وين مرات حسييتي روحك قصرتي في التهلية نتاعك يماك؟

ج:oui: كي نكون غايبة كي نكون محتومة.

س: تلومي نفسك مرات إذا مرضت يماك ولا تعبت شوية؟

ج: نحس روحي بلاك انا ما تهليتش فيها تعبت.

س: تحسري أحيانا بالعجز قدام كامل وش يلزم تديري لهماك مقارنة بوش راكي حاب تديرليها؟

ج:oui: نحس بلي مهما قدمتلها نحس بلي كاين اكثر.

س:تشوفي بلي انت تحاسبي روحك بزاف على أي حاجة تصرى ليماك؟

ج:احيانا.

س:تحافي أنك تغلطي في حق يماك؟

ج: oui:وليت نتحاشي ايني نجاولها باش ما نقيسهاش بكلمة ولا نغلط نرفع صوتي كي نكون مضغوطة من بعد نندم.

س:كي تغلطي في حق أي إنسان تعرفيه وش تحسني وقتها ووش تديري؟

ج: نحس بالذنب يأنبني ضميري ونطلب السماح ولو طفل صغير

س:راكي حاسة بالسعادة في حياتك؟ -راضية على حياتك-؟

ج:oui: الحمد لله.

س:كيفاش تشوفي للناس اللي يتهلأو في والديهم بنفسهم؟

ج: normalement يفتخروا برواحهم لانه خيرهم ربي يقوموا بمجاد الخدمة مش اي انسان يكرم
بخدمة والديه

س: وكيفاش تشوفي للناس اللي يخطوهم في دور العجزة؟

ج: وين قلوبهم، كي نشوف في التلفزيون نتاع دار العجزة نبكي معاهم ماعندهم حتى عذر انا كان
جيت قي بلاصتهم نطلب نسرق المهم نخدمهم

س: كيفاش تقيمي التهلية نتاعك بيماك؟

ج: قطرة من بحر وش راني ندير مايحي والو قدام وش قدمتلي يكفي كي تقولي نشوفك طفلة صغيرة
س: يقدروك الناس ويشجعوك على التهلية نتاعك بيماك؟
ج: أكيد كلمة بارك الله فيك تكفي.

س: خيمتي في وقت من الاوقات، ولاراك ي تخمم دو كا انك تطلي معونة في التهلية بيماك
مثلا خاوتك، جمعيات، دور المسنين؟

ج: jamais انا نشوف فيها رزق مدولي ربي سبحانه.

س: كملنا تقريبا مزال عندك حاجة حابة تزيدي تقوليها على التهلية نتاعم بيماك؟

ج: non

الملحق الخامس:

المقابلة مع الحالة الثالثة

المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة.

س: من وقتاش وانت تتهلى في باباك/بماك؟

ج: التهلية عندها معنى واسع ممكن كل واحد في بيت وntهلي فيها (من وقتاش وهي تحت مسؤوليتك؟) منذ 1991 بعد زواج الأب، يعني بعد انشقاق الأسرة.

س: كيفاش حتى بديت تتهلى فيه وتولي انت متكفل بيه؟

ج: بعد الخروج من الدراسة في 93 إلى الحياة العملية لأن الحالة المعيشية متدهورة جدا، مع أن الوالد هو المنفق الرئيسي لكن غير كاف، لكن في سنة 1997 تحملت المسؤولية 100%، تكاليف البيت حتى تجهيز الأخوات الأربعة إلى يومنا هذا.

س: من أي ناحية انت اللي تتهلى فيه يعني من ناحية انت اللي معاه وتونسه دائما ولا انت اللي متكفل بماكلته ودواه وصحته ولا كيفاش؟

ج: التهلية كبيرة جدا لا أستطيع ان أوفيها حقها، أما من الناحية الصحية، المصاريف اللازمة وهذا واجب بلا مزية لما نرجع للجانب الشرعي يتطلب أن تقوم بأكثر ولا تقول بأني متهلي.

س: وش هي الحاجة اللي تحسها بلي هي لي مخلياتك تتهلي في باباك/بماك؟

ج: في الصغر كأمر وفي الكبير كعبادة لأن المسؤولية كانت منذ الصغر.

س: راك حاس بلي التهلية نتاعك بباك/بماك بدلت حوايج في حياتك؟

ج: متقدرش تعرف وهذا التغير معنوي ولا مادي (في زوج) المعنوي أحس أنه هناك حفظ من الله بالدعوات بالتوفيق، المادي متقدرش تعرف هو رزقك أو لسبب متهلي في والديك.

س: احكي لي على باباك/بماك؟

ج: أمي حنونة، رؤوفة، قلقة، غضوبة بسبب تراكم المشاكل كي تكون قدامها تكثر المطالب، وكي تبعد تقول لو كان غير راه قدامي، وتحب تقليد الناس في الامور الدنيوية.

س: كيفاش توصف علاقتك مع باباك/بماك في صغرك؟

ج: علاقة عادية حيي لها حسب الطاعات، أحيانا تغضبك وأحيانا أخرى عادي (كيفاش حسب الطاعات؟) لما يكون عندك علم لدرجة معينة وتغضبك تستطيع التفويت.

س: وكيفاش راهي علاقتكم دو كا؟

ج: الحمد لله.

- س:راك حاس بلي التهلية نتاعك بيه بدلت شوية في علاقتكم؟ وكيفاش بدلت؟
- ج:حياة عادية جدا بالعكس فيه نقصان لم اوفيهها حقها.
- س:عندكم حوايج تديروهم مع بعضاكم يعني تخرجو كيف كيف ولا تزوروا ناس تعرفوهم؟
- ج: زيارة البنات، العمات، الخالات... وخاصة في المناسبات.
- س:يقلك باباك/بماك على الحوايج اللي يخوفوه ولا يقلقوه؟
- ج:تقلقني لأن عقل الكبير والصغير مش كيف كيف.
- س:ش هو ما هاد الحوايج اللي يخوفوه ولا يقلقوه؟
- ج:تحب أمور الدنيا تخاف عني كي نساfer، ماتحبش تبقى وحدها في الدار، أن يصيب بناها مكروه.
- س:كيفاش تتعامل معاه وش تقلو كي يحكيك على وش يخاف ويتقلق؟
- ج:اما منقلقش خلاص، نصبرها، نعرفها نوريلها.
- س:وش تعنيك هاد التهلية اللي راك تهلى فيها ليماك؟
- ج:في الدنيا لا شيء أما الآخرة فأجر عليها، في الدنيا لا أنتظر أي شيء.
- س:كيفاش كنت تشوف للتهلية في الوالدين من قبل كي كنت أصغر؟
- ج:معندوش إجابة لأنك صغير، تشوف بلي أباك يتهلي في جدك لكن ما عندكش تعبير.
- س:وش هي أغلب المواضيع اللي تقصرو عليها مع بعضاكم؟
- ج:أنا أصلا مانحبش الحديث عن الناس، سؤال وجواب فقط.
- س:وش هو ما أغلب الأفكار اللي تخمم فيهم على طريقة التهلية نتاعك بباباك/بماك؟
- ج:حنان الأم أسبق في خدمتي وخدمة أولادي، نخمم كيفاش نكون السباق في خدمتها.
- س:وش هو ما الحوايج الصعاب اللي تصادفهم في التهلية بباباك/بماك؟
- ج:مكانش حتى حاجة صعبة أو لازم يكون عندك المال لأن طلباتها تتعلق بالمال أما أي شيء آخر فلا توجد صعوبة.
- س:كيفاش تدير مع هاد الحوايج الصعاب؟
- ج:أنا نقلها ان شاء الله وهي تشوف بلي بخلتها، وانت لداخل تحرقك.
- س:كيفاش تشوف روحك كابن؟
- ج:ماعندهاش جواب.

- س: تشوف روحك واحد يقدررو الناس يعملوا عليه؟
- ج: طبعاً يعولوا عنه نشوف في روحي جبل (علاش جبل) جبل علمته الحياة الصبر.
- س: عندك أعراض جسدية يحوك بزاف؟ وش هوما؟
- ج: التيه، التخمام، (أعراض جسدية) التعب.
- س: تتقلق على حالة باباك/بماك كي تشوف بلي ماعادش اجتماعي كيما بكري؟
- ج: أمي اجتماعية.
- س: تلقى روحك مرات مش قادر تركز كامل؟
- ج: أنعم ساعات يروحلي التركيز
- س: تحس بلي الناس اللي قدامك يتأثروا بيك ويديروا كيما الحوايج اللي تديرهم انت، كيما التهلية نتاعك ببابا/بماك؟
- ج: كاين بزاف لدرجة الحسد (كيفاش) كاين أسر يتمناو يكون عندهم ابن بار مثلي لإهمال ابناءهم كما يوجد من يقلدني في امور.
- س: كيفاش تحس كي تشوف باباك/بماك يضعفو؟
- ج: نضعف.
- س: تشوف في الليل منامات وكوابيس؟ وش هوما؟
- ج: أبدا لا أرى والا لا شفت مانشفاش.
- س: وش تحس كي تخمم في حالة بماك؟
- ج: تغيضني واحيانا تبان عادي، لان الحياة مكتوبة الام عانات كذلك أنا عانيت فكلنا في المشاكل سواء.
- س: تحس بلي مسؤولياتك تضاعفو ملي عدت تتهلى في باباك/بماك؟
- مسؤولية عادية إنما المتطلبات تضاعفت بسبب زيادة عدد الاولاد وهذا شيء عادي.
- س: راك حاس بلي هاد المسؤولية دارتلك ضغط؟
- ج: نعم (اقصد مسؤولية الام) الضغط ليس من المسؤولية بل من المتطلبات.
- س: عندك مشاكل في الرقاد؟
- ج: في الماء نرقد.

س: تحس أحيانا بالتعب ولا الفشلة؟

ج: لازم.

س: عايلتك يراعو مشاعرك ويسايسوك؟

ج: فقط الزوجة لكن العائلة الممتدة فمنهم ومنهم لأن كثرة المشاكل تولد نوع من الجفاف.

س: اوصفلي وضعيتك ولا بلاصتك في عايلتك _العائلة الكبيرة_.

ج: عندي أثر في العائلة لكن مايوريولكش (علاش) عزة النفس تاخذهم. المستشار الرئيسي حاليا

وليس قيل.

س: تجك أفكار حزينة تغمك على حالة باباك/بمأك؟

ج: بالعكس نحس عادي لحد الساعة.

س: تجيك فترات تحب تبعد على الناس وتريح وحدك برك؟ وش تخمم كي تكون في هاد الفترة؟

ج: كثيرا واغلبها في السفر وفيها نتفرغ صح لعبادة الله وترتب أمور ياسر وأمر تكون غافل عنها

تسترجعها لما تكون في الوحدة

س: راك حاس بلي راك محتاج للي يقدر وش راك دير على جال باباك/بمأك؟

ج: ابدأ لا احس اني محتاج بل بالعكس أحس بالخرج لما يذكرني برعاية أمي.

س: وش هوما هواياتك؟ وتديرهم دائما؟

ج: نحب الرياضة الفنون القتالية السباحة الحياة البدوية.

س: منين عايش وش هو مصدر دخلك؟

ج: كسب اليد التجارة.

س: كيفاش تأثر التهلية تتاعك ببيماك على مدخولك وجانبك المادي؟

ج: لا احس بشيء انها تؤثر.

س: وش هوما أكثر الحوايج المادية اللي لازم توفرها لهماك؟

ج: الامور الصحية والكماليات اما الاشياء فهي تطلب.

س: وش هوما الصعوبات المادية اللي تلقاهم في التهلية ببيماك؟

ج: احيانا تكون في امس الحاجة للمال أما لما يكون حاضرا فلا بد القيام وفقط.

س: شكون اللي يتهللى فيه من ناحية نقاه يعني التدواش، نقى حوايجها...؟

ج: بنفسها.

س: وش هي حالته الصحية؟ ويروح للطبيب بزاف؟

ج: متوسطة اما الطبيب فنادرا.

س: شكون اللي دايما يعسلو موافيتو نتاع الماكلة والدوا؟

في اغلب الاحيان الزوجة، أما انا فمهمل ومنلحقض باش نفكرها بدواء أو غيره.

س: راك مقلق على حالته الصحية؟

ج: حالتها لا تقلق.

س: كيفاش راك تشوف لحالته الصحية في المستقبل؟

ج: تندهو لانها راها تكبر.

س: صراتلك وين مرات حسيت روحك قصرت في التهلية نتاعك بيماك؟

ج: نعم قصرت ليس جفاء وانما مجبر (كيفاش مجبر) فقط الجانب المادي لما يغيب.

س: تلوم نفسك مرات إذا مرض يماك ولا تعب شوية؟

ج: تحن اليها اما اللوم فلا يوجد لان الله هو الذي اصابها.

س: تحس أحيانا بالعجز قدام كامل وش يلزم تدير ليماك مقارنة بوش راك حاب تديرلها؟

ج: طبعا احس انه هناك عجز.

س: تشوف بلي انت تحاسب روحك بزاف على أي حاجة تصرى ليماك؟

ج: لا ابدا.

س: تخاف أنك تغلط في حق يماك؟

ج: تخشى ان تغلط في حقها (لماذا تخشى؟) لانه ربما هناك امور بسيطة قد تكون لها قيمة اكبر لكن قد

تفوتك مما يزعجها.

س: كي تغلط في حق أي إنسان تعرفو وش تحس وقتها ووش تدير؟

ج: اول شيء اذا غلطت لازم نصلحها (كيفاش تصلحها؟) اذا كان حق معنوي لازم نتراجع واذا كان

مادي لازم نخلص لانه يدخل في الدين وتحاسب عليه

س: راك حاس بالسعادة في حياتك؟ -راضي على حياتك-؟

ج: والله (ضحك) السعادة انما هي في تقوى الله، اما في الدنيا مكانش وحتى تحقق الدنيا كامل ترغب في حوايج لكن لما تحققهم يبانولك والو

س: كيفاش تشوف للناس اللي يتهلأو في والديهم بنفسهم؟

ج: نفرح لهم، تدعيلهم بالخير، فيها فوز عظيم ولكن لازم له صبر لان كبر الوالدين عند الابناء اما فيه خسارة أو فلاح.

س: وكيفاش تشوف للناس واللي يخطوهم في دور العجزة؟

ج: والله (صمت) أكبر خطأ وتدخل في المعصية.

س: كيفاش تقيم التهلية نتاعك بيماك؟

ج: والله صفر (علاه) ما أديت حق أمي.

س: يقدرورك الناس ويشجعوك على التهلية نتاعك بيماك؟

ج: نضربو لا استطيع حتى ولو كان سؤال عفوي اعتبره سؤال قبيح.

س: يقدرورك الناس ويشجعوك على التهلية نتاعك بيماك؟

ج: يقدروني ويخرجوني تقديرهم يخرجني ويزعجني.

س: خممت في وقت من الاوقات، ولاراك تخمم دوكا انك تطلب معونة في التهلية بيماك

مثلا خاوتك، جمعيات، دور المسنين؟

ج: أبدا (خاوتك) ابدا (من جمعيات) أستغفر الله.