



جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت  
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية  
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي

المعاش النفسي لزوجة الابن المرافقة لأم الزوج  
المصابة بمرض الزهايمر  
دراسة عيادية لحالتين

تحت إشراف الأستاذ:

أ. د. زاوي آمال

من إعداد وتقديم الطالبة:

- درقاوي صارة

تاريخ المناقشة: 2022/09/15

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. سعدون سمية	أستاذ محاضر - أ	رئيسا
د. زاوي آمال	أستاذ محاضر - أ	مشرفا ومقررا
د. مقداد أميرة	أستاذ محاضر - أ	مناقشا

السنة الجامعية 2021-2022



جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت  
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي

المعاش النفسي لزوجة الابن المرافقة لأم الزوج  
المصابة بمرض الزهايمر  
دراسة عيادية لحالتين

تحت إشراف الأستاذ:

أ. د. زاوي آمال

من إعداد وتقديم الطالبة:

- درقاوي صارة

تاريخ المناقشة: 2022/09/15

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. سعدون سمية	أستاذ محاضر - أ	رئيسا
د. زاوي آمال	أستاذ محاضر - أ	مشرفا ومقررا
د. مقداد أميرة	أستاذ محاضر - أ	مناقشا

السنة الجامعية 2021-2022

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۴۳۸

Plutôt de se centrer sur l'individu détérioré, donnez la priorité au milieu humain déboussolé par les comportements de l'un de ses membres ; parce que finalement ce que l'on peut entendre c'est l'immense désarroi qui s'empare des proches et de tous les niveaux de la société quand le diagnostic de la démence est posé

**Aubeline Vinay**

# اهداء



مرت فاطرة البحث بالكثير من العوائق، ومع ذلك حاولت أن اتخطاها بثبات بفضل من الله ومنه  
ما أجمل أن يجود المرء بأعلى ما لديه والأجمل أن يهدي الغالي للأغلى... هي ذي ثمرة جهدي أجنيتها اليوم  
هي هدية أهديها:

إلى من حملتني وهنا على وهن وأسقتني من صدرها وأسكنتني قلبها فغمرتني بحبها... إلى من تحت أقدامها  
جنتي... إلى قرة عيني وبهجتي... إلى الشمعة التي لطالما احترقت لتنير دربي إلى "أمي"  
إلى من يجرع الكأس فارغا ليسقيني قطرة حب... من كلت أنامله ليقدّم لحظة سعادة... إلى أعز من أنتسب  
إليه... دعمي وسندي في الحياة... مثال الوفاء والعطاء. أمل أن تكون فخورا بما زرعت إلى "أبي"

إلى من ساندتني بصلاتها ودعواتها.. التي أتضرع إلى الله أن يطيل عمرها إلى "جدتي"  
إلى نعمتي وطيف فؤادي.. إلى رفيقات دربي... إلى قطعة من روحي... إلى أغلى ما في الوجود إلى أخواتي  
«أسماء وابتسام»

إلى من أحمد الله أنه وهبني إياه فلا دنيا تقارن بك.. ولا وطن يغني عنك.. فالعالم يحتاج قلبا كطهر قلبك..  
إلى "لؤلؤتي دنيا"

إلى نبض قلبي وقلبي... إلى رفيق الروح وشريك الحياة... إلى أجمل ما حدث في حياتي... إلى الذي كان خير عون  
وسند طيلة مسيرتي... إلى من وقف بجاني لأحقق طموحي العلي... إلى "زوجي"

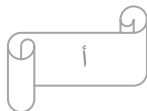
إلى زينة حياتي وبهجتها... إلى من ملأت ضحكته الجميلة عمري... إلى قطعة من قلبي وفلذة كبدي إلى

## "إبني رياض"

إلى أقرب الأقربين إلى قلبي، إلى من أشكر الله جل في علاه كونه قد رزقني إياهم إلى

## "عائلة زوجي"

إلى من كان لهم أثر على حياتي.. إلى كل من أحبهم قلبي ونسيم قلبي.



## الشكر

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ "

### (سورة النمل، الآية 19)

الحمد لله والشكر لله عز وجل على توفيقي وتسديد خطايا بكرمه في انجاز هذا العمل، فهو المتفضل الأول بسايغ الكرم، والمعطي دائما بجزيل النعم. بداية وعرفا للجميل أتوجه بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى من راعى هذه الثمرة والمشرف عليها الدكتورة "زاوي أمال" والتي لم تبخل عليا بنصائحها ودعمها، إلى بصيص الأمل وجرعة القوة والتفاؤل، التي كانت كلماتها أعلى من الذهب وأطيب من الياسمين، تلك التي أثلجت صدري وأعطتني القوة والشجاعة لكي أوصل ولا أستسلم، كلماتها تحثني على أن أخرج الأفضل من أعماقي. شكرا أستاذتي الفاضلة فأنت بمثابة رحيق الشفاء. كما أتوجه بتقدير خالص إلى كل أساتذة علم النفس العيادي الذين ساهموا بشكل متميز في تطييري طيلة المشوار الدراسي ولم يبخلوا عليا بتواضعهم في تكويني وتصوبيي.

كل الشكر والامتنان لأعضاء لجنة المناقشة الدكتورة "سعدون سمية" والأستاذة "مقداد أميرة" على تفضلهم بمناقشة وتصويب هذا العمل بحب محب، غامر بالتقدير والاحترام، وعقل فاكِر وذاكر للأفضال..، أكن كل الشكر والحب لمن كانت الموجه والناصح والمشجع والمحفز، والتي فتحت لي أبواب عيادتها الدكتورة "بن عمارة نضيرة" والتي كان لي الشرف أن أجلس في مكتبها والذي زادني قوة وثقة بنفسي...والتي مهما ذكرت فضائلها لن أستطيع أن أوفيها حقها.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير العرفان إلى حالات الدراسة

وفي الأخير أشكر كل من ساهم فيه من بعيد أو قريب، وساعدني ولو بنصيحة أو دعاء في ظهر الغيب

## الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي لزوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر وقد شملت عينة الدراسة حالتين، تم اختيارها بطريقة قصدية وذلك للإجابة على التساؤلات التالية:

السؤال الأول: هل تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر من القلق؟

السؤال الثاني: هل تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر من الاكتئاب؟

السؤال الثالث: هل مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المريضة بالزهايمر يؤثر على معاشها النفسي؟

وتم صياغة فرضيات الدراسة وفق هذه التساؤلات، وللتحقق من صحتها، تم الاعتماد على المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة باستخدام مجموعة من الأدوات تمثلت في الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية نصف المواجهة، فحص الهيئة العقلية اختبار بيك الثانية للاكتئاب المقنن عن يد بشير معمريه 2010، وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

-تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المريضة بالزهايمر من القلق

-تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر من الاكتئاب

-يؤثر مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المريضة بالزهايمر على معاشها النفسي

**الكلمات المفتاحية:** المعاش النفسي، أم الزوج، زوجة الابن، المرافق، مرض الزهايمر

## Abstract

This study aims to reveal the nature of the psychological experience of the wife accompanying her mother-in law with Alzheimer's disease. The sample study covered two cases, chosen intentionally to answer the following questions:

Question 1: Does the wife accompanying her mother-in law with Alzheimer's suffer from anxiety?

Question II: Does the daughter-in-law accompanying her mother-in law with Alzheimer's suffer from depression?

Question III: Does accompanying the mother-in-law's wife suffer from Alzheimer's disease affect her psychological experience?

The hypotheses of the study were formulated according to these questions. The clinical approach which is based on a case study were adopted to verify the validity of these hypotheses, by using a range of tools, such as the clinic observation, semi-directive clinical interview; mental state examination, the second Beck depression inventory acquired by Bashir maamriya 2010 and the Rorschach test. The study found the following results:

- The wife accompanying her mother-in law with Alzheimer's suffer from anxiety

- The daughter-in-law accompanying her mother-in law with Alzheimer's suffers from depression

-Accompanying the mother-in-law's wife suffer from Alzheimer's disease affects her psychological experience

**Keywords:** Psychological experience, mother-in law, daughter-in-law wife, Care, Alzheimer's disease



## قائمة المحتويات

العنوان	الصفحة
-اهداء .....	أ
-الشكر.....	ب
-ملخص الدراسة .....	ت
-قائمة المحتويات .....	ث
-قائمة الجداول.....	ذ
-قائمة الأشكال .....	ر
-قائمة الملاحق .....	ز
-المقدمة.....	01

## الجانب النظري

### الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة

تمهيد .....	05
1. إشكالية الدراسة .....	05
2. فرضيات الدراسة.....	09
3. أهداف الدراسة... ..	09
4. أهمية الدراسة.....	09
5 التعاريف الإجرائية للمتغيرات الدراسة.....	10





- 6.دوافع اختيار الموضوع.....11
7. الدراسات السابقة.....12
8. التعقيب على الدراسات السابقة .....17
- خلاصة الفصل ..... 22

## الفصل الثاني: مكانة المسن في الأسرة الجزائرية

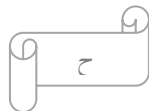
- تمهيد.....24
- أولاً: المسنون ..... 24
1. مفهوم الشيخوخة ..... 24
2. أنواع الشيخوخة.....26
3. خصائص الشيخوخة ..... 27
4. احتياجات واهتمامات الشيخوخة.....30
5. مشاكل الشيخوخة ..... 35
- 6.اشكالية الشيخوخة في الجزائر ..... 38
- ثانياً: مكانة المسن في الأسرة الجزائرية.....39
1. مفهوم الأسرة الجزائرية ..... 39
2. أنواع وخصائص الأسرة الجزائرية.....41
3. مكانة المسن في الأسرة الجزائرية ..... 46
4. مكانة الأم وعلاقتها بزوجة الابن ..... 52
- خلاصة الفصل ..... 55

## الفصل الثالث: مرض الزهايمر

- تمهيد.....57
1. تاريخ مصطلح الزهايمر.....57
2. مفهوم مرض الزهايمر.....58
3. الاحصائيات.....59
4. أعراض مرض الزهايمر.....61
5. تشخيص مرض الزهايمر.....62
6. أنواع مرض الزهايمر.....65
7. مراحل مرض الزهايمر.....67
8. العوامل المسببة لمرض الزهايمر.....69
9. فيزيوباتولوجية الزهايمر.....74
10. الاضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر.....79
11. علاج مرض الزهايمر.....87
- خلاصة الفصل.....91

## الفصل الرابع: المعاش النفسي لمرافق مريض الزهايمر

- تمهيد.....93
1. المعاش النفسي.....94
2. الشخصية والبنية.....99
3. الثقافة والشخصية المغربية.....102



4. دور المرأة في الأسرة المغاربية عامة والأسرة الجزائرية خاصة ..... 103
5. مرافقة مريض الزهايمر ..... 106
6. حيثيات مرافقة مريض الزهايمر وانعكاساتها ..... 109
7. مرافقة مريض الزهايمر والاضطرابات النفس - مرضية ..... 112
- خلاصة الفصل ..... 115

## الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- تمهيد ..... 121
1. منهج الدراسة ..... 121
2. الحدود المكانية والزمانية ..... 122
3. عينة الدراسة ..... 123
4. أدوات الدراسة ..... 124
- 1.4 الملاحظة العيادية ..... 124
- 2.4 المقابلة العيادية ..... 125
- 3.4 الاختبارات النفسية ..... 127
- 1.3.4 اختبار فحص الهيئة العقلية ..... 128
- 2.3.4 اختبار بيك للاكتئاب ..... 129
- 3.3.4 اختبار رورشاخ ..... 131
- خلاصة الفصل ..... 135

## الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد .....	138
1. عرض وتحليل حالات الدراسة .....	138
2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات .....	174
1.2 مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الأولى .....	174
2.2 مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الثانية .....	177
3.2 مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الثالثة .....	180
3. الاستنتاج العام .....	183
خاتمة .....	186
التوصيات والاقتراحات .....	187
قائمة المراجع .....	189
قائمة الملاحق .....	203

## قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين المكونات الأساسية للبنية الشخصية	101
02	يبين خصائص عينة الدراسة	123
03	يبين عبارات المستبدلة لاختبار البديلة بين النسختين	129
04	استجابات اختبار الرورشاخ للحالة الأولى	145
05	نتائج تطبيق اختبار الرورشاخ للحالة الأولى	147
06	استجابات اختبار الرورشاخ للحالة الثانية	164
07	نتائج تطبيق اختبار الرورشاخ للحالة الثانية	165

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
60	يوضح انتشار أنواع خرف الشيخوخة	01
66	يمثل تصوير مغناطيسي لمخ مصاب بمرض الزهايمر	02
69	يوضح تطور مرض الزهايمر من الناحية التشريحية	03
75	يوضح الصفائح الهرمية وانحلال الألياف العصبية	04
77	يوضح انحلال الألياف العصبية	05
78	يوضح صورة الدماغ لشخص العادي ومريض الزهايمر	06
78	صورة طبوغرافية للإصابة الدماغية	07

## قائمة الملحق

الرقم	عنوان الملحق
01	المعايير التشخيصية للعتة من نوع الزهايمر حسب DSM-IV-TR
02	المعايير التشخيصية لمرض الزهايمر حسب: NINCDS-ADRDA
03	إجابات الحالة الأولى على اختبار بيك للاكتئاب
04	إجابات الحالة الثانية على اختبار بيك للاكتئاب
05	لوحات اختبار رورشاخ

المقدمة



## المقدمة

إن التقدم في السن هو ظاهرة طبيعية تعرف بالشيخوخة أو بالمرحلة النهائية التي يمر بها كل فرد وهي مرحلة تطرأ عليها العديد من التغيرات التي تمس جميع الجوانب، النفسية، الاجتماعية، النفسية والعقلية والتي تؤثر على نمط حياة الفرد، فبعدما كان قادرا على مواجهة الحياة وتحقيق متطلباته في شبابه أصبح في هرمه عاجزا يبحث دائما عن اشباع حاجاته لأجل ضمان استمرار حياته. الأمر الذي يستدعي الرعاية والتي تعد من أهم أدوار الفرد الاجتماعية داخل أسرته، بحيث أن التقدير الذاتي الذي يناله الفرد من مجتمعه جراء قدرته على أداء المهام الاجتماعية والالتزام بها من أهم أبعاد تقدير الذاتي لديه، فإنجازاته داخل الجماعات التي ينتمي إليها وأهمها الأسرة تحدد مكانته الاجتماعية المكتسبة والتي قد أشار إليها العالم الأنثروبولوجي (رالف لينتون) عندما تحدث عن البناء الاجتماعي في كتابه الأنثروبولوجيا الاجتماعية حيث ميز بين المراكز الموروثة والمراكز المكتسبة. وعليه تعد رعاية المسن نوعا من المسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتق الأبناء والتي تلقى الثناء والتقدير من طرف المجتمع بشكل عام.

ومن المعروف أن المجتمعات العربية الإسلامية أولت أهمية بالغة للمسنين ومسألة رعايتهم بعدة قرون مقارنة بالمجتمعات الحديثة حيث كان القرآن والسنة النبوية الشريفة الأسبقية في الاهتمام بذلك. وباعتبار المجتمع الجزائري هو مجتمع إسلامي محافظ فإنه يمثل للتعاليم الإسلامية التي أعطت للمسن هيبة ووقارا بحيث أقرن الاحسان إليهم بالتوحيد والعبودية لله. ضف إلى ذلك فحسب المنظومة الثقافية - الاجتماعية، فإن الشخص المسن له مكانة وهيبة والإساءة إليه وإهماله خاصة من طرف أولاده يعد عقوقا والأمثال الشعبية في الوسط الجزائري تجسد هذا التصور " إذا كسروك الوالدين ما يجبروك الصالحين" وهذا ما أدى إلى ترسيخ ثقافة "دعوة الشر" في عمق الذاكرة الجماعية لدى أفراد المجتمع والتي تعكس اللعنة التي تلاحق صاحبها مدى حياته، ومن هنا أصبحت رعاية المسن واجب دينيا مقدسا وكذا واجبا اجتماعيا يفرضه الدور الاجتماعي وقواعد المجتمع. ولكن وفي ظل التغيرات المختلفة التي مست المجتمع الجزائري، عرفت الأسرة الجزائرية تراجعا ملموسا في وظائفها التقليدية وأهمها رعاية المسنين، فتغير تركيبة الأسرة الجزائرية أدى إلى تغير أدوارها وتغير مكانة أفرادها فيها، والنتيجة أن المسن فقد مكانته وأصبح عبئا على الأبناء فبعد ما كان وجوده في البيت مصدرا للبركة لم يعد يجد له مكانا لأن البيوت في الأسرة النووية لم تعد تنتسج للأجداد. ومما زاد الطين بلة خروج المرأة للعمل، فالمرأة تغيرت مكانتها، فأصبحت

ترفض الدور الاجتماعي الذي يقتصر على أشغال البيت وقد بين ذلك بن رجب وهو يتكلم عن المرأة في ظل التطورات الحديثة.

" اليوم لم تعد تمتثل لهذه الالتزامات ولا تقبل أن تخضع للنظام التسلسلي الهرمي للمراتب والأدوار بنفس درجة خضوع أمهاتهن أو جداتهن (Benrdjeb.R,2003: 92)، وباعتبار أن المرأة تعد الرعاية الأولى للمسنين فخروجها للعمل أدى إلى تقلص هذه الرعاية. وبالتالي أصبح التكفل بالمسن ومرافقته عبئا وخاصة إذا أصيب بمرض يمس الدماغ كمرض الزهايمر.

رغم التغييرات العميقة التي مست الأسرة الجزائرية إلا أن الدور الاجتماعي للرجل يبقى مهما فالذكور هم من يعمرون البيوت ويضمنون التكفل بالوالدين. خاصة إذا تعلق الأمر بالأم، فعلاقة ابن/ أم تبقى علاقة قوية وخاصة جدا وهذا ما تكلم عنه (P. Maranda) " أن الجنين هو شخص منها تقوم بوضعه ويصبح لها دوما، لا يمكن أبدا تطليقها، كيانه كله تابع لها ومجبر على حبه لها". (قرطي، 2017: 04)

ولكن عندما يتكفل الرجل بأمه في المجتمع الجزائري فعناء المرافقة يقع على زوجته. وفي هذه الدراسة ارتأت الطالبة الالتفات إلى المعاش النفسي لزوجات الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر من خلال التقرب من هذه الفئة والبحث في جانبها السيكولوجي وفهمه في ضوء واقعها الاجتماعي الثقافي، الدور الصعب والمجهود الذي يتطلبه ناهيك عن تعدد الأدوار وتأثير ذلك على توظيفها النفسي والعائلي.

ولتغطية هذه الدراسة والامام بجميع متغيراتها، تم تقسيم الدراسة إلى جانبين، الأول هو الجانب النظري، والذي يضم أربعة فصول، بحيث تناول الفصل الأول الإطار التمهيدي للدراسة أين تم بناء الإشكالية وصياغة فرضياتها، وتحديد كل من أهداف الدراسة وأهميتها، وصولا إلى ضبط المفاهيم الإجرائية لمتغيراتها، ثم عرض أهم الدوافع التي قادت الطالبة لاختيار الموضوع، يليه بعد ذلك عرض لبعض الدراسات السابقة المتناولة لمتغيرات الدراسة الحالية وأخيرا التعقيب عليها.

أما الفصل الثاني: فقد جاء تحت عنوان مكانة المسن في الأسرة الجزائرية، والذي بدوره تم تقسيمه إلى عنوانين رئيسيين الأول تضمن متغير المسن انطلاقا من تعريفه، خصائصه واحتياجاته وكذلك أهم مشاكله واشكاليته في المجتمع الجزائري، والثاني بعنوان المسن في الأسرة الجزائرية، بداية بتعريف الأسرة

الجزائرية ثم التطرق إلى أنواعها مروراً بخصائصها، وصولاً إلى تحديد مكانة المسن في الأسرة الجزائرية، لينتهي بمكانة أم الزوج وعلاقتها بزوجة الابن

والفصل الثالث: تناول متغير الزهايمر وذلك انطلاقاً من لمحته التاريخية ثم تعريفه، ثم التطرق إلى ذكر أنواعه ومراحله وأعراضه السريرية، ثم التطرق إلى كيفية تشخيصه، ثم تحديد العوامل المؤدية للإصابة به، يلي ذلك الفيزيوباثولوجية لمرض الزهايمر، وصولاً إلى أهم الاضطرابات المصاحبة له، لينتهي بطرق علاجه.

الفصل الرابع: فخصص لدراسة المعاش النفسي لمرافق مريض الزهايمر انطلاقاً من عموميات حول المعاش النفسي، ثم تعريف الشخصية والبنية، ثم التطرق إلى الثقافة والشخصية المغاربية بصفة عامة والجزائرية خاصة، كذلك مرافقة مريض الزهايمر، ثم حيثيات مرافقة مريض الزهايمر وانعكاساتها، وأخيراً مرافقة مريض الزهايمر والاضطرابات النفس-مرضية

أما الجانب الثاني: فقد خصص للدراسة الميدانية، ويتكون من فصلين، الفصل الخامس والذي تناول الإجراءات المنهجية والذي ضم العناصر التالية المنهج، الحدود المكانية والزمانية، العينة، والأدوات المعتمدة في الدراسة.

بينما الفصل السادس: والذي تم فيه عرض نتائج الدراسة، ثم تحليلها ومناقشتها، وفي إطار ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الميدانية وصولاً إلى استنتاج عام، ثم خاتمة، بعد ذلك طرح بعض الاقتراحات والتوصيات، تليها قائمة المراجع المعتمدة في هذه الدراسة، وأخيراً قائمة الملاحق

## الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة

**تمهيد:**

يتضمن هذا الفصل الإطار التمهيدي للدراسة الذي يتضمن الأسس المنهجية التي بنيت عليها الدراسة، انطلاقاً من بناء الإشكالية وصياغة فرضياتها، ثم تحديد أهداف وأهمية الدراسة، مروراً إلى ضبط متغيرات الدراسة بمفاهيمها الإجرائية، يلي ذلك تحديد الدوافع الكامنة وراء اختيار الموضوع، وصولاً إلى عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها، وأخيراً خلاصة الفصل.

**1- إشكالية الدراسة:**

من الطبيعي أن يتغير الإنسان تغيراً عضوياً ونفسياً نتيجة لارتقائه في مسار الحياة وزيادة العمر ومع التقدم في السن يواجه الشخص عدداً متزايداً من التغيرات التي تؤثر عليه وعلى الأشخاص المحيطين به. فالشيخوخة تعدّ آخر مرحلة من مراحل عمر الإنسان، يفقد خلالها الفرد استقلالته وبالتالي يصبح عاجزاً عن رعاية وخدمة نفسه. الشيخوخة هي تغير طبيعي يطرأ على الإنسان يمس الجهاز الفسيولوجي والعصبي مما يؤثر على جسم المسن ويصبح غير قادر على مقاومتها ويتأثر بشدة مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات وجدانية نفسية كالإحباط والاكتئاب واضطرابات ذهنية فكرية كضعف الانتباه والتركيز مما يضعف المدركات والذاكرة.

كما أن هناك أمراض تمس الجهاز العصبي يصاب بها الشيخ المسن تؤدي إلى التدهور التدريجي لمعظم الوظائف العقلية من أهمها مرض الزهايمر والذي يعرف بأنه مرض عصبي قشري أولي ذو أسباب مجهولة وخصائص مرضية وعصبية كيميائية مميزة. وهو غير قابل للعلاج " الخرف هو اضطراب انحلائي غير قابل للعلاج" (Hemming.Jo,2018 :76) أما فيما يخص تشخيص هذا الاضطراب فيبدو أن في بعض البلدان الأفريقية لا يكون إلا متأخراً والسبب ذلك يعود إلى التأخر في الفحص وعدم توفر التغطية الصحية (01: Hamani & all,2021)

من زاوية إحصائية فإن العالم يشهد تزايد كبير في عدد المسنين الذين تجاوزت أعمارهم سن الستين، فبعد أن كان عددهم لا يتجاوز 188 مليوناً عام 1950 بلغ عددهم في العام 1980 أكثر من 490 مليون ثم أكثر من 600 مليون في العام 2000، ومن المتوقع أن يصل العدد في عام 2025 إلى أكثر من مليار مسن (الأمم المتحدة 2010 نقلاً: عن عبد اللاوي 2019). ويرجع هذا التزايد في عدد المسنين إلى عصر العولمة والتطور السريع خاصة في المجال الطبي مما ساهم في زيادة التعمير.

"أما في الجزائر فتشير الدراسات الوطنية أن المجتمع الجزائري يتجه نحو الشيخوخة بنسبة 50 بالمائة سنة 2050 وهذه النتائج جاءت بناء على دراسات معدل الحياة الذي وصل سنة 2011 إلى 76 سنة، لتصل الجزائر سنة 2030 إلى تسجيل نسبة 20 بالمائة من الجزائريين في مرحلة الشيخوخة " (جاب الله وآخرون، 2021: 566)

ويؤكد ذلك الباحث بن سماعيل "خلال العقدين الماضيين، تحسن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى التحسن الكبير الذي مس تغطية التكاليف الطبية، مجانية الفحوص كل هذه العوامل لعبت دورا كبيرا في ارتفاع معدل الأعمار لدى فئة المسنين (Bensmail. B ;1993 :220)

ولذلك فإن التكفل بالمرضى المصاب بالزهايمر يعتبر تحديا كبيرا للشخص الذي يعتني به وقد أثبتت الدراسات ذلك، بحيث يصطلح على الشخص الذي يرافق المسن (l'aidant) وبالإنجليزية (care). ويعرف على أنه الشخص الذي يقدم المساعدة والعناية لشخص يعاني من مرض مزمن، إعاقة أو أي شخص بحاجة إلى الصحة أو عناية لوقت طويل خارج الإطار الوظيفي.

كما اتفق العديد من العلماء على اعتبار أن العمل والدور الذي يقوم به المرافق للمسن المصاب بمرض مزمن وخاصة الأمراض التي تمس الوظائف العقلية مثل (الزهايمر) اصطلح عليه بالعبء (le fardeau) وبالإنجليزية (Borden) حيث يشير إلى "الصعوبات التي يواجهها المرافق خلال رعايته لذويه والنتائج المترتبة على عملية المرافقة على حياته" (Moira & all,2020 :30)

وينقسم هذا العبء إلى قسمين عبء موضوعي objectif ويشير إلى وضعية العناية المقدمة للمريض والصعوبات التي يواجهها المرافق جراء الواجبات الصعبة الملزم القيام بها كالاستيقاظ المتكرر من النوم، أخذ المريض إلى الأطباء في مواعيد متعددة. أما العبء الذاتي subjectif فهو إدراك الشخص الذي يعتني بالمريض للوضعية التي يعيشها. (Moira & all,2020 :30)

نلاحظ أن مصطلح العبء يعكس بنسبة كبيرة المعاش le vécu الخاص بالمرافق وقد بينت الدراسات أن العبء الملقى على عاتق المرافق مرتبط بنسبة كبيرة بالاضطرابات النفسية لديه "إن الاحتراق لا يشكل إلا جزءا من معاش المرافق ودراسات عديدة أكدت على أن المرافقين على وجه الخصوص فئة معرضة إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية" (Moira & all,2020,p 91) وهذا ما جاء في دراسة أجريت مؤخرا لـ (Afeez- Abiola (2022) فيما يخص العلاقة بين جودة الحياة لدى المرافقين

للأشخاص المصابين بالخرف والرعاية المقدمة فقد تبين أنها ترتبط باحتياجات الأشخاص المصابين بالخرف ومدى قدرة المرافقين على مواجهة التدهور التدريجي للمرض وكذا قدرته على تلبية حاجاته الخاصة وإمكانية توفر الدعم له. (Afeez- Abiola. H,2022 :06)

- مرض الزهايمر لا يؤثر على المريض فقط بل يمتد إلى أبعد من ذلك إلى الأسرة وحتى إلى المحيطين وهذا ما أكده (Gemmant)"أن الخرف لا يمس المرضى فقط فهو يؤثر على كل العائلة بل ويتعدى ذلك إلى بعض المقربين " (Gemmant & all ,2001 :231-250)

كما تبين الدراسات أن مرافقة الشخص الذي يعاني من أمراض مزمنة تشكل ضغطا كبيرا على العائلة إلى درجة أنه يتطلب على الأقل تكفل دوائي<sup>1</sup>

وفي دراسة أخرى يؤكد الباحثون نفس الشيء (Malabou 2007)

فبالإضافة إلى أنهم يحتاجون دعما من الناحية الميدانية فهم يحتاجون أيضا دعما نفسيا وإن تطلب الأمر يجب كتابة مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب " (Vanderheydem;2009 :14)

وهذا ما أثبتته الدراسات بأن المرافق للمصاب بالخرف ومقدمي الرعاية يحتاج إلى تكفل نفسي والتي تمت دراستها من خلال البحث في قاعدة البيانات وسجلات التجارب السريرية، وتم الوصول إلى نتائج ايجابية على مستوى ادارة الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى المصاب بالخرف وعلى العبء الملقى على مقدمين الرعاية عن طريق مقياس رايد Raid الذي يقيس جودة الحياة عند المصابين بالخرف ومقياس Qolad الذي يقيس العبء le fardeau الخاص بالمرافقين « Zarit Burden » (Emma.P,2019 :01)

وعندما نتكلم عن المرافق في الأسرة الجزائرية ففي أغلب الأحيان زوجة الابن هي التي تقوم برعاية والدي الزوج وفي بعض الحالات تقوم بذلك مرغمة، فلا ننكر الانطباع السيئ الذي ورثناه حول موضوع علاقة المسنين مع أزواج أبنائهم والواقع أن هذا الانطباع قد يكون له جانب من المصادقية في الكثير من الأحيان خاصة بالنسبة لعلاقة الحماة بزوجة ابنها كما أن زوجة الابن التي قد عاشت

<sup>1</sup> « Il parait cependant inéluctable que les maladies de long cours constituent un stress pour les familles ; nécessitant une prise en charge médicale au minimum » (Kohl et Jones ;1999 :387-399)

صراعات ونزاعات مع أهل الزوج والحماة على وجه الخصوص فإنها قد تشعر بالتضرر الشديد وحالة نفسية خاصة من خدمتها لذوي عائلة زوجها.

إن تقوم زوجة الابن برعاية أحد والدي الزوج أو كليهما في بعض الأحيان زوجة الابن وهي مكرهة وما يزيد الطين بلة عندما يصاب أحدهم بمرض كالزهايمر، وقد بينت الدراسات في هذا الصدد أن " المرافق الذي يعتني بالمريض بمحض ارادته ولم يفرض عليه يكون أقل عرضة للإصابة بالاحتراق النفسي " (Moira & all ;2020 :95)

ومنه فإن دراستنا ستتمحور حول المعاش النفسي لزوجات الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر مع العلم أنه ليس من السهل الامام بكافة جوانب المعاش الخاص بأي تجربة.<sup>1</sup>

ومن هذا المنطلق حاولنا ضبط المتغيرات التي تساهم في بلورة المعاش النفسي وفق ثلاثة أبعاد:

البعد الذاتي الذي يمس سمات الشخصية للحالة المدروسة

البعد العائلي ويشمل التفاعلات داخل الأسرة من الزوج والأبناء وكذا أفراد العائلة الممتدة

البعد الاجتماعي الثقافي الذي يمس التمثلات الاجتماعية المتعلقة بمرض الزهايمر، مكانة أم الزوج (دعوة الشر نتاع العجوز)، ودور زوجة الابن أو بالأحرى الدور الاجتماعي<sup>2</sup>

وبناء على ما تقدم نطرح الإشكالية التالية:

ما طبيعة المعاش النفسي لزوجات الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر؟

وانطلاقاً من الإشكالية يمكن طرح التساؤلات الجزئية التالية:

1- هل تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من القلق؟

2- هل تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من الاكتئاب؟

<sup>1</sup> « L'expérience vécue est plurielle, infinie insaisissable. La dimension existentielle ouvre sur une écoute de la complexité » (Vincent de Gaulejac,2020 :106)

<sup>2</sup> « Le rôle social ; le rôle renvoie à des conduites ou à des modelés qui relèvent d'une affirmation identitaire et d'un processus d'interaction entre les individus et les structures sociales » (Akoun & Ansart ;1999 :460)



3- هل مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المريضة بالزهايمر تؤثر على معاشها النفسي؟

## 2- فرضيات الدراسة:

إن نص تساؤل الإشكالية هو "ما طبيعة المعاش النفسي لزوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر؟ ولأنه ذو طبيعة استكشافية فإنه لا يحتمل وجود فرضية

أما الفرضيات الجزئية فهي كالتالي:

- 1- تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من القلق
- 2- تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من الاكتئاب
- 3- مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر تؤثر على معاشها النفسي

## 3-أهداف الدراسة:

إن قيمة البحث تكمن في قيمة الأهداف التي يسعى لتحقيقها، فعلى قدر علمية الأهداف وخدمتها للفرد والمجتمع تتحدد قيمة البحث العلمي، وعليه فإن هذه الدراسة تهدف الى ما يلي:

- التعرف على طبيعة المعاش النفسي لزوجة الابن المرافق لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر
- الكشف عما إذا كان يوجد القلق عند زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر
- الكشف عما إذا كان يوجد الاكتئاب عند زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر
- الكشف عن مدى تأثير مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر على معاشها النفسي

## 4-أهمية الدراسة:

- تسليط الضوء على إحدى أهم الفئات المشكلة للمجتمع
- تهتم بدراسة جانب يعكس خصوصية المجتمع الجزائري من حيث مرافقة المسنين ضمن الأسرة من حيث احتياجاتهم وطبيعة التكفل الذي يتلقونه داخل الأسرة.
- إمكانية مساعدة نتائج هذه الدراسة الباحثين في التعرف على أهم الصعوبات التي تواجه المرافق للمسن المصاب بالزهايمر وخاصة زوجة الابن ومنه التعرف على معاشها النفسي خصوصا الأبعاد

- السيكوباتولوجية المرتبطة بتوظيفها النفسي، والوقوف على آثارها فهذا سيفيد في التنبؤ باحتمال ظهور اضطرابات نفسية، ومن ثم محاولة تفاديها من خلال توظيف أساليب وقائية.
- تعتبر هذه الدراسة الميدانية إضافة علمية لإثراء البحوث النفسية، التي تحاول الكشف عن العلاقة بين المرافقة والمعاش النفسي، وخاصة أن هناك ندرة للدراسات التي تناولت هذا الموضوع في حدود اطلاعنا.
  - إبراز مكانة وأهمية الدور الاجتماعي المنوطة به المرأة الماكثة بالبيت في الأسرة الجزائرية.
  - تقديم توصيات واقتراحات يمكنها أن تساهم في فتح آفاق علمية جديدة بخصوص الموضوع وفي تحسين واقع المعاش النفسي للمتكفلين.
  - الكشف عن حيثيات المرافقة والصعوبات التي يتلقاها المرافق لضمان استمرارية عملية المرافقة وبالتالي ضمان بقاء المسن في كنف أسرته.
  - السعي من خلال هذه الدراسة الى التدخل في الوسط العائلي تقاديا للإصابة بالاضطرابات النفسية وذلك عن طريق تحقيق ما يسميه بارجوري بالوقاية الأولية<sup>1</sup>

## 5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- **المعاش النفسي:** هو الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته، سواءا كانت هذه الوضعية دائمة او مؤقتة وهي وضعية يمتزج فيها الواجب الاجتماعي والديني بما يحملانه من تصورات وتكليفات وهو تجربة مرافقة زوجة الابن لأم زوجها المصابة بالزهايمر، من مختلف أبعادها (الشخصية، العائلية، اجتماعية -ثقافية...)
- **زوجة الابن:** هي المرأة الماكثة بالبيت والتي ترافق أم الزوج
- **المرافق:** هي زوجة الابن التي تقوم برعاية أم الزوج والاهتمام بها بصفة دائمة ويكون ذلك بدون مقابل.
- **أم الزوج (الحماة):** هي أم الزوج الكبيرة في السن المصابة بمرض الزهايمر والتي تم الكشف عنه من

<sup>1</sup> « La prévention primaire ; c'est-à-dire la recherche à la fois des facteurs de risque de pathologie et des facteurs de protection » (Marianne, Claude de Tychy ;2002 :01)

خلال الفحوصات الطبية والذي جعلها في وضعية تحتاج إلى مرافقة بصفة دائمة وكل نواحي الحياة - الزهايمر: هو مرض عصبي تنكسي مزمن ويعد من أحد الأمراض الأكثر شيوعا في مرحلة الشيخوخة، يتم الكشف عنه طبيا وهو مرض يصيب الذاكرة أساسا وينتج عنه قصور متعدد الأوجه يشمل الجهاز العصبي الوظيفي، القدرات المعرفية وكذا المهارات الاجتماعية مما يؤدي إلى قصور في الأنشطة اليومية.

## 6- دواعي اختيار الموضوع:

إن أي موضوع مختار للدراسة لا يأتي بمحض الصدفة وإنما يكون مبني على عدة اعتبارات تدفع الباحث بتفضيله هذا الموضوع عن مواضيع أخرى فهناك مجموعة من الدوافع التي قادت إلى تناول هذا الموضوع، ويمكن تلخيصها في النقاط التالية:

### أ- الدوافع الذاتية:

- فكرة دراسة المعاش النفسي لزوجات الابن المرافقة لأم الزوج المصاب بالزهايمر لم تكن وليد الدراسات السابقة، بقدر ما كان دافعا شخصيا لخصته التجربة المعاشة في الوسط العائلي لتبدأ فكرة دراسته تتبلور في الذهن.
- مصادفة الباحثة لفيدويها وبرامج متداولة على مختلف مواقع التواصل الاجتماعي، لأمهات تم طردهن من طرف الابن أو زوجة الابن، أمهات يذرفن بدل الدمع دما وتساءلت الباحثة عن الأسباب القوية التي تدفع بالابن للتخلي عن أمه المسنة وما يمكن أن يقدمه الباحثون لتفادي هذا النوع من الظواهر التي ينبغي أن تكون في مجتمعات تدين بالدين الإسلامي
- إضافة إلى ذلك الرغبة الشخصية في جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الموضوع التي تساعد في معرفة التوظيف النفسي وكذا الحياة النفسية التي يعيشها المرافق للمسن المصاب بالزهايمر، خاصة توظيف زوجة الابن التي ترافق أم زوجها وخصوصية العلاقة بينهما في ظل الثقافة الجزائرية.

### ب - الدوافع الموضوعية:

- إن أهمية الدور التي تلعبه المرأة أو الزوجة بالأخص داخل الوسط العائلي ومدى تأثيرها وتأثرها بالتوظيف العائلي (le fonctionnement familial)، كان أحد الأسباب الموضوعية التي دفعت بنا للقيام بهذه الدراسة، والوقوف على أهم الصعوبات التي تواجهها والتي قد تنعكس بالسلب على

توظيفها النفسي.

• كما أن الدراسات التي أجريت حول هذه الفئة مع متغيري الدراسة نادرة، والأهم من ذلك أن هذا الموضوع هو موضوع جديد في البيئة المحلية (في ضوء اطلاع الباحثة). هذا الأمر دفعنا إلى البحث فيه ومحاولة الخروج بنتائج واستنتاجات قد تكون نقطة بداية لفتح آفاق علمية جديدة تصب في نفس السياق وتضيف الجديد إلى المعرفة العلمية.

## 7- الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة ركن أساسي من أركان البحث العلمي فهي تشكل أرضية واسعة وخصبة ونقطة انطلاق لأي بحث أكاديمي، فبفضلها تتضح الأسس النظرية التي ينطلق منها الباحث من أجل إثراء حقل معلوماته عن موضوع دراسته وتحديد من أي زاوية سيتم تناوله، وذلك من خلال تزويده بالمعطيات والنتائج والتداولات المنهجية سواء على الصعيد النظري أو الميداني. وفي حدود إمكانية الطالبة واطلاعها تبين أن موضوع المتكفل بالسن المصاب بالزهايمر وخاصة المرأة لم يحظى بالكثير من الاهتمام في الدراسات والبحوث بحيث لم نجد دراسة تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة ومخصصة وكانت معظم الدراسات التي تحصلت عليها الباحثة حول المسن ومشاكله ومكانته داخل الأسرة وكذا أهم عوامل التكفل الأسري به، وعدم الاهتمام بالمتكفل وبالأخص المرأة التي تتحمل العبء الأكبر وما يترتب عن هذا الأخير عن معاشها وتوظيفها النفسي. فقمنا باختيار البعض من الدراسات التي ارتأينا أنها قريبة من موضوع دراستنا بهدف توظيفها والاستفادة منها في هذه الدراسة.

ولذا تناولت الباحثة هذا العنصر عرضاً لأهم الدراسات السابقة المتضمنة لبعض المتغيرات، وقد تم ترتيبها ترتيباً كرونولوجياً من الأقدم إلى الأحدث. ومن البيئة المحلية فالعربية ثم الأجنبية

### - الدراسات المحلية:

• دراسة حمزة رشيدة (2015): تحت عنوان تقييم اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق بعض الاختبارات الفرعية من بطارية (2002) MTA وتطبيق اختبار الفحص المختص للحالة الفعلية (MMSE)، مستخدمة في ذلك المنهج الكلينيكي والنتائج المتوصل إليها بعد دراسة 3 حالات مصابة بالزهايمر: أن المصاب بالزهايمر يعاني من اضطراب اللغة الشفهية وذلك على مستوى التسمية، التعبير والفهم الشفهي. (مريم عبد اللاوي، 2019)

• دراسة مريم سراي (2016): الموسومة تحت عنوان المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة، هدفت الدراسة إلى الكشف والتحقق من وجود بعض العناصر السلبية التي يحتمل وجودها كمكونات في المعاش النفسي للمسن المتواجد بدار العجزة: الشعور بالوحدة النفسية، وجود القلق وانخفاض تقدير الذات وذلك اعتمادا على المنهج الاكينيكي، ولتحقيق أهداف البحث قد استعانت الباحثة الملاحظة العيادية والمقابلة وتطبيق مقياس سبيلبرجر Spielberg للقلق. وبعد تطبيق هذه الدراسة على 3 حالات تتراوح أعمارهم ما بين 62-78 سنة تم التوصل إلى أن المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة سلبي وأن المعاش النفسي للمسنين يتميز بالقلق والوحدة النفسية

• دراسة يوسف خوجة (2018): بعنوان عوامل التكفل الأسري بالمرضى بالزهايمر (دراسة ميدانية لحالتين داخل أسرهم) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف عن نوعية التكفل الأسري بالمسنين المصابين بالزهايمر وتحديد عوامله وتأثيراته، ولتحقيق ذلك تم إجراء الدراسة ميدانية في مجتمع مفتوح على الأسر المتكفلة بالمرضى بالزهايمر وذلك باستخدام المنهج الاكينيكي المتمركز على دراسة الحالة واستعملت المقابلة نصف موجهة كأداة بحث مع تحليل المحتوى على طريقة Roger Muchielli والنتائج المتحصل عليها بعد الدراسة 2 حالات اسفرت على انه يوجد اختلاف في عملية التكفل الأسري بالمرضى المصاب بالزهايمر حيث أن التكفل الأسري كان متأرجح بين تكفل نوعي حسن و تكفل محدود أثر كل منهما بشكل مختلف (ايجاب و سلبي) على المريض . وتمثلت العوامل التي تتحكم في كل منهما في عوامل اجتماعية كدرجة القرابة ونوعية العلاقات الاسرية والاجتماعية، عوامل مادية أساسها وجد او انعدام دخل مادي لدى المريض، عوامل ثقافية تخص المستوى الثقافي للمريض والمتكفل به وعوامل دينية كتأثير القيم الإسلامية على شخصية المتكفل بالمريض. (يوسف خوجة، 2018)

• دراسة مريم عبد اللاوي (2019): المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليه المسن، تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليه المسن وقد تم اختيار ثلاث حالات من الراشدين المتكفلين بأوليائهم المسنين. وتم استخدام المنهج العيادي بالاعتماد على اختبار مينتوسيتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI بنسخة ثانية، إضافة إلى المقابلة التي تم بناؤها واعتمادها كدليل موحد مع ثلاث حالات. واهم النتائج المتوصل إليها:

- 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

- نكون الصفحة النفسية للراشد المتكفل بوليه المسن عبر اختبار مينتوسيتا متعدد الأوجه للشخصية في نطاق السواء (مريم عبد اللاوي، 2019)

-دراسة جميلة زرفة ويمينة هديل (2021): بعنوان اضطراب الاستقلالية الذاتية في ظل تطور مرض الزهايمر، هدفت هذه الدراسة الى معرفة مدى تأثير الاستقلالية الذاتية لمريض الزهايمر في ظل تطور المرض، حيث استخدمت المنهج الوصفي المقارن ، عملت مع مجموعة مكونة من 04 حالات من نفس الجنس تتراوح امارهم ما بين 59 و 79 سنة مصابين بمرض الزهايمر ( حاتين في الطور الابتدائي للمرض و حاتين في الطور النهائي للمرض ) ، و من اجل تحقيق اهداف الدراسة تم استعمال الاختبار المصغر للحالة العقلية (MMSE) لتقييم الوظائف المعرفية للمفحوص و معرفة شدة المرض ومقياس صيانة الذات الفيزيائية (PSMS) لمعرفة ما مدى استقلالية مريض الزهايمر في الاعتاء بذاته . وتوصلت الدراسة الى النتائج أهمها ان الاستقلالية الذاتية للمريض تضطرب وتفقد تدريجيا مع تطور المرض وان هناك ارتباط بين التدهور الوظيفي في الحياة اليومية والانحدار المعرفي للمريض. (زرفة، هديل، 2021)

-دراسة نادية قاسي ورضية غربي (2021): بعنوان التكفل الأسري بالشخص المسن الفاقد للاستقلالية (دراسة نظرية ميدانية على عينة من الأسر بالجزائر العاصمة) هدفت هذه الدراسة لمعرفة واقع التكفل الأسري بالأشخاص المسنين الفاقدين للاستقلالية وأهم التغيرات التي تمس المسنين في هذه الفترة والكشف عن اهم العقبات التي تواجه الاسرة في هذه المهمة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج التحليل الوصفي للمقابلات التي تم إنجازها مع الأشخاص المسنين وأفراد أسرهم على عينة تم اختيارها بطريقة عرضية متمثلة في 15 أسرة وتم اختيار العمر الزمني للشخص المسن 60 فما فوق ويكون فاقدا للاستقلالية التي يحددها مقياس Ggéronte كما اعتمدت على تقنيتي المقابلة والملاحظة. ومن أهم النتائج المتوصل إليها إلى مختلف أفراد الأسرة يساهمون جزئيا في التكفل. غير انهم يتكفلون على فرد واحد في مختلف جوانب الرعاية وغالبا ما تكون الزوجة او البنت وزوجة الابن. وهذا ما يؤثر سلبا على حالتهم النفسية والاجتماعية، بسبب الصعوبة التي يواجهها في التعامل مع بعض الاضطرابات والأمراض التي تتطلب تكفل طويل المدى. (قاسي، غربي، 2021)

-دراسة بن خشيش أمينة بوشدوب 2022 بعنوان استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية / غير تكيفية)

وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر. هدفت الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين استراتيجيات تسيير الانفعالات (التكيفية / غير التكيفية) ودرجة الشعور بجودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر والكشف عن الاختلاف بين الجنسين من مرافقي مريض الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية / غير تكيفية) ودرجة الشعور بجودة الحياة ، و لتحقيق اهداف الدراسة قامت بتطبيق مقياس التسيير المعرفي للانفعالات لجاربنفسكي و آخرون (2001) و مقياس جودة الحياة لشقير (2009) ، على عينة قوامها (30) مرافقا لمريض الزهايمر ، و خلصت النتائج إلى وجود علاقة بين استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية / غير تكيفية ) و جودة الحياة كما أنه يوجد اختلاف بين الجنسين في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية لصالح الذكور ، كما أنه لا يوجد اختلاف بين الجنسين في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير تكيفية ، و كذا في درجة الشعور بجودة الحياة.(بن خشيش ، بوشدوب،2022)

#### - الدراسات العربية:

-دراسة سالم و الصنفي (2007): بعنوان رعاية المسنين في المجتمع و الأسرة و علاقتها بالرضا عن الحياة، هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الرعاية الأسرية و المجتمعية للمسن و علاقتهم برضاه عن الحياة ، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي ، التحليلي ، حيث تم تطبيق استبيان رعاية المسن في الاسرة و المجتمع ، و استبيان رضا المسن عن الحياة ، على عينة يبلغ عددها (324) بمصر ، أسفرت النتائج على أن مستوى رعاية المسن في الأسرة و المجتمع متوسط ، و كذلك مستوى الرضا عن الحياة متوسط ، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة احصائيا بين المسنين المنضمين و غير المنضمين لجمعيات رعاية المسنين في جميع جوانب الرعاية لصالح غير المنضمين.

#### - الدراسات الأجنبية:

- دراسة (2007) Cristina Carrasco: بعنوان التكاليف المرئية و غير المرئية للرعاية و لعمل المرأة ، تهدف هذه الدراسة لتوضيح مختلف جوانب الرعاية المرئية و الغير المرئية التي يقدمها الفرد لقريبه المريض، و مدى تكلفة ذلك ماديا و معنويا ، كما هدفت كذلك للتحليل الرعاية التي يضمنها مقدمو الرعاية في المرحلة الاستشفائية و ما بعدها ، اعتمدت على المنهج الوصفي ، على عينة قدرت ب 320 حالة في المستشفى التقليدي و 160 حالة في (ACC) بالمستشفى العام في كتالونيا (اسبانيا) ، حيث

كانت نوعية العينة أصحاب العمليات الجراحية التي يحتاج لرعاية ما بعد المستشفى ، أجريت مسح للأشخاص الذين يتحملون مسؤولية مقدمي الرعاية الأولية ، و ذلك بالاعتماد على استبيان مغلق يحتوي على أسئلة متعلقة بمدى الرعاية و الشخص الذي يؤديها ، المشكلات التي تنطوي عليها كذلك فيما يتعلق بالعمل و تنظيم الوقت و الحياة اليومية و كذا التكاليف النقدية و غير النقدية و الجوانب الذاتية . وأسفرت نتائج الدراسة إلى ما يلي

- يتم انجاز أعمال الرعاية الصحية من طرف النساء سواء في المستشفى أو في المنزل
  - تتكلف النساء برعاية الأقارب المرضى المتواجدين في بيتهما والذين خارج بيتهما
  - إن الرعاية تتطلب قدرا كبيرا من الوقت، أما بالنسبة للتقييم المالي فهو أصعب وأكثر تعقيدا من تقييم الوقت الرعاية. لأن نشاط الرعاية يتضمن عدة جوانب شخصية وعاطفية وعلائقية يصعب تقديرها بأسعار السوق
  - تجاهل ميزانية الصحة الرعاية غير مدفوعة الأجر وتعتبرها ضمنا مجانيا متاحة في الأسرة.
- (قاسي، غربي، 2021)

- **دراسة لسيمون بينك (2010) Simon Pennec**: حول أنماط رعاية الإباء المسنين، الاختلافات حسب نوع الجنس وحسب المجال المهني والأسري، هدفت هذه الدراسة لمعرفة أنواع القربة التي تضمن الرعاية للمسنين في حالة الإعاقة، وركزت بذلك على الجانب الماكروسوسيولوجي والميكروسوسيولوجي كما ركزت على خصائص مقدمي ومستقبلي الرعاية وكذا العمليات التي تحدث وسط الأسرة بين مختلف أفراد الأسرة وفي مختلف مراحل المرض والعلاقات المتعلقة بالجنسين، ولتحقيق هذه الأهداف تم الاعتماد على تقنية المقابلة الفردية والجماعية لمختلف الفاعلين في الرعاية في الاسرة على عينة تكونت من 415 فرد موزعين بين اشخاص مسنين مقيمين في المؤسسات والذين هم في قائمة الانتظار والمسنين المتواجدين في منازلهم بالإضافة الى أبنائهم واحفادهم. وقد استخلص من الدراسة عدة نتائج أهمها:
- تأثير البعد السوسيو-اقتصادي على استعانة الشخص المسن أو أسرته بمهن الصحة فبينت أن الأسر ذات الدخل المرتفع بنسبة 39% من الأسر المنخفضة في الدخل بنسبة 17%
- تأثير نوع الجنس في عملية الرعاية حيث بينت الدراسة أن النساء المسنات يضمنن التكفل بأزواجهن الرجال بنسبة 50% لتأتي نسبة الرجال ب 15 % في حين تهتم وتعتني المسنة بنفسها رغم فقدانها للاستقلالية
- الرعاية الشخصية المتمثلة في التنظيف وترتيب المنزل هي أعمال تنجزها النساء بنسبة 65% مقابل نسبة 45% للرجال
- أما استعانة أفراد الأسرة بالمهنيين فهو يتعلق بنوع مهنة الأبناء ومدى تفرغهم وكذا درجة فقدان الاستقلالية



لقريبهم المسن أي حسب حالته الصحية. (قاسي، غربي، 2021)

### 8-التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الموضوع يظهر أن معظم الدراسات التي تم عرضها تشابهت في تناولها لمتغير المسن المصاب بمرض مزمن كالزهايمر، مثل دراسة كل من (سالم و الصنفي 2007)، (حمزة رشيدة 2015)، (يوسف خوجة 2018)، (جميلة زرقة 2021)، (بن ختشن 2022)، أما دراسة ( Simon Penneec 2010) فتناولت المسن المصاب بالإعاقة، وكذلك دراسة (نادية قاسي و رضية غربي 2021) التي تناولت المسن الفاقد لاستقلاليته، الاختلاف بين هذه الدراسات يكمن في علاقة المسن المصاب بمرض مزمن بمتغيرات أخرى، عادا دراسة (Cristina Carrasco 2007) التي اهتمت بالتكاليف المرئية و الغير المرئية للرعاية و عمل المرأة .

ومن بين الدراسات التي تشابهت مع متغيرات الدراسة الحالية دراسة (بن خشيش 2022)، التي تناولت متغير المرافق للمسن المصاب بالزهايمر، كما تشابهت هذه الدراسة مع كل من دراسة (مريم سراي 2016) التي تناولت متغير المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة وكذا دراسة (مريم عبد اللاوي 2019) التي اهتمت بالمعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن. إلا أنها اختلفت في تناولها بشكل خاص لمتغيري زوجة الابن وأم الزوج.

أما من حيث الأهداف فتعددت أهداف الدراسات السابقة وإن اتفقت جميعا في دراسة المسن من جهة، فقد اختلفت من جهة أخرى باختلاف متغيراتها المرافقة لمتغير المسن، فمنها ما هدفت إلى التعرف على عوامل التكفل ورعاية المسن في المجتمع والأسرة مثل دراسة (سالم والصنفي 2007)، ( Simon Penneec 2010)، (يوسف خوجة 2018)، (نادية القاسي وراضية غربي 2021). ومنها من اهتمت ببعض الاضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر عند المسن كدراسة (حمزة رشيدة 2015)، (جميلة زرقة 2021)، وهناك ما درست المعاش النفسي للمسن المتواجد في دار العجزة كدراسة (مريم سراي 2016) ومنها ما ركزت على العلاقة بين تسيير استراتيجيات الانفعال وجودة الحياة عند المرافق للمريض الزهايمر كدراسة (بن خشيش 2022)، إضافة الى ذلك دراسة (مريم عبد اللاوي 2019) التي هدفت الى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسن.

كما نجد دراسة (Cristina Carrasco 2007) التي هدفت إلى توضيح مختلف جوانب الرعاية المرئية

وغير المرئية كما ركزت على الجانب الماكروسوسولوجي والميكروسوسولوجي.

أما من حيث المنهج، فتتعدد مناهج الدراسة التي اعتمدها الباحثون في الدراسات السابقة، وقد اعتمدت معظمها على المنهج الوصفي التحليلي مثل دراسة (سالم والصنفي 2007)، (نادية قاسي 2021) (Cristina Carrasco 2007)، (بن خشيش 2022)، (Simon Penneec 2010) في حين تشابهت كل من دراسة (يوسف خوجة 2018)، (مريم عبد اللاوي 2019)، (حمزة رشيدة 2015) و (مريم سراي 2016) مع دراستنا الحالية في اعتمادها على المنهج العيادي. ما عدا دراسة (جميلة زرفة 2021) التي انتهجت المنهج الوصفي المقارن.

أما من حيث العينة في هذه الدراسات ، فنلاحظ انها اختلفت وتتنوع فيما بينها ، فمنها ما تناولت المسنين المصابين بالزهايمر كدراسة (جميلة زرفة 2021) ،(حمزة رشيدة 2015)، و منها ما تناولت عينة المسنين المقيمين في دور العجزة و المقيمين في منازلهم كدراسة ( Simon Penneec 2010)،(سالم و الصنفي 2007)، (مريم سراي 2016) و منها ما تناولت عينة المكلف برعاية المناسب ذات الصلة المباشرة به كدراسة (بن ختيش 2022) و (مريم عبد اللاوي 2019) ، و منها ما تناولت عينة المتمثلة في الأسرة المكلفة بالرعاية كدراسة (يوسف خوجة 2018)،(نادية قاسي 2021) ، في حين ركزت دراسة (Cristina Carrasco 2007) على عينة المرضى الذين أجروا عمليات جراحية و يحتاجون للرعاية في المستشفى و بعد المستشفى. وقد تميزت دراسة (Simon Penneec 2010) بحجم كبير للعينة (415)، تليها دراسة (سالم والصنفي 2007) ب (324) ثم بعد ذلك دراسة (Cristina Carrasco 2007) بعينة قدرها (320) مقارنة مع عينات الدراسات السابقة الأخرى

وقد لاحظت الطالبة ندرة الدراسات التي تناولت فئة المرافق ذات الصلة المباشرة بمرضى الزهايمر في حدود اطلاعها فلم نجد إلا دراستين وهي دراسة (مريم عبد اللاوي 2019) تناولها لمتغير المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسنين ودراسة (بن خشيش وبوشدوب 2022) والتي بدورها تناولت متغير المرافق للمسن المصاب بالزهايمر بشكل عام وهذا ما اختلف مع الدراسة الحالية والتي حددت المرافق المتمثل في زوجة الابن والمسن المتمثل في أم الزوج وضعية خاصة بكل ما تحمله من ابعاد نفسية اجتماعية وثقافية

أما الأدوات فهناك من الدراسات السابقة التي تشابهت في تناولها لمتغير الاضطرابات المصاحبة

لمرض الزهايمر ، حيث استخدم الباحثون المقاييس الخاصة كأحد أهم الأدوات التي تسمح بقياس تطورها و نجد من هذه الدراسات دراسة (جميلة زرفة 2021)،(حمزة رشيدة 2015)،(نادية القاسي 2021) ، أما فيما يخص الدراسات التي هدفت لمعرفة واقع التكفل و نمطه فمعظمهما اعتمدت على المقابلة العيادية كأداة أساسية كدراسة (يوسف خوجة 2018) الذي اعتمد على المقابلة نصف الموجهة و تحليلها على طريقة Rogers Muchielli ، و هناك من اعتمدت على المقابلة كدليل في دراسته كدراسة (مريم عبد اللاوي 2019) و كذا دراسة (نادية قاسي 2021)، (مريم سراي 2016) التي اعتمدتها كوسيلة مساعدة ، أما دراسة (Simon Penneec 2010) فاعتمدت في دراستها على المقابلة بنوعها الفردية و الجماعية.

كما استخدمت بعض الدراسات الأساليب الإحصائية في تفسير نتائجها وهي دراسة (بن خنيش 2022)، (سالم والصنفي 2007)، (Simon Penneec 2010، Cristina Carrasco 2007). أما دراسة (مريم عبد اللاوي 2019) فانفردت باعتمادها على اختبار الشخصية التعدد الأوجه لمينيسوتا M.M.P.I أما فيما يخص النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة فقد تعددت و ذلك راجع لتعدد و اختلاف أهدافها و أدواتها و مناهجها العلمية إلا أن نتائجها قد اتفقت في بعض النقاط من بينها ان هناك عدة عوامل تؤثر في التكفل بالمرضى المتمثلة في العوامل الاجتماعية و الدينية و الثقافية و المادية...و كذا المجال الجغرافي المتواجد فيه مثل دراسة (سالم و الصنفي،2007)،(يوسف خوجة 2018)، Simon 2007 Cristina Carrasco (Penneec 2010) ومن الدراسات ما أكدت على أن تطور مرض الزهايمر يصاحبه عدة اضطرابات تمس مختلف الجوانب النفسية و الصحية و العقلية كدراسة (حمزة رشيدة2015)،(جميلة زرفة2021)، كما أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية بين بعض المتغيرات السلبية (كالإكتئاب، القلق ، تأنيب الضمير، انخفاض تقدير الذات، عدم التكيف) و التكفل بالمرضى المريضة بالزهايمر و نذكر منها : دراسة (بن خنيش 2022)،(مريم عبد اللاوي 2019). كما اتفقت كل من دراسة (مريم عبد اللاوي 2019)، (مريم سراي 2016) على سلبية المعاش النفسي لعينات الدراسة

ومن خلال ما تم التطرق إليه في الدراسات السابقة نستخلص أن:

معظم الدراسات ركزت على المسن وأهم المشاكل التي تصاحب مرحلة التقدم في العمر الصحية

منها والنفسية، في حين ركزت الأخرى على دراسة عوامل التكفل ومدى تأثيرها على المسن المريض ومعاشه النفسي، في حين ركزت الدراسة الحالية على كشف المعاش النفسي لمرافق لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر، حيث انفردت هذه الدراسة في تحديدها لمتغير المرافق الذي تمثل في زوجة الابن وتحديد متغير المسن المصاب بالزهايمر المتمثل في أم الزوج لاسيما أن المنظومة الثقافية تعطي خصوصية للعلاقة: أم الزوج/زوجة الابن.

تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة (مريم عبد اللاوي 2019) التي هدفت إلى معرفة المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسنين غير أن الطالبة التقت إلى الشخص الغير مرئي في وضعية المرافقة لأن الراشد في المجتمع الجزائري عندما يتكفل بوليه المسن فهناك بالتأكيد شخص من جنس الأنثى هو من يقع عليه العبء، كما التقت هذه الدراسة مع دراسة (بن خشيش 2022) في نوع العينة المدروسة وهي مرافق مريض الزهايمر ودراسة (Cristina Carrasco 2007) التي تناولت عينة النساء الراعيات غير مدفوعة الأجر. وهي فئة لا تقل أهمية عن باقي الفئات التي تطرقت إليها الدراسات السابقة، حيث في هذه الدراسة تناولت وضعيات مختلفة للمرافق إلا أن في الدراسة الحالية قد خصصت الباحثة زوجة الابن كمرافقة

-تنوعت الدراسات السابقة فمعظمها جاءت على شكل دراسات إحصائية، بحيث تناولت متغيرات الدراسة في بعدها الكمي-الوصفي دون تحليل الظاهرة، في حين تشابهت الأخرى مع الدراسة الحالية في اعتمادها على المنهج العيادي التي يسعى إلى تحليل الظاهرة تحليل نفسي اكلينيكي.

- أغلب الدراسات استعملت المقاييس النفسية بتنوعها وتباينها كأدوات جمع البيانات، إلا أن الدراسة الحالية بالإضافة الى المقاييس تم الاعتماد على الملاحظة العيادية وكذا المقابلة نصف الموجهة التي نسعى من خلالها لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والمعطيات التي تساعد في تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

- وبهذا تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة باعتمادها على اختبار بيك للاكتئاب وعلى أهم اختبار اسقاطي وهو اختبار رورشاخ الذي يهدف إلى دراسة التوظيف النفسي للفرد من منظور ديناميكي من خلال الارصان النفسي والعقلي وكذا الآليات الدفاعية، فمن خلال هذه الأدوات يسمح بدراسة هذا الموضوع من زاوية أخرى من خلال تقييم الأبعاد النفسية العميقة للفرد وخاصة أننا نبحث عن المعاش

النفسي للمفحوص بهدف التحقق من كل فرضيات الدراسة، وعلى غرار كل من دراسة (مريم عبد اللاوي 2019) (مريم سراي 2016)، (حمزة رشيدة 2015) فمعظم الدراسات اعتمدت على عينات واسعة من المجتمع، أما الدراسة الحالية فقد اعتمدت على دراسة الحالة التي تعطي دراسة شاملة ومعمقة و هي منهج يسعى إلى تكامل المعرفة كما أنها تسمح بوضع صورة اكلينيكية واضحة وشاملة عن الحالة المدروسة ومنه هي تساعدنا على وضع تشخيص لحالات الدراسة و التي لم تتطرق اليها الدراسات الأخرى.

- وكخلاصة يمكن القول أن النقاط التي تناولتها الدراسات السابقة ساهمت في توجيه مسار البحث وذلك من خلال تأسيس وضبط اشكالياتها وطرحها وصياغة فرضياتها، فهي ساعدتنا في بلورة مشكلة الدراسة والإلمام بأبعادها وكذا التعرف على الجوانب التي لم يتم بعد دراستها، بحيث لم نجد ضمن الدراسات السابقة موضوع بحث يتناول بشكل خاص المعاش النفسي لزوجات الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر في البيئة المحلية -في حدود اطلاعنا-. وبذلك ساعدتنا الدراسات السابقة في تحديد متغيرات الدراسة، كما أنها ستكون مرجع في تحليل ومناقشة نتائج الدراسة. وهنا تكمن أهميتها بكونها تعتبر نقطة انطلاق البحث وخلفيته وكذا مرجعه في تفسير نتائجه في نفس الوقت.

### خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم تقديم الدراسة بشكل عام، بداية بطرح الإشكالية وصياغة الفرضيات، مروراً بتحديد أهدافه وأهميته، ثم تحديد أهم الدوافع التي حفزت الباحثة لاختيار الموضوع، وكذا التطرق لأهم الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة ومن ثم التعقيب عليها. ليتم بعدها التطرق لأهم الفصول التي تشمل الجانب النظري والتأكد من صحة الفرضيات من خلال الدراسة الميدانية.

الفصل الثاني: مكانة المسن في الأسرة

الجزائرية

### تمهيد:

تعتبر مرحلة الشيخوخة من أحد المراحل الطبيعية في دورة حياة الانسان فهي مرحلة تطويرية تصاحبها العديد من التغيرات التي تمس جميع الجوانب البيولوجية، النفسية بما في ذلك الجانب الاجتماعي والذي يخص علاقات المسن و مكانته الاجتماعية في المجتمع و في الأسرة والتي شهدت هذه الأخيرة عدة تغيرات وتحولات سريعة و التي مست التشكيل الاجتماعي داخل الأسرة، فتغير نظام السلطة والمكانات فيها بما في ذلك مكانة المسن، فمن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى المسنون من حيث المفهوم والمشاكل والحاجات والخصائص ومن جهة أخرى سنتطرق إلى مكانة المسنون في الأسرة الجزائرية بنوعها التقليدية و الحديثة.

### أولاً: المسنون

#### 1- مفهوم المسنون

(أ) لغة: كلمة المسن تدل على الرجل الكبير فيقال أسن الرجل يعني كبر وكبرت سنه ويقال أسن من هذا أي أكبر منه سناً. وقد يستخدم مصطلح آخر لوصف مرحلة الكبر فيقال شيخ وهو من استبانته فيه السن وظهر عليه الشيب (المنجد،1975: 410)

يمكن تعريف «الشخص المسن» لغة على أنه «من كبرت سنه وطال»

(ب) اصطلاحاً: الشيخوخة عند بعض العلماء لها معنى مزدوج تعني الشيخوخة والتقدم في العمر، فمصطلح الشيخوخة يعبر عن التقدم في العمر البيولوجي، أما التقدم في السن فيعبر عن التقدم في العمر الزمني وعليه سنتطرق إلى بعض التعريفات:

#### • تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS):

تحدث الشيخوخة على عدة مستويات فهي تشمل التغيرات الجسدية كنتيجة لتراكم كميات كبيرة من نواتج تفاعلات الجزيئات والخلايا بمرور الوقت، مما يؤدي الى اضطراب وتدهور تدريجي في القدرات الجسدية والنفسية وبالتالي زيادة احتمالية الإصابة بالأمراض والموت في نهاية المطاف" (Manoukian.A,2011: 52)



- وفقا لقاموس علم النفس (1998): فإن الشيخوخة هي التأثير الطبيعي للعمر على مختلف الوظائف النفسية والعضوية التي تميل، على الرغم من عدم تكافؤها وفقا للموضوعات والوظائف، إلى انخفاض في الأداء والقدرات. (Agnès. R,2001 : 03)
- أما Deniss Brouillet: فقد عرف الشيخوخة على أنها مسار معقد، بطيء وتدرجي، يتميز بتغيرات فيزيولوجية وتشريحية للدماغ بالخصوص في المناطق الجبهية (Dennis.B,2011 :24)
- التعريف السيكلوجي:

من الناحية السيكلوجية فالتركيز على تعريف المسن يكون على ما يميزه من ضعف في الذاكرة وقلة الانتباه وضيق الاهتمامات شدة التأثير الفعلي، الحساسية الزائدة والشعور بعدم القيمة وقرب النهاية (فؤاد السيد، 1975: 102)

#### ✓ التعريف القانوني:

فيشير الاتجاه العام في " القانون الدولي " إلى " أن المسن " هو الشخص الذي ينتمي لفئة من السكان التي تبلغ (60) سنة فأكثر، والتي ترتبط في اغلب الأحيان ببداية التقاعد الرسمي من العمل، ولا يفوتنا أن نشير هنا إلى "القانون الجزائري" حيث عرف «الشخص المسن» على أنه " كل شخص طبيعي بلغ من العمر خمسة وستين (65) عاما أو جاوزها، سواء هذه السن صاحبها تغيرات بيولوجية أو نفسية او لم تصاحبها، ويندرج هذا ضمن مقتضيات أحكام المادة 17 الثانية من قانون حماية الأشخاص المسنين في الجزائر (لبديري وبودودة، 2020: 68) في هذا الصدد نجد قانون الأسرة الجزائري في المادة 77 منه نص على أنه " تجب نفقة الأصول على الفروع والفروع على الأصول حسب القدرة والاحتياج ودرجة ( المادة 77 من قانون الأسرة)

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى، وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا (خليفة، 1997: 11)

وقد تعددت المعايير المستخدمة لتحديد بداية هذه المرحلة وهي كالآتي:

- العمر الزمني: ويقصد به عمر الفرد، وليس هناك عمر زمني محدد لبداية مرحلة الشيخوخة

• العمر البيولوجي: وهو مرتبط بمدى استهلاك أعضاء جسم الانسان أي مدى قيام أعضاء الجسم بوظائفها بكفاءة

• العمر الاجتماعي: وهو يشير إلى الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها الفرد فلكل مرحلة عمرية دور يقوم به الفرد، يختلف عن الأدوار التي يقوم بها في المراحل الأخرى

• العمر النفسي: ويرتبط بالخصائص النفسية للفرد ومدى اقبال الفرد على الحياة، واتجاهاته نحو المستقبل (السيد مصطفى، 2007: 08)

ومن خلال ما تم التطرق اليه يمكن تعريف الشيخوخة على أنها المرحلة النهائية التي يمكن أن يصل إليها الفرد حيث تتميز هذه المرحلة بعدة تغيرات قد تمس مختلف جوانب الفرد النفسية والمعرفية والاجتماعية وكذا الجسمية، والتي ينتج عن هذه التغيرات احتياجات يسعى المسن لتلبيتها وكذلك مجموعة من المشاكل التي تمس الحياة الخارجية والباطنية للفرد.

## 2- أنواع الشيخوخة:

### أ) الشيخوخة الفعالة: Vieillesse Réussi

هي درجة القدرة الوظيفية الأعلى من الشيخوخة المعتادة. تتميز بالمحافظة على مستوى عال من عمل الوظائف المعرفية والفيزيولوجية. عدم وجود مرض أو إعادة مرافقة، المحافظة على الانخراط في النشاطات الاجتماعية و /أو الإنتاجية (رحالي، 2018:45)

ب) الشيخوخة البيولوجية: وهي تشمل التغيرات التي تحدث في جسم الانسان في مراحل الأخيرة من الحياة وهذه التغيرات تبدأ بفترة طويلة قبل أن يصل الانسان الى سن 65 (فؤاد السيد، 1975: 77)

ت) الشيخوخة الاجتماعية: وهي تشمل التغيرات على المستوى الاجتماعي بما في ذلك فقدان الذي يكون في (فقدان لطفولة، للشباب، لأحد الوالدين) مع التقدم في السن نسبة فقدان تزيد وتشمل بذلك فقدان العمل أو الوظيفة (التقاعد)، فقدان الدور في العائلة، فقدان الاستقلالية وفقدان صورة الذات .... (Manoukian.A,2011: 52)

ث) شيخوخة الإدراك: وتشمل هبوط القدرة تحصيل المعلومات جديدة وتقبل سلوك وأفكار جديدة

ج) شيخوخة الشعور: وهي تشمل هبوط القدرة على التكيف لمواجهة التغيرات في البيئة المحيطة، مثلا

المسنين عندهم صعوبة في التكيف إذا انتقلوا الى مسكن جديد (الأشلول، 2008: 660)

ح) الشيخوخة المرضية: تتضمن ظهور الأمراض مثل الأمراض القلبية الوعائية: العته، اضطرابات

حسية أو حركية. تكون الشيخوخة المرضية أسرع من الأنواع الأخرى، وذلك لوجود أمراض تطورية

ومعقدة واعاقات (رحالي، 2018: 45)

من خلال ما سبق نستنتج أن للشيخوخة أنواع وهي تختلف باختلاف الجانب (البيولوجي، الاجتماعي، الانفعالي أو المعرفي) الذي مسته التغيرات المتعلقة بهذه المرحلة أما الشيخوخة المرضية فهي سريعة التطور وأكثرها تعقيدا من الأنواع الأخرى

### 3- خصائص المسنين:

#### 1.3 الخصائص البيولوجية:

يتغير الجسم البشري وتتغير أجهزته تبعا لزيادة عمر الفرد وارتقائه في حياته من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد ثم الشيخوخة وبما أن الوظائف العضوية تعتمد على تكوين الأجهزة الخاصة بها، إذن فالوظائف العضوية تختلف من عمر إلى عمر يليه ومن مرحلة إلى أخرى (فؤاد السيد، 1975: 346)

وتجمع الأبحاث على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن وتمس هذه التغيرات:

- ضعف الشهية وشكوى من اضطراب الهضم.
- ضعف مقاومة الأمراض وتغيرات البيئة (نزلات البرد والحرارة العالية)
- الإصابة بالأمراض المزمنة (ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين، أمراض القلب).

#### 2.3 الخصائص الاجتماعية:

يشعر المسنون بالملل والسأم من جراء تقلص علاقاتهم الاجتماعية التي تقتصر فقط على الأقارب والأصدقاء القدامى (حيث أن العلاقات الاجتماعية تعتبر من مظاهر الصحة النفسية للفرد)

- ليحقق الفرد ذاته لا بد أن يكون له دور اجتماعي مرتبط به، اما المسن فيجد نفسه بلا أهداف وبالتالي تهتز قيمة تقديره لذاته.
- يشعر المسنون باقتراب الأجل فتجدهم يميلون إلى التدين فيجعلون من المسجد وجهتهم التي تملأ فراغ الكثير من المسنين
- شعور المسن بالعزلة وحاجته للسند جراء احالته على التقاعد وافتقاد الزوجة وابتعاد الأبناء عن الأسرة الأصلية

### 3.3 الخصائص النفسية:

- تضائل القدرة على الابتكار.
  - الحساسية الزائدة بالذات نتيجة سحب استثماراته في الخارج وتحويلها نحو الذات.
  - احساسه بالنقص في حاضره يجعله يتعلق بالماضي.
  - التقدم في العمر وان افتقر إلى الحيوية الجسمية فهو لا يخلو من خصوبة العاطفة ما يجعل الكثير من المسنين يقيمون علاقات عاطفية مع شابات صغيرات وهذا يعرضهم لحالات السخرية والاستهزاء.
  - انفعالات المسنين تدور حول أنفسهم لا حول غيرهم فهي ذاتية ما يجعلها تؤدي إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني. شأنهم في التحكم في الانفعالات شأن الأطفال فهم يعجزون عن ضبط مشاعرهم وعواطفهم.
  - العناد الذي يؤدي إلى السلوك المضاد وصلابة الرأي.
  - حب الطراء والمديح والتشجيع.
  - سمة القلق البارزة لديهم حيث لا يجدون متنفسا لانفعالاتهم كالسابق ما يؤدي بهم إلى الكآبة
  - الشك وعدم الثقة بالآخرين.
  - انفعالات المسنين تتصف بالخمول والبلادة في الحس أحيانا ناتجة عن عدم ادراكهم للمسؤولية المنوطة بالآخرين
  - التعصب لكل ما يمت لهم بصلة (جيلهم، آراءهم، عواطفهم)
  - الشعور بالاضطهاد ما يؤدي إلى إحساسهم العميق بالفشل.
  - التصلب الفكري والتحفظ والحرص والحذر. (عياش، 2021: 53)
- أما عباس محمود عوض (1999) فقد لخص الخصائص في النقاط التالية:
- صعوبة ملاحظة التطور مع قلة القدرة على التكيف مع هذه السرعة
  - زيادة التدهور في كثير من القدرات النفسية والجسمية
  - الميل الى الانطواء والشعور بقرب النهاية
  - النرجسية وحب الذات والأنانية (عباس، 1999: 171)
- ويضيف في نفس الصدد (Hemler) مصطلح عقدة الشيوخة والذي يشير إلى مركب يتكون لدى الشخص المتقدم في السن إذا ما توهم عجزه، ويكشف عنه لدى الفرد من اهتمامه لا مبرر له وانشغاله الزائد بشأن القيود والمعوقات الجسمية والعقلية التي قد تصاحب كبار السن. كما أن هذه العقدة تمل

الشخص المسن على الانعزال وعلى أن يبالغ من شأن وحدته كما يؤدي هذا إلى المخاوف من فقدان مركزه في الجماعة والقلق بشأن حالته الصحية وبشأن وضعه المادي وتسيطر عليه مصار انعدام الفائدة واستنفاد الفاعلية وتزداد لديه حرارة الوحدة، وضم الى كل هذه المعوقات التي يمر بها المسن فالمجتمع بدوره وأساليب معاملته للمسن تساعد على احساسهم بعقدة الشيخوخة (القناوي، 1987: 55)

### 4.3 خصائص المسن في الجزائر:

• الفئة العمرية 60 سنة فما فوق ارتفعت وتيرتها خلال الفترة الممتدة (1987-1998) بمعدل 4

اضعاف الفئة العمرية الأقل من 20 سنة. ويرجع زيادة معدل العمر إلى عدة أسباب أهمها:

✓ تطور طرق التكفل المبكر

✓ تطور العلاج الدوائي

✓ تطور العلاجات النفسية الفردية والجماعية والعائلية. (Jean Marc.T,2017 :168)

حسب دراسة استطلاعية أقيمت سنة 2002 من طرف L'ESAF مست هذه الدراسة 3958 مسن تفوق أعمارهم 60 سنة اغلبهم تتراوح أعمارهم ما بين 60-69 سنة:

1- في المناطق الحضرية ترتفع فيه نسبة المسنين

2- في سنة 2002، 72% من المسنين كانوا متزوجين اغلبهم رجال، الطلاق والعزوبية تبقى نسبتهم ضئيلة هذا بالنسبة للرجل اما بالنسبة للمرأة فكونها تبقى ارملة فهذا امر طبيعي بالنسبة للمجتمعات العربية المسلمة. حتى ان في نظر المجتمع، ارملة تبلغ من العمر 60 او أكثر، إذا رغبت في الارتباط فهذا امر غير مقبول

3- اغلبية المسنين في الجزائر أميين بنسبة تصل الى 84,7%

1- 80% من المسنين يسكنون في بيوت ملك لهم والفئة التي تعيش في المناطق الحضرية يحضون بحياة تتميز برفاهية أكثر من المناطق الريفية (BOUAZIZ.K,2020: 54-53)

## 4. احتياجات واهتمامات المسنين:

## 1.4 احتياجات المسنين:

إن الشيخوخة لم تعد فقط سيرورة بيولوجية وطبيعية لا مفر منها وإنما ظاهرة اجتماعية ذات أبعاد مختلفة لا بد من مواجهتها لما يترتب عنها من حاجات نفسية واجتماعية تتطلب إشباعا ملائما لهذه الوضعية (لبديري وبودودة، 2020: 72)

الحاجة تعرف على أنها رغبة طبيعية يهدف الكائن الحي إلى تحقيقها لما يؤدي إلى التوازن النفسي والانتظام في الحياة ولفتة كبار السن مجموعة من الاحتياجات المرتبطة بممارسة أنشطتهم المختلفة ولعل أهمها تتمثل فيما يلي:

(أ) الاحتياجات المعيشية: المتمثلة في توفير الدخل الكافي لأن أغلب المسنين هم فئة توقفت عن العمل والإنتاج والكسب. (الشريبه، 2018: 262) تختلف أوضاع المسنين في الأسر وفي المجتمع باختلاف قيمة الدخل الذي يتحصلون عليه أو انعدامه، فمع تقاعد المسن تتناقص موارده المادية وتزداد احتياجاته ومطالب اسرته، وفي حالة المجتمع الجزائري الذي يتهاوى فيه القدرة الشرائية يوميا مع ثبات كلي للأجور، يجد المسن نفسه عاجزا عن تلبية حاجاته التي تفوق ما يحصل عليه من دخل. (تالي، 2017: 258)

(ب) الاحتياجات الطبية: يذهب " جيرين " إلى القول إن أمراض الشيخوخة مازالت أمراضا فردية ترتبط بحالة كل مسن على حده مثله في ذلك مثل الآخرين، إلا أن كبر السن في حد ذاته لا يصاحبه أمراض معينة يمكن التصدي لها. والاتفاق يكاد يجمع حقيقة ارتباط التقدم في العمر بمظاهر ضعف واضح في كفاءة بعض أجهزة الجسم الحيوية، مما يؤدي في الغالب إلى الإصابة بأمراض معينة إذا ما ضعفت بعض أجهزة الجسم الحيوية نتيجة لعامل السن أو عوامل أخرى ومن ثم فهي إذا كانت قضية عامة لدى كافة المسنين إلا أنها في الوقت نفسه قضية خاصة بحالة كل مسن ومدى تأثر أعضاء جسمه الحيوية وتاريخه الحياتي الطويل. (الشريبه، 2018: 263)

(ت) الاحتياجات الثقافية: وتتمثل في حاجة كبار السن إلى مكتبات عامة أو مكتبات ملحقة بدور ونوادي ثقافية لمواجهة الاحتياجات التربوية والثقافية والروحية لهم لمقابلة اختلاف الميول والمستويات الثقافية بينهم، ويمكن لهذه المكتبات توفير سبل خاصة وميسرة للمكفوفين كالكتب المطبوعة والعدسات المكبرة لضعاف النظر والكتب الناطقة وغيرها من السبل (هيشور وسقني، 2021: 174)

- ث) الاحتياجات الترفيهية: نظرا للفراغ الذي يعانيه المسن وخاصة بعد تقاعده، فهو بحاجة لملء هذا الفراغ ويكون من خلال الأنشطة الترفيهية التي ولا بد أن تكون في صميم احتياجاتهم
- المسن بحاجة إلى أن يحس بفائدته وأنه لا يزال المجتمع بحاجة إلى الاستفادة من خبراته فالبداية من تقوية هذا الإحساس لديه
  - تنظيم رحلات دورية إلى وجهات سياحية تجدد فيهم النشاط والحيوية وحب الحياة وتبعث فيهم الاستمرار للعطاء
  - إعداد مخيمات صيفية (عياش، 2021: 57)

ج) الاحتياجات النفسية: تتمثل في احتياجات الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحررا من كل الضغوط النفسية، وما يتعرض له المسنون في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها وأن التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي، حالتهم النفسية على وجه سليم إضافة إلى أن المسن كثيرا ما يفقد شريك الحياة وهو ما يجعله يشعر بالعزلة وافتقاد السند أو المعين والتقدم في السن. ومن أمثلة الاحتياجات النفسية:

- ✓ الحاجة إلى فهم النفس: بدخول الفرد إلى مرحلة الشيخوخة تحدث له تغيرات تؤثر سلبا على جوانب عدة إدراك ما يتصل بعملية التقدم في العمر، خاصة الجانب النفسي، لذا فهو بحاجة إلى تفهم الحالة النفسية التي يعيشها وكما يجب إدراك معنى هذه التغيرات التي تؤثر في قدراته العقلية وشخصيته واعانته على التخلص من أساليب التفكير هذه والمعززة لأعراض مرضية كالتوتر والقلق. الخ
- ✓ الحاجة إلى الشعور باحترام الذات: يزيد شعور المسن في مرحلة الشيخوخة بعدم احترام الآخرين لنفسه وذاته، مما يجعله يحس بنفس محطمة ويأس كبير وما يترتب عنه من تقوقع نفسي وعقلي، وعليه فالمسن بحاجة إلى ثبات إعادة الاعتبار له ككائن بشري لها أحاسيس ومشاعر، ويتم ذلك من خلال إتاحة الفرصة له للتعبير عن ذاته أو وجوده. لأن مفهوم المسنين عن ذاتهم يبين ميولا نرجسية تظهر لدى الكثيرين حين يتقدم بهم السن وانتمائية الفرد المسن في حالات كثيرة تتحول عن أشخاص وموضوعات عالمه الخارجي وتتجه نحو ذاته " كما يسبب فقدان القدرات الجسمية والعقلية جرح نرجسي يصيب المثل الأعلى لأنا المسن "
- ✓ الحاجة إلى الشعور بالثقة في النفس: حتى يستطيع المسن مواجهة الصعوبات التي تواجهه فهو بحاجة إلى استعادة الثقة بنفسه، وذلك بإسناد ادوار ومسؤوليات له وعند نجاحها يستعيد ثقته بنفسه، كما هو بحاجة إلى الشعور بالأمن والتقدير سراء في أسرته أو المؤسسة التي ترعاه وذلك بتقبله وتفاعله معه
- ✓ الحاجة إلى الشعور بالحب والاستقرار العاطفي: وتتمثل في إشباع الجانب الوجداني من خلال إحساسه بأنه ذو نفع للجماعة التي ينتمي إليها، خاصة أسرته وأبنائه حتى يحس بالوفاء والإخلاص له

وحتى يحس بأنه فرد ذو قيمة. (هيمشور وسقني، 2021، ص 173)

ح) **الاحتياجات الاجتماعية:** يحتاج المسنون إلى تعزيز علاقاتهم الاجتماعية وذلك لمواجهة كل التغيرات الاجتماعية وفي مقدمة ما يحتاج إليه المسن تدعيم العلاقات الأسرية في مواجهة تغير العادات والتقاليد من جيل إلى جيل وما يترتب عليه من آراء واتجاهات مختلفة بين جيل الأجداد والأحفاد (داوود، 2018: 39) ومن أهم الاحتياجات الاجتماعية نذكر:

- دفع الحياة الأسرية لأنها تلعب دور كبير في المعاش النفسي للمسن ويبرز ذلك من خلال الدراسة التي قامت بها مريم سراي 2016 والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي للمسنين المتواجدين بدار العجزة وأسفرت نتائجها على سلبية المعاش النفسي وأنه يتميز بالقلق والوحدة النفسية. ونجد كذلك دراسة سالم والصنفي 2007 جاءت تحت عنوان رعاية المسنين في المجتمع والأسرة وعلاقتها برضا عن الحياة فكانت نتائجها قد تمثلت في وجود فروق دالة احصائياً بين المسنين المنضمين وغير المنضمين للجمعيات رعاية المسنين في جميع جوانب الرعاية لصالح غير المنضمين. كما سجلت مستوى متوسط في الرضا عن الحياة، هذا وإن دل عن شيء فهو يدل على أن المسن يجد راحته بين أسرته.

- الحاجة إلى الوجود في جماعة وتدعيم العلاقات الاجتماعية بين المسنين والمحيطين بهم

- تدعيم الأدوار الاجتماعية التي ترتبط بالمكانة والقدوة والمثل العليا

- الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية للمسن والحاجة الى التوافق مع الظروف الجديدة

- الحاجة إلى اشراك المسنين في برامج التنمية والاستفادة من خبراتهم في مجالات تخصصاتهم، مع إمكانية إعادة تدريبهم مرة أخرى لتناسب قدراتهم العقلية والجسمية.

- الحاجة إلى التكفل الاجتماعي للمسنين. (الشريبه، 2018: 264)

ه) **الحاجة إلى الرعاية:** نظراً لما يطرأ على كبار السن من تغيرات تنعكس بدورها على صحتهم وحالاتهم النفسية، فهم بحاجة إلى رعاية خاصة. وهو ما أكدت عليه الدراسات العلمية، حيث أشارت إلى أن المسن في حاجة إلى نظام رعاية صحي يكفل له الأمن الاقتصادي، والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية. ويكفل له المشاركة في عمليات التنمية والاستفادة من خبراته في مجال تخصصه، بما يتناسب مع إمكاناته الجسمية وقدراته العقلية، حتى يستطيع أن يسهم في النشاط الاجتماعي والاقتصادي والسياسي (تالي، 2017: 259)

#### 2.4 اهتمامات المسنين:

وتشير الاهتمامات إلى وجود ميل لأداء نشاط ما يحقق إرضاء واشباع لدى الفرد، فهو ميول نحو أشياء



يشعر الفرد نحوها بجاذبية خاصة (خليفة، 1997: 31)

أشارت "هير ولوك" إلى أن اهتمامات كبار السن تشمل الجوانب التالية:

✓ الاهتمامات الشخصية: المتعلقة بالذات، الجسم، المظهر والشكل، يصبح المسن أكثر اهتماما بذاته وأقل اهتماما بالآخرين.

✓ الاهتمامات الترفيهية: وهي تشمل مشاهدة التلفاز، زيارة الأصدقاء والرحلات.

✓ الاهتمامات الاجتماعية: يعاني المسن الشعور بالفراغ والعزلة، والانسحاب من البيئة الاجتماعية نظرا لنقص الاندماج مع الآخرين وتناقص الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها

✓ الاهتمامات الدينية: يصبح الفرد أكثر تسامحا وقل تعصبا للجوانب الدينية أكثر ترددا على دور العبادة (الشريبه، 2018: 270)

#### 3.4 الاهتمام العالمي برعاية المسنين:

يحتاج الانسان إلى رعاية خاصة في مرحلتي الطفولة والشيخوخة، وإذا كانت مرحلة الطفولة قد حظيت باهتمام واضح على المستوى القومي والدولي منذ عشر سنين في العالم المتقدم - ولقد تمثل الاهتمام العالمي بقضايا رعاية المسنين فإن هيئة الأمم المتحدة خطت خطة جادة عندما قررت الدعوة إلى تجمع عالمي في عام 1983 بهدف دراسة الشيخوخة وكبار السن، ووضع برنامج عمل لضمان الأمان الاجتماعي والاقتصادي لهذه الفئة، وأتاحت الفرصة لأفراد للمشاركة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية لبلادهم. واختارت الأمم المتحدة شجرة التين الهندي شعارا للمؤتمر، والتي ترمز لطول العمر، والاعتماد على النفس، والاستمرار في النمو، حيث تمتد هذه الشجرة لمئات الأقدام عن جذعها الأساسي. (القناوى، 1987: 95)

- هذا وقد عدت هيئة الأمم المتحدة عام 1999 عاما دوليا لكبار السن كما أن منظمة الصحة العالمية جعلت هذه القضية موضوعها ليوم الصحة العالمي.

- كما أكد تقرير الأمم المتحدة على ضرورة توفير الحماية للمسنين وضرورة العمل على الرفاهية من خلال ملاحظة العلاقة بين السلامة الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية وهذا الأمر يتطلب تعاوننا واسعا بين الدولة والمجتمع والأسرة والمسنين أنفسهم.

- ويعد المؤتمر العالمي للشيخوخة من أهم مؤتمرات الأمم المتحدة الخاصة بالإنسان والذي شمل

على الموضوعات مقدمة عن هذه المرحلة من العمر وتخصصت في:

\* الاستفادة من خبرة المسنين

\* اشباع حاجة المسنين: توفير نوعية حياة أفضل وتحقيق الحاجات كالتغذية والرفاهية والإسكان والتعليم والأسرة.

\* موضوع الصحة: الاهتمام بالخدمات الوقائية بدلا من العلاجية لأنها تعمل على تهيئ الناس لمشكلات الشيخوخة ولحياة أصح وأفضل اذ بدأت في سن مبكر.

- قضية المرأة المتقدمة في السن: وقد أكد المؤتمر أن موضوع الشيخوخة ذو أهمية خاصة للنساء فهي قضية تعد أكبر منها للرجال، ويجب تناولها في خطة رعاية الشيخوخة في جميع البلدان وذلك لأن السنوات يعانين من المشكلات الاقتصادية الشديدة خصوصا في الدول النامية (الشربينه، 2018: 273-274)

إن الشيخوخة عند المرأة تختلف عنها عند الرجل، فهي غير مرتبطة أساسا بالتقاعد، لكن غالبا ما تكون مترافقة مع سن اليأس فتعاني في هذه المرحلة من أعراض جسدية ونفسية واجتماعية، وتتميز هذه المرحلة باضطرابات هرمونية قد تقدها نشاطها وحيويتها وتدخلها في دائرة اليأس ما يؤثر على توافقها النفسي والاجتماعي.

كما قد يتخلل هذه المرحلة تغير في وضعيتها العائلية فمن متزوجة إلى أرملة ما يؤدي بها إلى الإحساس بالوحدة والاكئاب (كبداني، 2016: 15-16) وتجربة فقدان فإن كلمة فقدان *la perte* أساسية في المعاش النفسي للمسن ويتمثل في فقدان (الاستقلالية، الملكية وفقدان العلاقات ...) وهذا المعاش هو الذي ينتج عنه سلوكيات اكتئابية عند المسن " فكل اكتئاب يطرح بالضرورة مشكلتين احدهما تجربة فقدان والثانية علاقتها بالعدوانية" فالفقدان هو صميم معاناة المكتئب وهذا مهما كان سنه هناك إحساس بفقدان شيء أو إحداهما.

إنه الإحساس بفقدان الحب وهذا الفقدان يجعل الفرد يعيش الإحساس بالفراغ الداخلي "الإحساس ببيت لأحد أجزائه". وعليه فالمكون الرئيسي للمعاناة من الاكتئاب وفقدان التقدير الذاتي والإحساس بالتحقير وهو الجانب النرجسي للمسن، باختصار تجربة فقدان الداخلي هي النواة كل اكتئاب (Philippe et al., 1996: 263)

## 5-مشاكل المسنين:

تكمن «مشكلة المسنين» في الخصائص المتعلقة بنمو الفرد في اتجاهه نحو مرحلة الشيخوخة لكونها تعد من إحدى مراحل النمو الأساسية التي يصابها العديد من التغيرات الفسيولوجية، الاجتماعية والنفسية، إنها تغيرات ناتجة عن فقدان التي تعد تجربة صعبة بالنسبة للمسن "تجربة فقدان عميقة جدا" (Daniel.C,2021 :25) فهذه التغيرات ينتج عنها العديد من المشكلات التي يتعرض لها المسنين والتي تؤثر على حياتهم اليومية وتبدو ظاهرة على ردود أفعالهم وسلوكياتهم، وتكون هذه المشكلات إما بسيطة أو دائمة، وهي تنقسم إلى أربع مشكلات: المشكلات الاجتماعية، المشكلات النفسية المشكلات الصحية، المشكلات الاقتصادية

**1.5المشكلات الصحية:** تتوقف الحالة الصحية للمسن على عوامل عديدة مثل المستوى المعيشي والثقافي ومدى ممارسة الرياضة والاعمال التي كان يزاولها قبل تقاعده (تالي،2017:255). كما أن للحالة الصحية تأثير كبير على المسن في العديد من الجوانب مثل القدرة على العمل والاشتراك في الأنشطة الترفيهية وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج. كما تعتبر أمراض الشيخوخة أكثر خطورة لضعف مقاومة الجسم لدى المسن وشدة تأثيره وضعفه مما يقلل فرص اجراء العمليات الجراحية، فالصحة تعتبر أكثر ارتباطا بالتوافق النفسي للأشخاص وهذا ما أثبتته دراسة "شهيناز عبد الهادي 1986" وأوضحت من خلالها أن المسن بحاجة إلى الرعاية الصحية وتجنب الضرر والآلام والأمراض ذلك من أجل تحقيق توافق النفسي والاجتماعي.

**2.5 المشكلات الاقتصادية:** أشار كامل أحمد سهير 1987 أن قلة الموارد بسبب الإحالة على التقاعد من المشاكل الاقتصادية التي تؤثر على قدرة المسن في أن يحيا بحياة مشبعة بالدرجة الكافية، أكثر مما يؤثر عليه كبر السن، كما تبين أن الوضع المالي يؤثر على التفاعل والرضا عن الحياة لدى المسنين (خوجة،2018: 23-24)

**3.5المشكلات الاجتماعية:** إن مرحلة كبار السن تتسم بمشكلات اجتماعية تظهر بوضوح مع التقدم في العمر وتكون ذات تأثير كبير في حالة التوافق الاجتماعي لديهم. (جاب الله،2021: 570) وباعتبارنا مخلوقات بشرية تعيش في وسط اجتماعي نقول إن للعلاقات الاجتماعية دورا هاما في الحياة اليومية خاصة لدى الفئة المسنة سواء داخل نطاق الأسرة أو خارجها (داوود،2018: 46). وإذا سلمنا بالفكرة القائلة: " بأن الإنسان يعاني من الحرمان الاجتماعي، عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي

طبقا لحاجاته ورغباته»، يمكن القول هنا أن «المسن المتقاعد» يعد من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي، نظرا لما تتميز به مرحلة «الشيخوخة» من ضيق في نطاق العلاقات الاجتماعية - حين يفقد «المسن» أصدقائه في هذه المرحلة يجد صعوبة في استبدالهم بآخرين - كما أن تدهور العلاقات الأسرية في الوسط الحضري يزيد من الحرمان الاجتماعي ويؤدي إلى الشعور بالوحدة والعزلة. وعليه يكون «الفراغ» من أهم مشاكل «المسن» خاصة بعد «التقاعد» عن العمل. (لبديري وبودودة، 2020: 74) فقدان الوظيفة يؤدي إلى فقدان المتعة والرغبة، والتي ينتج عنها سحب الاستثمار، حيث يمكن ملاحظة العديد من عمليات السحب الاستثمار، بادئ ذي بدئ، يمكننا ملاحظة سحب الاستثمارات الجسدية من خلال رفض هذه الهيئة المتغيرة، يحدث سحب الاستثمار المكاني أيضا عن طريق تقليل تواتر النزوح من مساحة العمل، وبسبب الراحة في السرير يتجلى سحب الاستثمار الاجتماعي أيضا من خلال الانسحاب إلى الذات والعزلة لأن الشخص المسن لا يقبل المعيشة الجديدة، وبالتالي ينكمش المجال الاجتماعي.

في عام 1961 فسر كل من كمنيج وهنري (Cumming et Henry) ظاهرة تدهور الروابط الاجتماعية للمسنين على أنها تتبع أنماط سلوكية محددة حسب البيان الآتي:

- ✓ تغير في الأداء: بالنسبة للرجل فإنها تبدأ بظاهرة انخفاض في الإنتاجية مع تغير في وجهة النظر نحو العمل
  - ✓ فقدان الدور: بالنسبة للنساء فهو يتمثل في الموقف الذي ينشأ بعد وفاة الزوج، وبالنسبة للرجل فهو يتمثل في الإحالة إلى المعاش
  - ✓ تدهور العلاقات الاجتماعية: مع تدهور دور المسن في المجتمع فإن العلاقات الاجتماعية تتضمر ويتبعها هبوط في الحالة المعنوية وكثيرا ما يؤدي إلى التكيف غير السوي مما يؤدي إلى مزيد من تدهور العلاقات الاجتماعية مع ما يصاحبها من الكآبة وفقدان الشعور بالذات
  - ✓ الوعي المحدود بالزمن: يؤدي ذلك إلى الحد من الأنشطة لقضاء الوقت، كما أنه يحدث للمسن وعي بحتمية الموت وعندما يزداد تدهور الروابط في المجتمع، وتنقطع كافة العلاقات، فإن المسن يصبح مستعدا لنهاية المرحلة، أي للموت (الأشلول، 2008: 668)
- وهذا ما أطلقت عليه (Cumming) "فك الارتباط" أو "نظرية الانسحاب" بحيث ترى أن الفرد ينعزل عن المجتمع في الوقت الذي يبدأ المجتمع بالانسحاب من حياة الفرد وهذه المرحلة تعمل على
- 3 مستويات:

- الناحية الاجتماعية: ترك للمسّن مجال الدور الذي لم يعد يستطيع العمل فيه بكفاءة لكي يستطيع افساح المجال لمن هم أصغر منهم سنا.
  - بالنسبة للفرد: وسيلة للحفاظ على التوازن بين الطاقات المنحسرة للسّن من جهة ومتطلبات شركاء الدور من جهة أخرى
  - من الناحية النفسية: المحافظة على الموارد العاطفية ليتمكن من التركيز على استعداداته للموت وعليه تتبلور نظرية الانسحاب أن عملية الشيخوخة هي قلة التفاعل بين المسن والمجتمع ونقص التبادل بسبب فقدان الأدوار، كما تركز هذه النظرية أن عملية الشيخوخة هي انسحاب متبادل وحتمي بين المسن والمجتمع (بلخير، 2012: 60)
- قد حصر خليفة عبد اللطيف محمد المشكلات الاجتماعية للمسنين في:

- العزلة وحصر العلاقات في الأقارب والمألوفين
  - إهمال المجتمع لجهود المسنين
  - عدم القدرة على التوافق الاجتماعي
  - الأزمة الاجتماعية المتوقعة
  - وضع المسن في مؤسسة الاجتماعية
  - فقدان المكانة الاجتماعية وفقدان الدور الاجتماعي
- (جاب الله وآخرون، 2021: 570)

**4.5 المشكلات النفسية:** ترتبط المشكلات النفسية في الغالب بعدم التكيف مع التغيرات العمرية، فهذه المشاكل قائمة في مرحلة الشيخوخة لا محالة لكنها تتراوح ما بين مشاعر الوحدة والفرغ والخوف والحزن على فقدان حب الآخرين وفقدان الأبناء والأهل، فعادة ما تكون تجربة الخسارة مصحوبة بالحزن الذي يعرف على أنه مجموعة من العلاقات والمواقف والسلوكيات التي تعقب فقدان أو الانفصال، وعندما نتكلم على الانفصال فلا بد من اللجوء إلى التحليليون الذين يرون أن قلق الانفصال يتجدد نشاطه خلال فترة الشيخوخة، فالمسن يعاني قلق الموت و الخوف من الفناء فيستعمل بذلك آليات دفاعية ضد قلق الموت كالإسقاط و الانشطار كما ينمو لديه قلق الاضطهاد فمقارنة مع نموذج ميلاني كلاين التي ترى أن الرضيع لديه قلق الاتهام والخوف من الشره فالمسن يعاني نوع آخر من القلق والمسمى بقلق المجاعة أي الخوف من الجوع ( جوع الحب، جوع العلاقة) حول موضوع سيء، بمعنى أن الرضيع يستعمل الثدي كسند بينما المسن يستعمل الأولاد، ففي الطفولة يكون الموضوع الأم (الثدي) مصدر للحب و الكراهية وفي الشيخوخة يكون الموضوع الطفل الذي أصبح راشد مصدر للحب و الكراهية ( Maximilienne

85-80p; 1985; Gautret ;Levet نقلا عن: بلخير فايزة (2012) وضم إلى ذلك الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة كالعته والزهايمر والاكتئاب النفسي الشديد ، فتدهور القدرات العقلية يعد من أكبر المشاكل التي تمس الجانب السيكوباتولوجي للتقدم في السن " (Gzil et Hirche,2012 :255) ولعل أهم اضطراب يصيب المسن هو الاكتئاب حيث تشير الدراسات النفسية إلى تزايد عدد المسنين الذين يعانون من الاكتئاب، وقد يعزى إلى تزايد الضغوطات الاجتماعية والنفسية على المسنين نظرا لسرعة التغيير الاجتماعي والإصابة ببعض الأمراض المزمنة (تالي، 2017 :257)

- أما حسب بيك (Beck) فإن المسن يمر بثلاث أزمات والتي يتحتم عليه تجاوزها ليحقق ذاته وينمي شعوره بتكامل الشخصية ووحدتها وهي:

(1) إعادة تحديد الأنا (la différenciation du Moi):

والتي تختص بإعادة تحديد الأنا الفرد خارج الدور المهني، من خلال اكتشاف فوائده التي تدعم الهوية

(2) تجاوز الجسد (le dépassement du corps):

البحث عن الرضا أو الارتياح الذي يقود إلى استثمار وزيادة في المهارات الاجتماعية والعقلية بتجاوز تقبل الضعف الجسدي والهم المرتبط بالجسد والراحة الجسمية.

(3) تجاوز الأنا (le dépassement du Moi):

إدراك الفرد بعدم استثمار الخاص بشخصيته بهدف الاستعداد للموت أي بمعنى أن الفرد يكف عن الاهتمام بأناه فيقبل فكرة الموت دون قلق (بلخير، 2012 :02)

## 6. إشكالية الشيخوخة في الجزائر:

من الناحية التقليدية، المسنين شكلوا الركيزة الرمزية الذي تقوم عليه الأسرة ككل وأنه في حالة ما إذا كانت هناك حالة عجز أو مرض. فمن الطبيعي أن تقع تبعات هذا الأمر على عاتق أفراد عائلاتهم (Mimouni.B,2013 : 01)

حسب التمثلات الاجتماعية الخاصة بالمسن، تعد هذه الشريحة شبيهة بنقلة المعارف ( transmetteurs de savoirs ) ولكن مع تقدم الزمن، تغيرت هذه النظرة بدرجة كبيرة وهذا راجع إلى تقلص حجم العائلة من جهة ومن جهة أخرى راجع إلى التحول الناتج عن الهجرة على المستوى الداخلي والخارجي (Mimouni.B,2013 :02)

" هناك ثلاث عوامل تعزز مكانة المسنين في الثقافة الجزائرية، والتي على أساسها تقوم أي استراتيجية للتكفل بهم: العامل الاجتماعي، العاطفي والثقافي "

الجانب الاجتماعي: الذي يحافظ على الروابط العائلية وعلى الروابط مع المقربين أيضا

الجانب العاطفي: يظهر في موقع القوة الذي يتمتع به المسنون على المستوى الواقعي والرمزي حيث يفرضون أنفسهم على محيطهم

الجانب العقائدي: يبين المكانة والأهمية التي يحظى بها المسنون من ناحية التقدير والحماية

(Mimouni.B,2013 :04)

## ثانيا: المسن في الأسرة الجزائرية

### 1.تعريف الأسرة الجزائرية

تعتبر الأسرة من أكثر المؤسسات الاجتماعية وضوحا في المجتمع من حيث أنها أقدم التشكيلات الاجتماعية في الحياة البشرية، ومن حيث عموميتها ووجودها في مختلف المجتمعات البدائية والقديمة منها وكذلك المعاصرة والحديثة، فهي موجودة في كل الأزمان وجميع المناطق الجغرافية التي عاش فيها الانسان (صبيح وآخرون، 1985 :10-11) ونجد أن الباحثين اختلفوا في تناول موضوع العائلة من حيث تحديد مفهومها وذلك لتباين وجهات نظرهم في نشأة واصل وتطور بنية ووظائف هذا التنظيم الاجتماعي.

فمصطلح العائلة حسب مصطفى بوتقنوش (1984) " يعني قيمة أخلاقية وروحية، فالعائلة كلمة جديّة مشحونة بحساسيات عند النطق بها. فهذا الكيان الروحي الذي لا يمكن للفرد عن قابلية الارتباط به، فهو مرتبط بمجموعة من القيم الأقوى من اختيارات أي فرد رغم ما يطرأ عليه من تغيرات نوعية" (بن علال، 2018 :52)

ويذهب (بوتقنوش) في تعريف آخر للعائلة " على أنها المؤسسة الرئيسية التي تتكون من رجل أو عدد من الرجال يعيشون في إطار الزواج مع امرأة أو عدد من النساء، أبنائهم وفي بعض الأحيان يعيشون مع آباء آخرين وخدم " (Boutefnouchet. M,1980 :19)

أما بوجار دوس (Bog ardu) فعرف مصطلح العائلة على أنه جماعة اجتماعية صغيرة تتكون عادة من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأطفال، يتبادلون الحب ويتقاسمون المسؤولية، وتقوم بتربية الأطفال، حتى تمكنهم من القيام بتوجيههم وضبطهم، ليصبحوا أشخاص يتصرفون بطريقة اجتماعية (الكندري، 1993: 23) وفي نفس السياق يقول (François) أن " العائلة تعد مكانا نهما للتنشئة الاجتماعية خاصة في عملية التربية خلال السنوات الأولى (François de Singly, 2016: 24)

كما أنه يشير إلى أفراد من عائلة يعيشون تحت سقف واحد بالتحديد الأب، الأم، والأطفال الذين يسكنون معهم (Bendehmane.H, 1984: 33)

ويعرفها القصاص على أنها شكل من أشكال التنظيم الاجتماعي يتميز بسيادة القيم العائلية التي تؤكد تبعية المصالح الفردية لمصالح ورفاهية العائلة ككل، ويتميز هذا التنظيم بإحساس أعضائه القوي بالتوحد والولاء العائلي والعون المتبادل والاهتمام باستمرار وبوحدة العائلة (القصاص، 2008: 17)

تعريف إدريس شابان " يمكن تصور العائلة كبنية اجتماعية تؤمن للكائن البشري، الذي يولد ضمن إطارها، مجموعة من العوامل والعناصر التي تساعده على تحقيق نموه واستمراره ووجوده. ثم إن هذه المجموعة تشكل خليطا لا مثيل له" (كريستين نصار، 1993: 22)

ويعرفها N. Sillamy في قاموس علم النفس بأنها مؤسسة اجتماعية مبنية على نظام العلاقات والروابط والاتجاهات الأبوية والأمومية أشكال مختلفة حسب الثقافات (Sillamy.N, 2003: 110)

أما الباحث الجزائري حمروش فأعطى تعريف شامل ووافي للعائلة بحيث عرفها على أنها «مؤسسة تمتاز بالتغيير والديناميكية، وهي بذلك عبارة عن مجموعة من العمليات فكل حقبة زمنية وكل مجتمع يعرف أشكال من التجمعات الأسرية الخاصة به، تعتبر الأسرة مؤسسة تحتوي على قوة تحمل ومقاومة كبيرتين، وكذلك ذات قوة تكيف ساعدتها وتساعدها على تجاوز مختلف التحولات والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية الأساسية. (قاسي وغربي، 2021: 84)

فيما يخص نظرة الإسلام للأسرة أو العائلة فهو يعتبرها كيانا مقدسا، لذا يحث على الزواج وعلى تكوين أسرة في الأطر الشرعية طبعاً ويعتبر الزواج ميثاقاً غليظاً تتوحد به القلوب وقال الله تعالى " مِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ"



سورة الروم: الآية 21 (بن قسيمة، 2021: 41)

## 2. أنواع وخصائص الأسرة الجزائرية

### 1.2 أنواع الأسر الجزائرية:

يقسم (مكايفر) العائلة البشرية في كتابه "المجتمع" إلى قسمين أساسيين هما:

أ) الأسرة الممتدة (التقليدية): وتكون في المجتمعات الزراعية والمحلية والعشائرية والقبلية وفي البيئات الاجتماعية العمالية من صفاتها: يخيم الجو الديكتاتوري عليها حيث يحتل الأب المنزل الاجتماعية الأعلى بكثير من منزلة الأم وينفرد باتخاذ القرارات بمستقبل العائلة. كما تؤدي العادات والتقاليد والقيم الاجتماعية دورا أساسيا في وحدة العائلة وتماسكها، اعتماد العائلة على نفسها في تأمين مختلف الوظائف المهمة لأفرادها وللمجتمع الكبير (كريستين، 1993: 30-31) ويقول (مصطفى بنتقوشنت) إلى أن العائلة الجزائرية الممتدة التقليدية تراتبية ولا وجود لأي فرد فيها إلا في جماعة العائلة ومن خلال المكان الذي يشغله داخلها (أب، أم، جد) فنظامها قائم أو يفرض وصاية الكبار على الصغار و لعب الكبير دور القاضي الذي يمارس قراراته على العائلة و يعتبر الكبير في السن مركز الاحترام بل جسر التواصل بين الأجيال السابقة و الأجيال اللاحقة . وتبقى الأسرة من هذا النمط على الاتصال بين الأجيال وتسمى أسرة النواة المتصلة.

هذا النوع من الأسرة يتكون من الجد والجدة والأولاد هؤلاء يتزوجون ويعيشون في نفس البيت نجد في هذا النوع من العائلة العديد من الراشدين متزوجون ولهم أطفال، بصفة عامة، كل الأفراد يخضعون لسيطرة فرد واحد. (Encyclopédie ,1971 :18)

ومن أهم سمات الأسرة الجزائرية هي الأسرة ممتدة تعيش في أحضانها عدة أجيال، عدة أسر ناتجة عن زواج تحت سقف واحد الدار الكبرى عند الحضر والخيمة الكبرى عند البدو (Boutefnouchet. M,1980 : 40)

ب) الأسرة النواة (الحديثة): توجد في الأقاليم الصناعية والحضرية المتطورة وفي الأواسط المهنية والمتوسطة. من صفاتها سيطرة الجو الديمقراطي عليها نظرا لتساوي منزلة الزوجين داخل الإطار المنزلي، تحرر الزوج من القيود التي تفرضها عليه سلطة الأقارب (الأب، الجد، الأخ...) التي كانت تقرر مصير العائلة ومستقبلها، ضعف التقاليد والعادات والقيم الاجتماعية وتفككها. تخصص الوالدين بأداء الوظائف الرئيسية (الانجاب والرعاية والتنظيف) بينما الدولة تقوم بالوظائف الثانوية خلق الأعمال الاقتصادية وتوزيعها على الأفراد وكذا مختلف الوظائف الاختصاصية الأخرى

(كريستين، 1993: 31).

لقد أعطى الأنثروبولوجيين اهتماما كبيرا في دراستهم وأبحاثهم التي أجروها و اعتبروا هذا النوع من العائلات وحدة اجتماعية وظيفية موجودة في كل المجتمعات و هي جزء من النظام القرابي الواسع وراسخة في شبكة العلاقات بين الأجداد و الأحفاد و الأعمام و الأخوال، و تتميز هذا النمط من النظام العائلي بحياة خاصة و هي أصغر الوحدات الاجتماعية القرابية التي يمكن معاملتها كوحدة منفصلة عن المجتمع و اعتبرها تميزت بالعالمية أي وجودها في كل المجتمعات وهي الأساس الذي تتكون منه العائلات الكبيرة و الأكثر تعقيدا (صبيح وآخرون، 1985: 91-92)

ويعرفها القصاص بأنها جماعة صغيرة تتكون من زوج و زوجة و أبناء غير بالغين و تقوم كوحدة مستقلة عن باقي المجتمع المحلي (القصاص، 2008: 21)

## 2.2 خصائص العائلة الجزائرية:

قبل ذكر الخصائص التي تميزت بها العائلة الجزائرية، سنعرج أولا على أهم التغيرات و مراحل التطور التي مرت بها العائلة الجزائرية

### أ) تغيرات العائلة الجزائرية:

لقد أثبتت الدراسات الأنثروبولوجية للمجتمعات البدائية و المجتمعات ما قبل الصناعية أن العائلة الجزائرية تحمل من عناصر القوة ما يساعدها على الاستمرار في الحياة و على الحفاظ على كيانها و على النظام العام الذي يحكم العلاقات الاجتماعية، فالمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات مر بالعديد من التغيرات العميقة التي أثرت على مختلف جوانبه البنائي و الوظيفي و الاجتماعي و بما في ذلك العائلة، و عليه فقد مر المجتمع الجزائري بثلاث مراحل أساسية:

### - المرحلة الأولى: (قبل الاستعمار)

كان المجتمع الجزائري قبائلي و عشائري لكل قبيلة قائدها الروحي ينظم فيها كل الأمور المادية و الروحية (مالكي، 2011: 48) بحيث أن العرف الاجتماعي كان نقطة القوة التي تحافظ على التماسك الاجتماعي، و على استمرار احترام النظام الذي اتفقت عليه الجماعة القرابية، فكان الناس ينصاعون لهذا النظام دون أجهزة أمنية كالتالي نلاحظها في العصر الحالي و هذا الاحترام مكتسب من قوة غيبية مقدسة و أشخاص يتمتعون بهيبة اجتماعية و دينية مباشرة متمثلة في شيخ القبيلة (بن قسيمة، 2021: 73)

- المرحلة الثانية (أثناء الاستعمار):

أصبح المجتمع يتميز بالنظام العائلي بدل من النظام القبائلي، بحيث عمل الاستعمار على تفكيك النظام القبائلي من خلال تجريد القبائل من ممتلكاتهم التي كانت تعتبر مصدر الاقتصاد المشترك وفي نفس الوقت وحدة هذا النظام، فجاءت الملكية الفردية بدل الملكية الجماعية وانتقال السلطة من نظام شيخي إلى أبوي (مالكي، 2011: 49). وحافظت العائلة على نسقها الأبوي في المناطق الريفية وحاولت التكيف مع الوضعية رغم الظروف الاقتصادية والاجتماعية المختلفة التي كانت تعيشها إبان هذه المرحلة (Benredjeb.R,2003 :90) وفي هذه المرحلة ظهر النظام العائلي الممتد الذي يتكون من عدة أسر يجمعها مسكن مشترك

- المرحلة الثالثة (بعد الاستقلال):

في هذه المرحلة عرف المجتمع الجزائري تغير عميق على المستوى البنائي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسياسي، كما مس هذا التغيير البناء الأسري وعليه في هذه المرحلة عرف المجتمع الجزائري 3 أشكال من الأسر:

- شكل الأسرة المحافظة والتي تتواجد خاصة في القرى، مع وجودها بقلة في المدن
  - شكل الأسرة الانتقالية التي تجمع في نفس الوقت بين الأفكار الداعية للعصرنة والأفكار الداعية إلى المحافظة على الأفكار التقليدية، ويسود هذا الشكل خاصة في المدن الكبرى والمراكز الحضرية مع وجودها بقلة في الأرياف
  - شكل الأسرة المتطورة التي تميل إلى الحياة الأوروبية في اللغة والعادات واللباس غير أن هذا الشكل وجوده قليل في المدن ويكاد ينعدم في القرى (مالكي، 2011: 50)
- فهذا التغيير الجذري الذي وقع والتحول الاجتماعي العميق أدى إلى ظهور مجتمع جديد لا يحمل على النسق الأبوي (Benredjeb.R,2003 :90) وهنا تغير النظام العائلي من شكله الممتد إلى الشكل النووي.

(ب) خصائص الأسرة الجزائرية:

إن التطورات والتغيرات التي عرفتها الأسرة الجزائرية والتي مست مختلف مستوياتها البنائية والوظيفية، جعلها تنتقل من العائلة الممتدة إلى العائلة النووية، وهذه المرحلة الانتقالية أصطلح عليها عالم الاجتماع ايميل دوركايم "قانون تقلص حجم الأسرة" أو "قانون التناقص Loi de contraction (القصاص، 2008: 71) وعليه سنتطرق إلى ذكر خصائص الأسرة الجزائرية بنوعها التقليدية

والحديثه

1- خصائص الأسرة الجزائرية التقليدية:

لقد اجمع كل من درس الثقافة الجزائرية على أنها تتميز بالتنظيم وفق مفهوم العمودية، إذ يتعلق الأمر بالنظام الأبوي (La culture patriarcale) الذي ينظم العلاقات داخل العائلة والذي تحت شعاره يجتمع وينتظم الأفراد في الإطار العائلي. كما ينظم كل أنواع المعاملات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية (addi,1999) (جابر، خيزر، 2014: 202)

ولقد لخص (مصطفى بوتفنوشت) خصائص الأسرة الجزائرية التقليدية في:

- الأسرة الجزائرية هي عائلة موسعة حيث يعيش في أحضانها عدة عائلات زواجية تحت سقف واحد أي الدار الكبير
- الأسرة الجزائرية هي عائلة بطريقية، الأب فيها والجد هو القائد الروحي للجماعة العائلية وينظم فيها أمور تسيير التراث الجماعي، وله مرتبة خاصة تسمح له بالحفاظ عليها وغالبا بواسطة نظام محكم على تماسك الجماعة المنزلية
- الأسرة الجزائرية هي عائلة ذكورية النسب والنسب فيها يكون ذكوريا والانتماء الابوي، والعائلة الجزائرية هي عائلة لا منقسمة أي لان الاب له مهمة ومسؤولية كل الأشياء،
- الأسرة الجزائرية خاضعة لمبدأ التماسك الداخلي والخارجي، فهي عائلة محافظة وتتميز العلاقة بين افرادها بالاحترام والتقدير
- تتميز الأسرة الجزائرية بالتضامن، فهي منظمة عائلية مشتركة مصدرها الأساسي هو انتقال الإرث من السلف الى الخلف. هذا الإرث لم يكن فردي بل اجمالي وجماعي، فهو ينتقل دون تجزئة حتى تستطيع العائلة الممتدة أن تؤمن حاجتها من الغذاء عن طريق الإنتاج، فهي تمثل جماعة اقتصادية في الإنتاج والاستهلاك
- الزواج المفضل فيها هو الزواج الداخلي
- العائلة الجزائرية هي عائلة سلالية لأن الاعتقاد السائد في هذه العائلة وفي الوسط التقليدي يتمثل في أن وجود الانسان انما هو أساس من أجل الانجاب والحفاظ على العرق.
- العلاقات الاجتماعية في الأسرة الجزائرية علاقات أخوية، فالجماعة تحمي كل الأحاسيس السلبية وتعزز الشعور بالألفة والأخوة، وبالتالي تجعل حنين الأشخاص إلى الحياة في الماضي ناتج عن التماسك الذي كان موجودا في العائلة ولقوة مشاعر العطف والحب المميزة لها.
- روح التعاون التي كانت تسود هذه الأسرة تشمل كل أوجه النشاط، بما فيها التربية الأطفال حيث

كان الطفل يخضع إلى رعاية مشتركة فتتكفل به إلى جانب أمه وفي حالة غيابها أو انشغالها في أعمال البيت جدته أو عمته أو أخته الكبرى وغيرها من نساء العائلة هذه التربية المشتركة يطلق عليها التكفل الأمومي المتعدد «prise en charge la multi maternelle» (بن قسيمة، 2021: 72-73)

-وأهم ما يميز الأسرة التقليدية ذلك الحاجز بين الجنسين، وهو حاجز سميك يركز على فكرة المحافظة على البقاء الأخلاقي والجسدي، مع اعتبار أن مهمتها مقتصرة على التنظيم المنزلي من طبخ وغسيل وغيره من الشؤون المنزلية المختلفة (مالكي، 2011: 49)

- في الأسرة التقليدية النواة الاجتماعية لا يمكن تجزئتها والتي تضمن لكل فرد من أفرادها مكانته ووظيفته وسبب وجوده (Benredjeb.R,2016 :91)

## 2- خصائص الأسرة الجزائرية الحديثة:

لم يسلم المجتمع الجزائري كباقي المجتمعات من آثار التصنيع والنزوح الريفي، فقد حدثت تغيرات جذرية للمجتمع وللعائلة على وجه الخصوص والتي تركت آثار على التوظيف العائلي وحتى على التوظيف الفردي (Addi.L,1999: 47). وهذا ما أكدته دراسة مصطفى بوتفوشة (1979) " أن البطيحية لم تعد تبدو بنفس المظهر بل أصبحت رمزية فقط. فالأب وبالدرجة أقل الجد، لم يعد المالك الوحيد للسلطة مثلما كان عليه منذ وقت قريب، القرارات العائلية أصبحت تتخذ بصورة تشاورية مع الأم (خاصة إذا كانت موظفة) أو مع الأبناء البالغين" (جابروخيذر، 2014: 205)

- بالنسبة لخصائص الأسرة الحديثة يشير الباحث (موريس بورماس) أن هناك شكلين، الأسرة الانتقالية الذي يجمع في نفس الوقت بين الأفكار الداعية للحياة العصرية والأفكار الداعية إلى المحافظة. ويسود هذا الشكل خاصة في المدن المتطورة. وشكل الأسرة المتطورة هو الذي يميل إلى تقليد الحياة الأوروبية في عاداتها. وهذا الشكل يكون تواجهه أقل في الريف.
- الأسرة الحديثة تقوم على أساس التآلف والتفاهم والمساواة بين الزوجين وقد أشار (ولكوكس Willocx) إلى تطور السلطة من الاستبدادية إلى الديمقراطية (القصاص، 2008: 37)
- هذا التغير مس كذلك طبيعة الزواج فبعدما كانت مسؤولية الزواج في الأسرة التقليدية مكلفة بها المسنة في الأسرة وذلك باختيارها الزوجة المناسبة للابن، أصبح الزواج في العائلة الحديثة يتخذ الشكل الفردي الحر (حسرومي، 2021: 375)
- تعد الأسرة النووية المستقلة خاصة هامة من خصائص المجتمعات الصناعية الحديثة، ويعود شيوع

هذه الأسرة على عدد من العوامل أهمها سيطرة النزعة الفردية والتي انعكست على الكثير من المظاهر كالملكية والقانون والأفكار الاجتماعية العامة المتعلقة بالسعادة الفرد ورضائه الذاتي كما يعود إلى شدة كل من الحراك الجغرافي والاجتماعي (القصاص، 2008: 71)

- ويذهب "هوارى عدي" إلى أن كلا النمطين هما عبارة عن مرحلة أو حالة انتقالية ليس إلا، لكن حالياً، حتى وإن كانت الأسرة الجزائرية لا تضم أجيالاً عديدة كما كان سابقاً، إلا أنها لم تشهد تناقصاً في حجمها بصفة واضحة حتى تم من أسرة ممتدة إلى أسرة ضيقة.
- وما أشار إليه عدي يعني أن الأسرة لم تنتقل انتقال كامل من التقليدي إلى الحداثي بل هي إزاء نموذجين متداخلين ومتناقضين والحال إلى النظامين السياسي والاقتصادي، لا يحقق الانتقال الكامل بدورها من الوضع التقليدي بل هو مجرد تعايش لهذان النظامين (تالي، 2017: 254) وعليه حاولت العائلة الجزائرية التكيف مع هذه التغيرات بالحفاظ على القيم والمعايير الاجتماعية (Addi.L,1999: 47)

### 3. مكانة المسن في العائلة الجزائرية:

#### 1.3 المسن في الإسلام:

- إن كل جانب من شعائر الإسلام له تأثير عميق في حياة المسلم العامة والخاصة، فسلوك المسلم منبثق من دينه الذي يوفر له صورة عملية تلهمه في أدق تفاصيل حياته، فالإسلام ليس عقيدة فحسب ولكنه نظام اجتماعي ينظر إلى المجتمع ككل ولا يكتفي بوضع القوانين والقواعد ولكنه يشرع أيضاً للأخلاق والزواج ومختلف العلاقات الإنسانية، ومن ثم لا تعجب إذا كانت رعاية الأبناء للأباء والأجداد من المسنين تلقى أهمية عظمى في الشعائر الدينية والإسلامية (القناوى، 1987: 102) ومن الجدير بالذكر أن المجتمعات العربية الإسلامية أولت أهمية بالغة للمسنين ومسألة لرعايتهم بعدة قرون مقارنة بالمجتمعات الحديثة حيث كان الدين الإسلامي الأسبق في الاهتمام بذلك (لبديري وبودودة، 2020: 72)

وعليه إن مراحل حياة الانسان تتمثل في قوة بين ضعفين، فلا محالة له أي تبدأ حياته بطفولة ضعيفة، قد تنتهي بشيخوخة ضعيفة أيضاً ويحتاج إلى رعاية في كلتا الحالتين وقد عبر القرآن الكريم عن ذلك في قوله تعالى " اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ " سورة الروم الآية 54، كما تتضح عظمة القرآن ودقة تصويره للحالة التي قد يعيشها الإنسان في هذه المرحلة عندما وصفها الله عز وجل بأنها عودة

إلى أرذل العمر في قوله تعالى : " وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْدَلِ الْعُمُرِ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ " سورة النحل الآية 70. وأرذل العمر كما ذكر المفسرون هو: أخسه وأدونه وآخره الذي تضعف فيه القوى، وتفسد فيه الحواس، ويختل فيه النطق والفكر، ويحصل فيه قلة العلم وسوء الحفظ والخرف، وخصه الله بالزيلة لأنه حالة لا رجاء بعدها لإصلاح ما فسد (السدحان، دس: 21)

نرى أن الإسلام مع الانسان في رحلة حياته كلها من المهد الى اللحد، ومن صرخة الوضع إلى أنة النزاع (عمور، 2017: 49) وحرص الإسلام على صون كرامة الانسان في كل مراحل حياته. وعني عناية خاصة بكبار السن فحث على توقيهم واحترامهم والاحسان إليهم، ورغم انه لا يوجد نص صريح يبين سن الشيخوخة، إلا أنه تمت الإشارة الى علاماتها لقوله تعالى " رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا وَلَمْ أَكُنْ بِدُعَائِكَ رَبِّ شَقِيًّا " سورة مريم الآية 04 (فاصولي، 2021: 236) وعليه قد وضع الإسلام للمسنين مرتبة من المراتب العليا ووضع لهم حقوق على أولادهم في العديد من الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة لدرجة أن الله جعل طاعته من طاعة الوالدين (عمور، 2017: 45) فالله قرن التوحيد و العبادة و هما أخطر قضيتين في الوجود ببر الوالدين و الاحسان اليهما (الحري، د س :18) و من دلائل ذلك قوله تعالى " وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا (23)وَخَفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا(24) سورة الاسراء الآية 23-24 و قوله صلى الله عليه و سلم " ما أكرم شاب شيخا لسنه الا قبض الله له من يكرمه عند سنه" وقوله " ليس منا من لم يكرم صغيرنا، ويوقر كبيرنا" وهكذا كانت رعاية الأبناء للأباء المسنين من اهم التعاليم الدينية التي يتمسك بها المسلم ومن ثم كانت واجبه عليهم، حيث نجد ان الاسرة المسلمة مازالت متمسكة بهذه الرعاية ولو بشكلها الظاهري بالرغم من التغيرات الاجتماعية التي يمر بها العالم وذلك لم أمد به الإسلام أبنائه من معايير أصبحت الآن متوارثة يتمسك بها الجميع (القناوي، 1987: 102-104) وهذا انقيادا لتعليم الدين الحنيف واتباعا لسنة الرسول صلى الله عليه وسلم (فاصولي، 2021: 237).

### 2.3 مكانة المسن في المجتمع:

تعتبر مرحلة بداية الشيخوخة نقطة اختلاف جوهرية لأن التقليد الثقافي السائد في أي مجتمع حسب

(Cartinal Gacuim Irina 2019) هو الذي يعطي المعنى الاجتماعي للشيخوخة فبياض الشعر هو مظهر من مظاهر الشيخوخة (العبودي، 2021: 28-29) ويقرر ذلك اريكسون في نظريته للنمو أن المكانة الاجتماعية للمسنين تحدد حسب الواقع الثقافي وبنظرة المجتمع لظاهرة التقدم في العمر (اموسي، 2009: 02)، كما تختلف تأثير المعتقدات و الاتجاهات السائدة نحو المسنين إيجابا و سلبا حسب نوع هذه المعتقدات و الاتجاهات، فقد تبين أن شيوع بعض القوالب النمطية و الاتجاهات السلبية نحو المسنين يؤثر على توافقهم النفسي و الاجتماعي، و من ذلك شعورهم بالاتجاه السلبي نحو أنفسهم ويشعرون بأنهم لا قيمة لهم و لا فائدة منهم ويجعلهم أشبه بجماعات أقلية ( خليفة، 1997: 186) وهذا ما يؤكد فؤاد البهي السيد في حديثه عن أهمية الاطار الثقافي و الحضاري في الحكم على المسنين سلبا و إيجابا، بحيث يرى أن للنسق القيمي للمجتمع وطبيعة نظرت له تأثير على المسنين و ارتفاع مكانتهم و انخفاضها (السيد، 1975: 462)

وفي نفس السياق تضيف أمزيان نعيمة أن اطراد التقدم في العمر يفقد المسنون أدوار أساسية ومهمة في حياتهم بالترمل يفقد دوره كزوج، بترك الأبناء لمنزلهم يفقد دوره كاب ويفقد دور الصديق برحيل أصدقائه، كما تحدد أن أخطر سبب في الابتعاد عن مزولة المسنين هذه الأدوار الاجتماعية هو نظرة واتجاهات أفراد المجتمع إلى الاختلاط والمشاركة الاجتماعية مع الأفراد المسنين (أمزيان، 2014: 188-189)

وعلى العموم يمكن القول أن المكانة الاجتماعية تختلف من مجتمع إلى آخر حسب الثقافة السائدة فيه فكل مجتمع له مكانته العالية و المتدنية، بسبب اختلاف المعايير المعتمدة في تحديد المكانة وهذا من منظور هذه المجتمعات يمكن أن يساهم التغيير الاجتماعي و الاقتصادي في تغيير مكانة الأفراد. ويمكن أن نشير إلى أن المجتمع المسلم بما فيه المجتمع الجزائري لا ينظر إلى المكانة من الجانب المادي وإنما من منظور شرعي يحدد مكانة الكبير والصغير والعالم والحاكم (فراطسة، دس: 49-50)

• قد جاءت حضارات متعاقبة ولم تستطع تغيير بعض القيم، تجاه كثير من المواضيع ذات الوزن الثقيل على غرار المرأة والشرف والأرض والوطن والوالدين بوجه خاص، وهو ما يعرف عندنا بالشوابن (الأب المسن والأم المسنة). ونظرا لأهمية هذين المفهومين في الوسط الثقافي الجزائري، أصبحت الكلمتان متداولتان لدى الشباب في عدة مناطق من الوطن تجاه آبائهم وأمهاتهم، حتى وإن لم يبلغا سن الكبر والشيخوخة بعد. وهذا إن دل على شيء، فإنما يدل على قداسة مفهوم الوالدين "الشوابين" لدى الفرد الجزائري.



كما أن المسن في الثقافة الجزائرية يرمز إلى البركة، فالتبرك بهم يدل على المكانة العالية التي يحتلها الشيوخ وكبار السن من الوالدين وغيرهم، خاصة إذا كانوا من المثقفين. فهم يحظون باستشارة أفراد العائلة في جميع القضايا. وتقول الحكمة "إذا كسروك الوالدين ما يجبروك الصالحين" وهذا يدل على أن الوالدين بالنسبة لأبنائهم أقرب وأنفع لهم من الأولياء الصالحين (بوحسون، 2019: 101)

وعليه تبقى رعاية المسن في ظل الخصوصية الثقافية، فالمجتمع الجزائري في أعرافه وقيمه، يستهجن إهمال المسنين، خصوصا من طرف أولادهم ويصفهم بوصمة العقوق بحيث تصبح رعاية المسن واجب ديني وهذا ما أكده (بوحسون، 2019) حين قال أن مفهوم المسن أو "الشوابن" في ثقافتنا يحمل بعدا دينيا يرتبط بعباداتنا اليومية، وكذا واجب اجتماعي يفرضه دوره الاجتماعي وقواعد المجتمع، في نفس السياق يقول (خروفة، 2015) أن قيمة الكبير والخضوع إليه وتدبير شؤونه يعتبر قيمة دينية نبيلة لدى المجتمع الجزائري، بحيث يعتبر من لا يقيم علاقات حسنة ويطيع والديه بـ ((فيه دعوة الشر)) ودعوة الشر ترتبط بقيمة دينية واجتماعية مقدسة في الأسرة الجزائرية (خروفة، 2015: 49)

كما يعتبر واجب أخلاقي انساني شخصي أمام المكانة الوالدية لديه وأخلاقه معها والشعور بالدين تجاه ما قدمه له فكل عطاء يفرض عطاء مضاد كمبادلة (عبد اللاوي، 2019: 35)

- انطلاقا من هذا فقد اهتمت الحكومة الجزائرية منذ الاستقلال بالمسنين وسنت قوانين تتعلق بحمايتهم وصون كرامتهم في إطار التضامن الوطني والعائلي والتضامن بين الأجيال. وقد عدت الكثير من الحقوق الخاصة بالمسن وكذا الإجراءات المتخذة لحماية المسنين عرضة الإهمال (فاصولي، 2021: 239-240)

### 1.2.3 تغيير مكانة المسن:

#### أ) مكانة المسن في الأسرة التقليدية:

تشير الدراسات إلى أن الأسرة الجزائرية التقليدية تقوم على النظام التراتبي الأبوي داخل الأسرة، هذا النظام الذي يفرض وصاية الكبار على الصغار ويلعب الأب و الكبير دور القاضي الذي يمارس قراراته على العائلة (خروفة، 2015: 49) كما تعد الأسرة الجزائرية التقليدية بشكلها المركب و الموسع عدة أدوار مهمة للمسن فهو يمثل رمز العائلة وهو يمتلك سلطة مستمدة من المكانة الاجتماعية المدعومة بنظام القيم السائدة في المجتمع و دوره في حل النزاعات و إحداث الصلح بين أفراد

المجتمع (تالي، 2017: 284) فمكانته و دوره مرتبطان بالعادة و التقاليد و أي تمرد عليهما يعتبر تمرد على الأخلاق.

كما كان للمسنة الضمان والأمان الاقتصادي بحيث لا يواجه حاجة مادية فجميع الأفراد ملزمون نحوه بالعمل والعطاء (عياش، 2021: 62) وفي نفس السياق يقول (بوتفوشة 1982) أنه كانت لهذه الأسرة نسق من القيم والمعايير التي تثبت سلطة ومكانة المسنة نتيجة تجربته في الحياة، فهو بذلك الناصح والحاكم في نفس الوقت مما يلوم على الأفراد حق الطاعة والخضوع وحسن التدبير في مختلف القضايا، فكان يوزع الأدوار على الأفراد الآخرين في مختلف الأعمال كالزراعة وتربية المواشي وذلك لتلبية حاجيات الأسرة. أما فيما يخص النساء فكن يشرفن على الأعمال المنزلية كالطبخ والتنظيف وأحيانا الأعمال الخارجية (هيشور وسقني، 2021: 175-176)

فكان المسن يحظى بمكانة كبيرة في الأسرة التقليدية وتظهر هذه المكانة من خلال الدور الذي كان يقوم به في تسيير شؤون الأسرة وحتى في غرس القيم في نفوس الصغار وتفعيلها في نفوس الكبار ما يعني أن المسن كان له دخل في كل كبيرة وصغيرة (غيوب، دس: 14) كما يعتبر رعاية الأسرة لكبير السن جزءا من دورها الطبيعي ووظيفتها التقليدية في رعاية أفرادها وحمايتهم (أمزيان، 2014: 187)

### ب) مكانة المسن في الأسرة الحديثة:

لقد جرف التحديث و التحضر الأسرة الجزائرية الى تحولات سريعة هددت استقرارها الداخلي مما أدى إلى تغيير أدوارها و مكانة أفرادها فيها و التي لم تعد محددة بوضوح كما كانت سابقا ، فقد فقدت الأسرة دورها في حماية التراث الثقافي في نظر الغزو الثقافي الآتي مع ثورة المعلومات الأمر الذي هدد شبكة العلاقات الأسرية والقريبة، إضافة إلى تحول المصلحة الجماعية التي كان يتغذى منها وينمو في ظلها الأحفاد إلى المصلحة الفردية التي غدتها نزعة الاستقلالية و التي زادت من المسافات الإجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة وقل الاتصال والتواصل بينها (أمزيان، 2014: 186) كما انعكس هذا التحول بشكل ملحوظ على تقلص وتواضع مستوى الاعتبار الاجتماعي الذي كان يتمتع به المسنون في المجتمعات التقليدية نتيجة لفقدان الأدوار الإنتاجية التي تلاشت مع فقدان الوظائف والأدوار الاجتماعية التي كانت تضمن لهم السلطة المعنوية و المادية (العبودي، 2021: 34)

أصبح المسن وخاصة بعد التقاعد يحس بالاغتراب ولا معنى وعدم الجدوى، لشعوره بأن لا دور له وأن

عائلته ليست بحاجة له هذا ما يخلق له عدم التوافق النفسي وعدم التكيف الاجتماعي، فالدور مرتبط بمشاركة الآخرين (تالي، 2017: 254-255) وعليه أمسى المسن في منظور الأسرة المعاصرة يشكل عبئا كبيرا عليها فتراجعت مكانته فيها (بوجمعة و بوعموشة، دس: 141) فتغيرت الرئاسة بالنسبة للرجل و ضعف مركزه وسلطته وخاصة بعد ارتفاع المستوى الثقافي للمرأة و استقلالها، فبعدما كان الرجل هو صاحب السيادة و يجمع بيده السلطة الاقتصادية والسياسية والدينية والقانونية إلى حد كبير في وقت كانت المرأة بحاجة إلى الحماية نجد الآن أن عملية التنمية حولت هذه المفاهيم وحررت المرأة ودعمت مكانتها (صبيح وآخرون، 1985: 454) و ذلك من خلال ظاهرة تعليم المرأة وتشغيلها في مختلف الأعمال والوظائف، ومما لا شك فيه أن تعليم المرأة في جميع مراحل التعليم هو الذي دفع عجلة التغيير لدور المرأة دفعة قوية، ذلك لأنه أوجد لديها وعيا واضحا بذاتها ومركزها ودورها في المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة. فأصبحت بعد خروجها إلى الحياة العملية بحاجة إلى أن تنعم بالهدوء في بيتها بعد عناء العمل الطويل حيث لم يعد بعد الن التي يفرض عليها أن تقوم بخدمة الرجل وأمه وأبيه مهما كانت رغبتها الذاتية من حيث رضاها عن هذا العمل أو عدم رضاها عنه، ونفس الشيء بالنسبة للرجل فهو يفر إلى بيته الذي ينعم فيه بالراحة، بعدم الزحام والارهاق في العمل الذي لا يريد فيه سوى زوجته وابناءه الصغار (القناوى، 1987: 101)

وعليه فإن التغيير القيمي والمعياري للعائلة أدى إلى تحرر الأبناء من العديد من الضوابط والضغوط التقليدية، وذلك لأحرازهم الحرية في تقرير مصيرهم وبكل ما يتعلق بمصيرهم في مستقبلهم (صبيح وآخرون، 1985: 455) ونتيجة لهذه التغيرات أفقدت الأسرة الحديثة أدوارها التقليدية في رعاية المسنين بالرغم من حاجتهم الماسة إلى دعمهم ويقول (محمد عبد المنعم نور) " أن الأجواء الأسرية في الأسرة الممتدة كانت قادرة على استيعاب المسنين في اطارها، والتي عجزت عنه الأسرة النووية في المجتمع الحديث التي لا يمتد نطاقها إلا لحدود الأبناء واليهم فقط ويكون من الصعب عليهم إضافة أعضاء جدد كأباء الاباء و أمهاتهم و هم عادة من المسنين، واختلاف أشكال العلاقات بين الأجيال تبعا لانتشار هذا النمط، حيث ان التواصل لم يعد ممكنا فيما بينهم كما كان ذلك ممكنا في النمط الممتد للأسرة (أمزيان، 2014: 188)

- من هنا نقول إن مكانة المسن مقارنة بما كان وبما هو كائن، قد عرفت تدهورا فضيعا، فبعدما كان مصدرا للبركة أضحي مصدرا للفاقة، وبعدما كان موقرا صار مستبعدا ومهاناً، وبعدما كان

مصدرا للحكمة، أصبح مصدرا للإزعاج، هذه هي حال المسن كما يراها هو ويشعر بها، وكما يراها صاحب الضمير الحي الذي يتقي الله ويخشى غضبه (مذكور، 2022: 704)

#### 4. مكانة الأم وعلاقتها بزوجة الابن:

إن التاريخ لا يعرف ديناً ولا نظام كرم المرأة باعتبارها أما، وأعلى مكانتها مثلما جاء في الإسلام، فقد مجد صفة الأمومة وأعطاهما حقها وخصها بمكانة عظيمة ومقدسة في الحياة وشؤونها، ثم جاءت بعده السنة النبوية، فقد أكرمت في القرآن أحسن تكريماً فإله سبحانه وتعالى ذكر الوالدين في مواضع عدة وخص الأم بالمكانة العظيمة نظراً لما تتحملة من مشقة في الحمل والارضاع والتربية لقوله تعالى:

" وَصَيَّنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ "سورة لقمان الآية 15

فقيمة الأمومة معطى إنساني عميق متجذر في اللاوعي الفردي والجمعي، تتفق حولها كل الثقافات والمجتمعات البشرية، والمجتمع الجزائري هو مجتمع إسلامي فالدين يعتبر المرجع الأساسي له، الذي مجد وقدس مكانة المرأة في المجتمع والأسرة حيث أقر استقرار هذه الأخيرة بوجودها فهي العنصر الأساسي في بنائها نظراً للعلاقة المتينة والفطرية التي تربطها بأبنائها، والمجال المنزلي هو المكان الذي يربط ويؤكد فيه للمرأة هويتها الاجتماعية في طريق ذلك تضع مكانتها وسلطتها داخل بيتها وبين أفراد عائلتها (بن علال، 2018: 55)

فالمجتمع المغربي بما فيه المجتمع الجزائري يظهر كشعب مسير من طرف الأم، حيث أن لها سلطتها وكيانها الأسري والثقافي الذي لا يمكن الاستغناء عنه ، يظهر بشكل جلي على مستوى علاقاتها مع أسرتها فالأم والجدة على الخصوص فهي الأمرة الناهية بين بناتها وكناتها فالعلاقات القائمة بينها وبين أفراد الأسرة من الإناث داخل الأسرة والقائمة على طاعتها ومناداتها بالأم من الجميع، أو بـ لالة من الكنة و"لالة" يشير إلى التقديس بحيث لا يشار بهذه الصفة إلا للمرابطين أو السادة ، وذلك ناتج على أنها تستمد سلطتها من زوجها الذي يتحكم في كل شيء اقتصادياً واجتماعياً فهي الزوجة القريبة منه والتي يحسب لها ألف حساب باعتبارها ناقلة للأوضاع الداخلية للأسرة للأب. ولا يوجد للجد أو للأب مصدر للمعلومات عن أعضاء أسرته واحتياجاتهم إلا من خلال الأم التي تعتبر القناة الوحيدة التي تمر بها هذه المعلومات، وتساهم بشكل فعال في قرارات الكبير اتجاه أفراد الأسرة إن لم نقل تؤثر في توجيهها تأثيراً

كبيرا (خروفة،2015: 50). فكبر سنها يعطيها قيمة اجتماعية ورمزية، فمكانة الأجداد تتوقف على عوامل ثقافية واجتماعية (Bille.M,2002,p05) فهي تعتبر "بركة المنزل" حسب التعبير الشعبي، إذ أنها تشكل ركيزة أسرية هامة لذلك توجب على باقي أفراد الأسرة طاعتها واحترام رأيها في مختلف المسائل لأنها تمثل رمزا للحكمة والنزاهة نظرا لعلو مقامها (بن علال،2018: 53) كما تبرز مكانة المرأة وتصبح ذات أهمية كلما كان لها عدد كبير من الأولاد الذكور، ففي الثقافة الجزائرية تتحدد مكانة المرأة في العائلة وفق عملية الانجاب (20: 1990; M. Boucebc).

وانطلاقا من هذا نشير إلى أن المرأة مهما كانت (أخت، أم، جدة) فغالبا ما تبدأ صراعاتها بحلول شخص آخر من نفس جنسها ينافسها في ممتلكاتها وبالخصوص أبنائها، فزوجة الابن تعتبر منافسا من الدرجة الأولى حيث بحضورها تشعر الأم أنها فقدت دورها الأساسي في بيتها وفقدت موضوعها الأولي وهو ابنها (كبداني،2016: 37) ففي علاقة الأم بالابن هي علاقة صلدة وقوية لا مثيل لها وتختلف عن أي نوع من العلاقات بين الرجل والمرأة، ويتدخل فيها عوامل اجتماعية، سيكولوجية وثقافية. فالمرأة الجزائرية تثبت مكانتها بإنجاب طفل ذكر وهذا ما أشار إليه (Lacoste-Dujardin) بقوله أن المرأة المغاربية تصبح امرأة ليس من خلال العيش مع الرجل ولكن من خلال ولادة الابن (الذكر) فيصبح أولادها رجال حياتها (Lacoste-Dujardin.C,1996 :186)، فهم مركز الاهتمام في هذا النمط العائلي "النسق الذكوري"، وعليه تصبح الأم امرأة صلدة لا تريد فقده معتبرة أن الابن ملكها لأنها أثبتت مكانتها ضمن أسرة الزوج إلا بوجوده، فالشحنة العاطفية بين الأم و الابن لا تنقطع أبدا و هذا ما يؤكدها (Madhar.S,1992 : 46) حين قال أن علاقة الأم والابن تحظى بأهمية كبيرة إلى درجة أن الطفل يبقى (Baigne) في وضعية عاطفية متناسقة دائما، إنه نوع من الإشراف يحدث بين الأم وابنها تجعله يطالب دائما بوجودها إلى جانبه. و هذا ما يولد علاقة محكمة بين الأم و الابن تبقيه بذلك تحت وضع طفولي لا تعنقه من التبعية ويبقى تحت كنفها إلى غاية ما بعد الزواج (قرطي ، 2017 : 03) وفي نفس السياق يقول (Lacoste-Dujardin,1986 : 116) وحتى وإن وجد تفريق جسدي بين الأم والابن تبقى الوحدة العاطفية فيعرف الابن بأن الأم لديها تقاني كبير تجاهه وتبقى دائما حليفة له ويقول (P.Marranda) معبرا عن قوة هذه الرابطة " الجنين هو شخص منها، تقوم بوضعه ويصبح لها دوما، لا يمكن أبدا تطليقها، كيانه كله تابع لها ومجبر على حبه لها (قرطي ، 2017 : 04).وهذا ما ينتج اشكالية الصراع الأدوار والذي بدوره يدخل

المرأة المسنة (الأم) في دائرة العراك المستمر بين حاجاتها الأساسية وحاجات المجتمع الذي تنتمي إليه ومن ثم تبدأ المرأة بكثير من المفارقات كالفراغ، الوحدة، اليأس والفقدان (كبداني، 2016: 03).

### خلاصة الفصل:

يتبين من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل أن للأسرة أهمية كبيرة في تحقيق وتجسيد مكانة ودور المسن، فرغم التحولات والتغيرات التي قد مست تشكيلها الاجتماعي والتي قد زعزعت المكانة الاجتماعية للمسن، إلا أن مكانته في المجتمع والأسرة الجزائرية لا تزال تحظى بأهمية وذلك راجع إلى المرجعيات الثقافية والقيمية السائدة والمرجع الديني والذي يعتبر السند القوي.

## الفصل الثالث: مرض الزهايمر



## تمهيد:

يعد مرض الزهايمر شكلا من أشكال الخرف وهو واسع الانتشار إلى حد ما ويستمر انتشاره بين السكان حيث يمثل نسبة تتراوح بين 35% إلى 50% من نسبة جميع متلازمات الخرف في العالم، يصنف في مجال علم الاكلينيكي لكونه من أهم أمراض الشيخوخة، ولقد وصف قياسيا على أنه السكتة القلبية لأنه يمثل سكتة المخ. كما يصنف مرض الزهايمر اليوم بكونه السبب الرئيسي السادس للوفاة عالميا، هذا الاضطراب يؤثر على المسن المصاب به وعلى مرافقه نظرا لتدهور قدرات المريض وفي هذا الفصل نتطرق إلى المفاهيم المتعلقة بمرض الزهايمر وخاصة الأعراض التي تجعله يحتاج إلى مرافقة.

## 1- تاريخ مصطلح الزهايمر

يشكل الخرف أحد الأمراض المزمنة الذي يمس المسنين نتيجة تغيرات في المخ، حيث تشير كلمة الخرف (Dementia) إلى فئة أو مجموعة من اضطرابات تدهور المخ (degenerative brain disorder) وتعني جميعها وجود تدهور تدريجي في الوظائف العقلية (السيد، 2014: 319) حيث يعرف الخرف على أنه حالة من فقدان المطرد والقدرة الذهنية، مما ينعكس على القدرة على الأداء الوظيفي و يقول (اسكيرول Esquirol) وهو يصف المصاب بالخرف على أنه ذلك الشخص الذي حرم من ممتلكاته التي كان يتمتع بها وإنه ذلك الغني الذي أصبح فقيرا، الأبله كان طيلة حياته يعاني الفقر والبؤس" (Gzil et 255: 2012; Hirch) وفي نفس سياق يضيف (Amyot) بأن المصاب بالخرف يلاحظ عليه سلوك انطوائي، إنه يرحل عن جزيرة معارفه العلانقية، وذكرياته المخزنة" (Amyot.A, 2008; p52) كما يعرفه (Everlyne Pewzner) على أنه عبارة عن تدهور عميق وتدرجي يمس كل الوظائف العقلية، سواء منها المتعلقة بالذكاء، العاطفة، الإرادة، العلاقات الاجتماعية، هذا التدهور العميق للشخصية يعود لسببية عضوية مزمنة وغير قابلة للشفاء (Evelyne.P; 2011 : 67) وقد أشارت الدراسات إلى أن 1-10% ممن هم فوق الخامسة والستين يعانون من خرف الشيخوخة، ومع تقدم إلى السن 80 وما بعدها ترتفع إلى 20% (السيد، 2014: 319).

كما تعرفه منظمة الصحة العالمية OMS في موقعها الإلكتروني الخرف (La démence) على أنه عرض Syndrome يتميز بتدهور في الذاكرة، التفكير، السلوك و في مهارات أداء النشاطات اليومية و يوجد عدة أشكال من الخرف و لعل الصور الأكثر انتشارا هو مرض الزهايمر حيث يمثل نسبة 60%

الى 80% من الحالات المعنية (آيت يحي، 2018: 14). حيث يعود اكتشاف مصطلح الزهايمر لأول مرة إلى الطبيب الألماني الأصل (Alzheimer Alois 1864-1915) الذي يرجع له الفضل في وضع أول وصف لأعراض هذا المرض سنة 1906 بعد أن لاحظ عن طريق المجهر الإلكتروني وجود صفائح هرمة على مستوى القشرة الدماغية عند تشريحه لدماع جثة امرأة تجاوز عمرها 50 سنة كانت تعاني من اضطرابات في الذاكرة، اللغة، وقدرات معرفية أخرى والتي كانت من قبل تخضع للتكفل عنده (T Rousseau 1995). وعليه ابتداء من هذا التاريخ اعتبر مرض الزهايمر على أنه نتيجة حتمية للخرف الخاص بالشيخوخة *Sénile Démence*. وفي سنة 1960، ومع اكتشاف العلاقة الموجودة بين تدهور الوظائف المعرفية والخصائص المميزة للمرض على مستوى الدماغ، جعل الباحثون يقرون أن مرض الزهايمر مرض قائم بذاته وليس نتيجة للخرف الخاص بالشيخوخة، ومن ثمة قاموا بتصنيف لأنواع الخرف، واعتبر مرض الزهايمر نوع من أنواع الخرف وأطلق عليه اسم *Type de démence Alzheimer* ورمز له بـ (DTA) (حمزة، 2015: 17)

## 2- مفهوم مرض الزهايمر

فيما يلي سنتطرق إلى بعض التعاريف الخاصة بمرض الزهايمر:

**تعريف منظمة الصحة العالمية:** الزهايمر هو مرض تنكسي أولي بالمخ، لا يعرف سببه وله ملامح عصبية باثولوجية وعصبية كيميائية مميزة، ولهذه الحالة بداية مخاتلة وبطيئة، ولكنها تتطور بثبات على مدى سنوات طويلة (زرقة وهدويل، 2020: 261)

## تعريف DSM-5:

مرض الزهايمر هو اضطراب عصبي معرفي جسيم أو خفيف، مكتسب وليس موجود منذ سن مبكرة أو منذ الولادة. وعليه فالعجز يأتي بعد مستوى وظيفي معرفي معين، يتضمن خصائص الاضطراب العصبي المعرفي (ترجع معرفي واضح في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية كالانتباه، الوظائف التنفيذية، الذاكرة، الاكتساب، يمس باستقلالية الفرد في نشاطات الحياة اليومية ولا يتعلق باضطراب عقلي آخر أو حصري) بداية مخادعة وتطور تدريجي للعجز في الوظائف المعرفية (2 على الأقل بالنسبة للاضطراب العصبي المعرفي الجسيم) (DSM-5, 2013: 611)

**تعريف التصنيف العالمي العاشر للأمراض:** يعرف التصنيف العالمي العاشر للأمراض مرض الزهايمر على أنه مرض عصبي قشري أولي ذو أسباب مجهولة وخصائص مرضية وعصبية كيميائية مميزة، كما أنه يظهر بصفة خفية ويتطور تدريجياً (حمزة، 2015: 18)

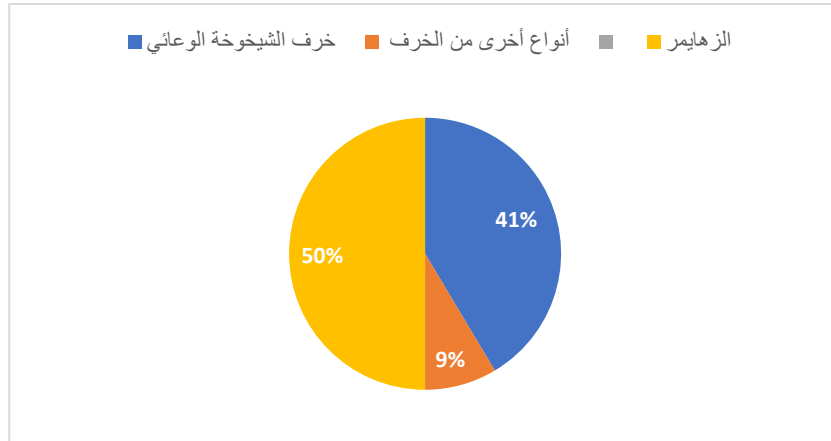
**تعريف جمعية الزهايمر الأيرلندية لمرض الزهايمر:** تصف بأنه مرض عصبي تدريجي يحدث عندما تتراكم البروتينات في الدماغ تؤدي بدورها إلى ضرر بالخلايا العصبية وتدمير اللويحات Les plaques الأمر الذي يزيد صعوبة التركيز عند الإنسان واستخدام المنطق واللغة (خوجة، 2018: 28).

**من منظور علم النفس العصبي:** هو مرض عصبي انحلاي يتميز بالتدهور التدريجي لأنسجة المخ والوظائف المعرفية المرتبطة بها، فقدان الاستقلالية والاضطرابات النفسية والسلوكية (زرفة وهديل، 2020: 261)،

**وفي تعريف آخر لمرض الزهايمر:** يصيب هذا المرض الذاكرة أساساً، حيث يؤدي إلى فقدان الذاكرة الحديثة أولاً ومن ثم الذاكرة البعيدة، ثم تراجع المنظومة الفكرية كاتخاذ الأحكام والمحكمة، بما ينعكس سلبياً على الحياة، حيث وجد تشريحياً أن الزهايمر يؤدي إلى تغيرات في خلايا المخ العصبية ويشكل الخيوط المتشابكة أو الأسبته ولذلك قيل لها خلايا الزهايمر السبئية " Alzheimer Sbasketcells " والمعتقد أن البنية الجينية الوراثية لها دخل في الإصابة به، ولم يعرف له علاج (خوجة، 2018، ص 29)

### 3- الإحصائيات:

إن خرف الشيخوخة يمثل مشكلة كلية، فقد قدر أن ثمانية عشر مليوناً في العالم يعانون منها، يعيش 66% منهم في المجتمعات المتقدمة، كما أن نسبة الإصابة بها في تزايد حيث تتزامن مع ارتفاع متوسط العمر للأفراد عبر العالم، ولقد أوضح الآن أن كل أشكال خرف الشيخوخة تؤثر على 1% ممن في المدى العمري من 60-64 أما ما بين 85-90 فهي تؤثر على 20% (السيد، 2014: 318)



شكل رقم (01) يمثل انتشار أنواع خرف الشيخوخة

تؤكد الأرقام والإحصاءات أن عدد المصابين بالعتة من نوع الزهايمر في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يقدر بـ 4 ملايين مصاب، ومن المتوقع أن تصل نسبة الإصابة إلى 6 ملايين في عام 2010 بالإضافة إلى إصابة أكثر من 360000 شخص في فرنسا (تاقولميت، 2009: 25)

كما أن هناك تباين في توزيع نسبة الإصابة بين الجنسين، إذ تصاب عموماً امرأتان مقابل كل رجل والعوامل المعروفة في تفسير ارتفاع الإصابة عند النساء هي:

- معدل توقع الحياة أعلى عند النساء منه عند الرجال
- تصاب النساء بالداء السكري الكاهلي بنسبة أعلى من تلك عند الرجال ويعد أحد العوامل الخطرة للإصابة بالزهايمر
- انخفاض نسبة هرمون الاستروجين بعد سن اليأس وكما هو معروف يعد هذا الهرمون عاملاً وقائياً ضد الأمراض (الأشول، 2008: 228)

أما بالنسبة للجزائر فيتجاوز عدد مرضى الزهايمر 100.000 شخص، وهو عدد تقديري فقط نظراً لعدم إفصاح الكثير من العائلات عن تلك الحالات المرضية التي يرونها عادية أو يعتقدون أنها تسبب لهم الحرج

وحسب إحصائيات مقدمة من طرف (SANNC) (société Algérienne de Neurologie et de Neurophysiologie Clinique) حول انتشار العتة بصفة عامة. مرض الزهايمر هو نوع من العتة الأكثر شيوعاً عند المسنين، حوالي 100.000 شخص مصاب بالزهايمر في الجزائر " هو تقدير وطني

حقيقي، حتى وإن كنا لا نستقبل إلا 10000 مريض للمعاينة " حسب تصريح البروفسور (أرزقي محمد) الرئيس السابق لـ (SANNC)، لمنندى المجاهد Forum El-Moudjahid، الخميس 5 مارس 2009 جريدة Liberté Algérie (رحالي، 2018: 68-69)

#### 4- أعراض مرض الزهايمر

يتطور بشكل خفي ويصعب تشخيصه في السنوات الأولى من تطوره، ويعتقد أنه في اللحظة التي يتم فيها التشخيص تكون العملية المرضية قد مر عليها ما بين 5 إلى 10 سنوات، وربما معرفة الأعراض المنذرة بالمرض يساعد في التشخيص المبكر به فيما يلي نذكر أهم الأعراض:

1- فقدان الذاكرة: يشكل نسيان المعلومات التي يتعلمها مؤخراً أحد الإشارات المبكرة للإصابة بالزهايمر، ويبدأ النسيان بوثيرة أكثر تكراراً ويصبح الفرد عاجزاً عن تذكر المعلومات وتتجلى أهم مظاهر النسيان في:

- نسيان الواقعة ككل وليس الجزء منها
- يصعب عليه التعرف على الناس من حوله
- تكرار سرد القصص بدون وعي
- نسيان المواعيد المهمة
- نسيان أنه تناول الطعام فيطلبه مرة أخرى (الأشول، 2008: 29)
- تشوش الذاكرة ومصطلح التشوش يستخدم بمرونة في هذا الصدد، فقد يعزى إلى وجود المعلومات الزائفة أثناء الاستدعاء، أو قد يعني التحديد الزائف للمشتتات، مثل تحديد الكلمات الرئيسية في اختبار التعرف (السيد، 2014: 324)

2- تضيق الأعراض والخطأ في مكان الأشياء

3- صعوبة في انجاز المهام اليومية

4- اضطراب في التوجه المكاني والزمني

5- مشاكل في التفكير المجرد: بحيث يجد صعوبة في تخطيط وحل المشاكل التي تواجهه وصعوبة إدارة الأموال واتخاذ القرارات.

6- مشاكل اللغة والتواصل: صعوبة متابعة ومواجهة حوار أو نقاش قائم فيتوقف عن الكلام فجأة أو يكرر نفس الجملة ويصعب عليه التذكر أو إيجاد الكلمات المناسبة ولا سيما أسماء الأشياء، فيستبدلها بكلمات أخرى خاطئة غير مفهومة أو قد يسمي الأشياء بغير مسمياتها (الأشول، 2008: 30)

7- تقلبات في المزاج والسلوك كان يصبح الشخص حزينا، أو تبدل سريع في المزاج من حالة هدوء إلى بكاء، وحتى حالة من الغضب بدون سبب ظاهر

8- تغيرات في الشخصية كأن يصاب بحالة من التخليط الذهني أو يصبح منغلقا على ذاته أو حذرا من الآخرين

9- سلس البول يعتبر أحد الأعراض المقلقة، وقد يحدث إما بشكل عرضي بفترات متقطعة، أو قد يصبح مظهرا دائما يتطلب جهودا إضافية للسيطرة عليه. (خوجة، 2018: 30)

10- فقدان الاستقلالية ففي المراحل المتأخرة من المرض فقد يفقد المريض قدرته على النشاطات اليومية كالاستحمام، ارتداء الملابس، تناول الطعام والشراب ويصبح معتمدا بالكامل على الآخرين، وبالتالي نجده يتجول بلا هدف أو يجلس ساعات طويلة بلا حركة، الاستثارة والقلق، التجول، الكلام المكرر والأوهام أيضا، جميعها تعتبر من العلامات الشائعة للحالة، قد يعاني المصاب بالزهايمر من الهلوس أو قد يصبح المريض طريح الفراش ويصاب بإختلالات منها تقرحات الفراش، مشاكل التغذية والتهاب الرئة

- عندما قام العالم الألماني " السيوس السهيمر " بشرح مرض الزهايمر لأول مرة وجد أن الأعراض الصعبة لا علاقة لها بالذاكرة وإنما بالتغيرات في السلوك والمزاج وهي كالتالي:

- كثيرة الشيوخ: اللامبالاة، العدوان اللفظي والبدني، الذهول والارق، الأسئلة المتكررة
- الشائعة: هياج، السلوك الفاضح، الصراخ، المشكلات الجنسية
- الأقل شيوعا: بكاء، تصرفات متكررة، الأوهام والهوس (داوود، 2018: 65-66)

## 5- تشخيص مرض الزهايمر:

إن التشخيص مرض الزهايمر هو تشخيص للإقصاء: يتم اجراءه فقط عندما يتم استبعاد جميع التفسيرات المحتملة الأخرى لاضطرابات المريض. على الوجه الخصوص، يجب استبعاد، عواقب المتلازمة الاكتئابية أو الآفات الوعائية أو أنواع الخرف الأخرى مثل الخرف الجبهي الصدغي وخرف أجسام ليوي.

إنه تشخيص محتمل لن يتم تأكيده إلا بعد تشريح الجثة. فحص ما بعد الوفاة هو العنصر الوحيد الذي يجعل من الممكن اجراء تشخيص بأثر رجعي لليقين من المرض. ومع ذلك، يمكن اصدار التشخيص خلال حياة الشخص على أساس مجموعة من العناصر. في المقدمة يوجد فقدان الذاكرة يتجلى بشكل تدريجي وخبيث. ومع ذلك، للنظر في تشخيص مرض الزهايمر، يجب أن تترافق هذه القصور في الذاكرة مع عجز ادراكي واحد اخر على الأقل يمكن أن يؤثر على الوظائف الأساسية (اللغة، التطبيق العملي)، الوظائف التنفيذية (التفكير، التخطيط، التحكم في التنفيذ)، أو وظائف التوجيه الزمني المكاني ( Elodie, ) (2009 :20)

### 1.5 التشخيص العيادي:

**1.1.5 المقابلة العيادية:** تتيح المقابلة مع المريض والقائم على رعايته تحليل سبب الاستشارة ومراقبة المريض وعائلته، وهذا وقت أساسي لأن "المقابلة مع المريض ومرافقه تجعل من الممكن تحديد طبيعة الاضطرابات وطريقة تطورها". وغالبا ما يكون السبب الأول الاستشارة هو شكوى في الذاكرة. يعاني الشخص من النسيان المتكرر وغير المعتاد بشكل متزايد. من المهم جدا مقارنة اجاباته بإجابات من حوله لأن المريض يمكن أن يقلل من الصعوبات التي يواجهها أو يكون لديه وعي محدود بها ، و مع ذلك ، في بعض الأحيان تحدث الاستشارة الأولى عندما يكون المرض متقدما بالفعل لأن المريض يتمكن من التغلب على صعوباته و اخفائها عن محيط، إذا كانت الاضطرابات المعرفية جيدة التحمل في كثير من الأحيان ، فإن حدوث الاضطرابات السلوكية يمكن أن يؤدي إلى هذه الاستشارة ( Touchon et portet,2000) خلال هذه المقابلة، من المثير للاهتمام مراقبة المريض بعناية لملاحظة مستوى القلق و الألم و الانفعال الذي قد يشعر به، يمكنه أيضا معرفة ما اذا كان المريض يعرف و يفهم سبب وجوده هناك. ملاحظة المريض أثناء فحصه إلى معرفة مدى استقلاليته في حياته اليومية، وهل يتميز باللامبالاة، أو سلوكيات أخرى غريبة (تاقولميت،2009: 44) بعد ذلك، يسمح الاستجواب بتقييم الصعوبات بشكل أكثر دقة ولكن أيضا للتعرف على حياته وماضيه، يمكننا أن نلاحظ هناك صعوباته في الفهم واللغة. (Agnès.R,2003 :18-19)

كما تسمح المقابلة بتحديد أنماط ظهور الأعراض (مفاجئة أو تدريجية، مبكرة أو متأخرة....) وأيضا الكشف عن السوابق المرضية العائلية والشخصية، ومدى تأثير هذه الاضطرابات على الحياة اليومية للمريض من جهة وعلى المحيط العائلي من جهة أخرى

### 2.1.5 معايير المستخدمة في التشخيص العيادي:

من أبرز المعايير المستعملة عالميا لتشخيص مرض الزهايمر نجد

الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) والمعيار المعد من طرف المعهد الوطني للاضطرابات العصبية والتواصلية وجمعية مرضى الزهايمر والاضطرابات المتعلقة به (ADDA/NINCPS)

(أنظر الملاحق رقم 01 و02)

### 3.1.5 التقييم السيكومتري:

بالنسبة لـ (Touchon et Portet (2000)، تساهم الاختبارات في التشخيص المبكر وتمكن من تقييم الأداء المعرفي، ويمكن اجراء هذا التقييم للمستوى المعرفي عامة أو على العكس من ذلك في مجال معرفي معين:

#### أ) اختبار العقل المصغر MMSE

يعد اختبار الحالة العقلية المصغر (MMSE) Mini Mental State Examination اختبارا مقننا جمع العديد من أبعاد الاختبارات السابقة، وقد أعده فوننتشتاين وآخرون (Folstien & all,1975) ليكون وسيلة مختصرة ومقننة لفحص الوظائف العقلية، وهو من أكثر الاختبارات انتشارا واستخداما في المجال الاكلينيكي لفحص الوظائف لدى كبار السن عامة، نظرا لبساطة استخدامه وسهولة تطبيقه (يستغرق تطبيقه من 5-10 دقائق)، وتقييمه للوظائف المعرفية المضطربة بشكل عام، وأمراض العته والزهايمر بشكل خاص. وقد أعده للعربية عماد الحمدي وآخرون، ويتمتع الاختبار في البيئة العربية بحساسية عالية في تحديد العته تصل إلى 100%، كما يتمتع بنوعية وخصوصية تبلغ 80%. كما يعد الاختبار أداة صالحة لقياس هذه الوظائف ومؤشرا لم يطا على الأفراد من تغيرات معرفية تحدث مع مرور الوقت، ويتكون الاختبار من 30 سؤالاً لكل منها درجة واحدة. (عبد القوي، 2017: 574) يستخدم لتقييم المجالات المعرفية المختلفة التي تهتم بالتوجيه المكاني والزمني، والتعلم، والانتباه والحساب، واسترجاع



الذاكرة، واللغة المكتوبة والشفوية، وأخيرا التطبيق العملي. يتم ملاحظة كل إجابة ويكون المجموع من أصل 30. يتم تحديد عتبة الخرف بشكل عام عند 23/24 (Touchon et Portet, 2000: 56). ولكن يجب التعامل مع هذه النتائج بحذر لأنه اعتمادا على المستوى الاجتماعي والثقافي، قد تختلف النتائج. في الواقع، كما يشير ( touchon et portet 2000 ) ، يمكن اعتبار الأستاذ الجامعي الذي حصل على 26 مجنونا، وعلى العكس من ذلك، يمكن أن يكون الشخص الذي لم يذهب إلى المدرسة على ما يرام بنتيجة 20 نقطة (Agnès.R, 2001 :19)

### ب) اختبار تقييم الزهايمر

وللحصول على معلومات دقيقة حول اضطرابات السلوكية يستحسن استعمال سلم ADAS لروزن (Rosen,1984) الذي يقوم بتقييم الوظائف المعرفية وغير المعرفية لدى المصابين بالعتة ومن بين الوظائف المعرفية التي يقيّمها: الفهم، اللغة، الأبراكسيا، التوجه الفضائي والزمني... الخ، أما الوظائف غير المعرفية من بينها: الاكتئاب، القلق، الهيجان... الخ (Touchon et Portet,2000: 80)

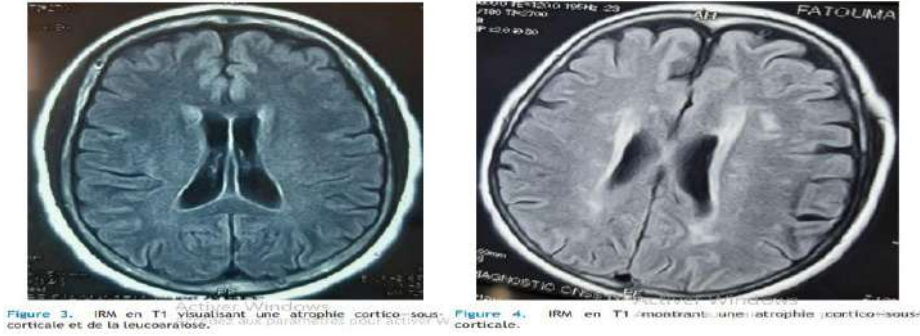
### ج) اختبارات أخرى

هناك العديد من الاختبارات المحددة لتقييم اللغة والذاكرة واضطراب التعرف والأداء في الواقع ومن بينها: اختبار براون بيرسون لتقييم الذاكرة قصيرة المدى وهو يتألف من ثلاثة أبعاد الأصوات والحروف الساكنة أو الكلمات، في الوضع السمعي أو المرئي، والتي يستعين بالموضوع الذي تم سؤاله عنه بعد تأخير متغير من 0 إلى 30 ثانية. تقييم الذاكرة طويلة المدى وخاصة ذاكرة الماضي من خلال اختبار (Agnès.R, 2001 :19-20) Schiffman and Crovitz (1974)

### 1.2 التشخيص الطبي

**1.2.5 التصوير بالرنين المغناطيسي IRM:** هو أكثر كفاءة من الماسح الضوئي، فإن استنتاجات الماسح الضوئي غير موثوقة لأن الخصوصية لم تظهر بعد، خاصة بالنسبة للمرضى الذين تزيد أعمارهم عن 70 عاما

- ويظهر من خلال التصوير المغناطيسي عند مرضى الزهايمر بشكل واضح ضمور مناطق جدارية- صدغية وخاصة على مستوى مركب اللوزي- الحصيني ( Touchon et Portet,2000: 67)



شكل رقم (02): يمثل تصوير مغناطيسي لمخ مصاب بمرض الزهايمر

**2.2.5 التصوير الوظيفي:** ويقصد به أننا لا نكتفي بتصوير التركيب التشريحي فقط، وإنما نقوم بتصوير نشاط المخ أثناء قيامه ببعض الوظائف، وتصلح هذه النوعية من طرق التصوير في الحالات التي لا يمكن لطرق التصوير التشريحية أن تدرسها، مثل نقص كمية الدم المغذية لخلايا المخ، أو التمثيل الغذائي للجلوكوز (الغذاء الأساسي للخلايا العصبية)، أو نقص الأوكسجين، أو التعرض لسموم تؤثر على أداء المخ (عبد القوي، 2017: 306)

**3.2.5 التصوير المقطعي بالإصدار البروتيزوني:** يتم ادخال هذه التويدات المشعة إلى داخل الجسم، والتي تتلقاها الخلايا العصبية في الدماغ، ويمكن للتصوير المقطعي بالإصدار البروتيزوني كشف الانبعاثات وضع صورة باستخدام الكمبيوتر لعمل الدماغ فهو يعمل على اظهار أماكن الضمور أو التلف للمخ (داوود، 2018: 72)

### 3.5 التحاليل البيولوجية:

يمكن الكشف عن مرض الزهايمر عن طريق بعض التحاليل وهذا يدخل ضمن إطار التشخيص الفارقي ومن بين هذه التحاليل: نسبة فيتامين ب 12 والفولات فالخلل في هذه النسبة قد يولد اضطراب في الوظائف المعرفي، تحليل سائل النخاع الشوكي، حيث أثبتت الدراسات ان ضعف نسبة الاستيل كولين في سائل النخاع الشوكي يرتبط بدرجة العته (تاقولميت، 2009: 44)

كما يمكن من خلال تحليل الدم توقع ارتباط بعض الجينات الموجودة في (RNAS) بوجود مرض الزهايمر، ونوه العلماء إلى أن الفسفور من خلال تحليل الدم في جسم الفرد يستخدم كمؤشر بيولوجي للدلالة على مرض الزهايمر (خوجة، 2018: 47)

## 4.5 التشخيص الفارقي:

التشخيص الإيجابي، يجب إزالة الأسباب غير الخرف مثل الأسباب النفسية، والحالات المشوشة والتخلف العقلي والأسباب الناتجة عن استعمال الدواء (Agnès.R,2001: 21) والأسباب عضوية المنشأ كذا استبعاد الاضطرابات الأخرى التي لديها تتداخل أعراضها في اللوح الاكلينيكي للزهايمر على سبيل المثال: الخرف المتعدد الأحشاء ومرض أجسام لوي.

## 6- أنواع مرض الزهايمر

هناك نوعان من مرض الزهايمر:

- (أ) **الزهايمر العائلي:** وهو نوع وراثي ينتقل هذا عن طريق الجينات الوراثية من أحد الوالدين أو كليهما وهو نوع غير منتشر كثيرا ويحدث بنسبة 10% لمن هم أصغر من 65 سنة
- (ب) **الزهايمر الفردي:** يصيب كبار السن الذين تفوق أعمارهم 65 سنة وهو لا يحدث عن طريق الوراثة وهذا النوع هو الأكثر انتشارا بصفة عامة (زرفة وهدييل، 2020: 262)

## 7-مراحل مرض الزهايمر

يتطور المرض على ثلاثة مراحل، وهي مراحل متواصلة، أي لا ينتقل المريض من مرحلة إلى أخرى بشكل مفاجئ بل بشكل تدريجي وبطيء خلال عدة سنوات (شوشان وبلخيري، 2020: 666) ويختلف ذلك من شخص إلى آخر كما أنه من الممكن أن يكون هناك تداخل في تلك الأعراض من مرحلة لأخرى وفيما يلي عرض لهذه المراحل:

1- المرحلة الابتدائية **Stade débutant**:

تتميز هذه المرحلة باضطرابات الذاكرة (فقدان الذاكرة)، مع عدم القدرة على الحصول على معلومات جديدة وتمثل هذه الأعراض الأولى للمرض. تكون هذه الاضطرابات مصحوبة بأعراض أخرى والمتمثلة في قلة الوعي بالمرض (فقدان الوعي)، عدم الأخذ بعين الاعتبار شدة مشاكل ذاكرته الطبيعية المرضية لل صعوبات التي يواجهها والتفكير فيها على أنها أعراض مرتبطة بالعمر.

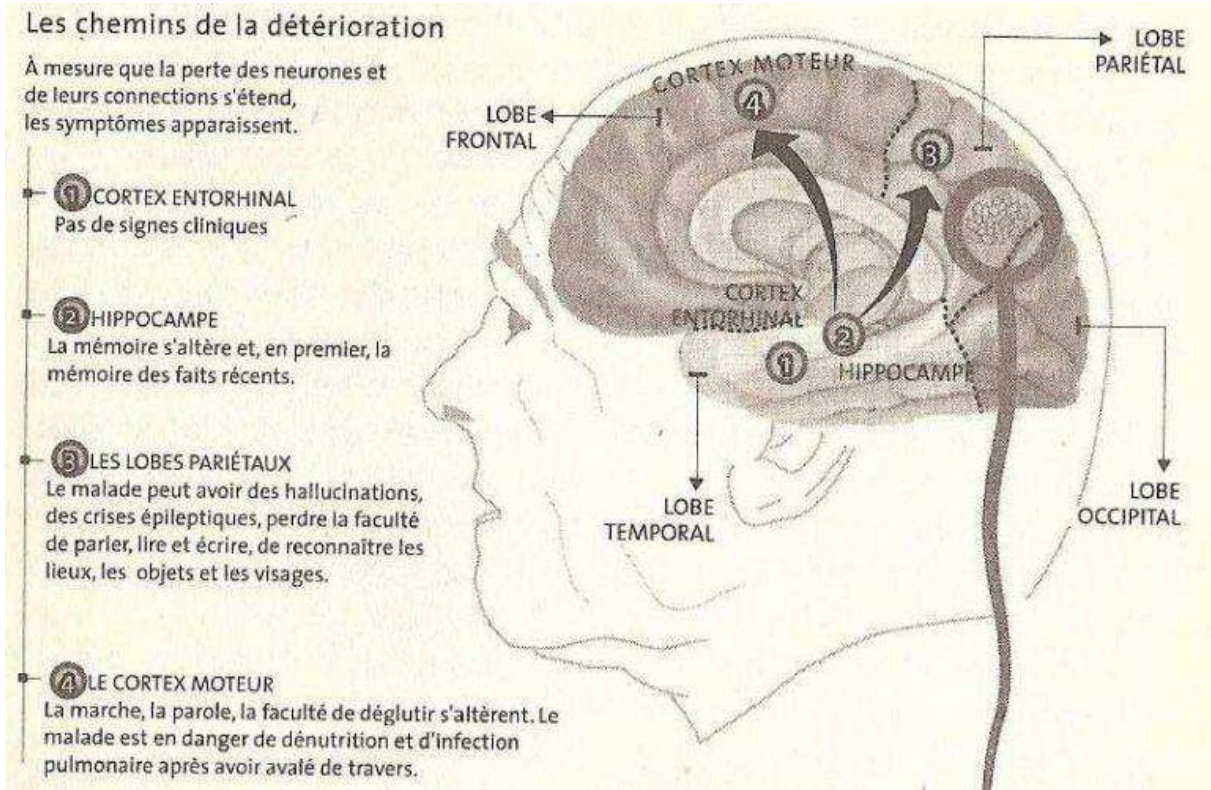
يمكن أن يستمر هذه المرحلة ما بين 2 إلى 5 سنوات أو أكثر وهذا طبعا حسب نوع الاستجابة للعلاج المقدم للمريض. وتظهر الأعراض النفسية والسلوكية مثل اللامبالاة وعدم الاهتمام والتهيج ( Touchon et portet,2000: 35)

### 2- المرحلة المعتدلة Stade modéré:

إضافة للأعراض المرتبطة بالذاكرة، تظهر صعوبات أخرى كعدم القدرة على أداء الایماءات (apraxie)، اضطرابات اللغة (aphasie) مثل عدم القدرة على تسمية الأشياء ونقص الكلمات والفهم والكتابة، اضطرابات التعرف على الأشياء (agnosie)، الارتباك المكاني واضطراب المنطق والتخطيط هنا يصبح من المستحيل على المريض أن يعيش بمفرده كما تعتبر أطول مرحلة من مراحل المرض ويمكن أن تستمر حوالي عشر سنوات.

### 3- المرحلة المتقدمة والشديدة Stade avancé et sévère:

زيادة على أعراض المراحل السابقة، يصبح الشخص معتمدا حتى على أبسط ایماءات الحياة اليومية، قد تدوم هذه المرحلة 3 سنوات وأكثر، كما يكون فيها "فقدان للاستقلالية كاملا والاضطرابات النفسية السلوكية الرئيسية (الاثارة والهلوسة والهروب....)" ( Agnes.R,2001 :06) وتنتهي بوفاة الشخص المريض، وغالبا ما تكون نتيجة لمضاعفات غير مباشرة كالعُدوى وسوء التغذية.... الخ وهذا ما أكدته نتائج دراسة جميلة زرفة ويمينة هديل 2021 التي عنونت باضطراب الاستقلالية الذاتية في ظل تطور مرض الزهايمر، بأن الاستقلالية الذاتية للمريض تضطرب وتفقّد تدريجيا مع تطور المرض وأن هناك ارتباط بين التدهور الوظيفي في الحياة اليومية والانحدار المعرفي للمريض.



الشكل رقم (03) يمثل تطور مرض الزهايمر من الناحية التشريحية (10 : kenkimon P et Al, 2002)

### 8-العوامل المسببة لمرض الزهايمر:

لم يتم تحديد العامل أو السبب الرئيسي لمرض الزهايمر ولكن تم تحديد بعض العوامل التي من الممكن أن تساعد على ظهور مرض الزهايمر ومن أهمها ما يلي

**1.8 عامل السن:** وهو أكثر العوامل المشجعة لظهور المرض، حيث أن غالبية المرضى يصابون به بعد سن الخامسة والستين، وتزداد فرصة المرض بنسبة الضعف كل خمسة أعوام تالية لهذا السن حتى تصل إلى نسبة 50% عند سن 85، إذ ما أكده العلماء انه بتقدم العمر تترسب بروتينات نشوية لها بنية تعرف "صفائح بيتا المطوية" وهي التي تتراكم داخل الخلايا العصبية المركزية مما يؤخر التيارات العصبية أو يعطلها أو يدمر المسارات نفسها ويؤدي ذلك لاحقا إلى تآكل الخلايا العصبية وتقلص حجم المخ وتلايفه. (خوجة، 2018: 50)

تشير منحنيات انتشار حدوث المرض كلها على زيادة اسية Augmentation exponentielle في تردد fréquence المرض مع الزيادة في العمر. وهذا لا يعني أن كل شخص مسن سيكون مصابا بمرض الزهايمر (رحالي، 2018: 69)

**2.8 عامل الجنس:** تشير دراسات عديدة من بينها دراسة (Paquid) إلى أن النساء هن أكثر عرضة لمرض الزهايمر من الرجال خاصة بعد السن الثمانين، وقد يكون هذا راجع لتغيرات بيولوجية وهرمونية وكذا ارتفاع معدل أعمار النساء بالنسبة للرجال (تاقولميت، 2009: 23)

### 3.8 العوامل الوراثية:

هناك فئتين من الجينات التي تحدد إمكانية تطوير الشخص لمرض ما: جينات الخطر Risc Gènes، الجينات الحتمية أو المحددة gènes Déterministique والتي تزيد احتمالية تطوير المرض أو تسبب المرض مباشرة. (Association Alzheimer, 2017)

حددت الأبحاث جينات مرض الزهايمر في الفئتين كالتالي:

أ) جينات الخطر : توجد عدة جينات أهمها مورثة E-APO أليل e4 وهي المورثة التي لها أقوى تأثير على الخطر، حيث أن من يرث نسخة واحدة من هذه المورثة (من أحد الأبوين) يزداد لديه خطر تطوير المرض الزهايمر، أما من يرث نسختين (من كال الأبوين) فالخطر يكون أعظم (Alzheimer Association, 2017)

بالإضافة إلى زيادة خطر الإصابة فإن هذه المورثة تنقص عمر البداية خاصة عند الأفراد متماثلي الجينات Homozygote (DSM5 ;2013: 613) أي قد تجعل أعراض المرض تظهر في سن أبكر من المعتاد.

تم وصف ارتباط أليل e4 مع مرض الزهايمر لأول مرة سنة 1993 في عينة من الأشكال العائلية المتأخرة من المرض. وأكدت العديد من الدراسات هذا الارتباط معممة على الأشكال المتقطعة والمتأخرة كذا بعض الأشكال المبكرة للمرض. ففي دراسة لـ (عفاف عشراوي-رساس 2021) يعد الأليل (e4) من بين العوامل المساعدة على ظهور مرض الزهايمر وبقية أنواع الخرف، ومن تم في الوقاية من الإصابة

بالخرف عند الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي (القابلية للإصابة بالمرض) يتم عن طريق التدخل على مستوى العوامل المجرة والتي تتغير وفق العوامل البيئية ونمط الحياة لدى الأفراد والذي تبين أن لهم نفس مفعول الأليل (e4) (Achraoui-Rassas.A,2021 :06)

كما هناك جينات أخرى يفترض أن تزيد خطر الإصابة مثل مورثة  $\alpha 2$ -macroglobuline.

ب) الجينات الحتمية أو المحددة: تعرف. في يومنا هذا، ثالث مورثات مسؤولة عن مرض الزهايمر العائلي ذو نمط وراثي. مورثة محفزة ببتيد أميلويد *Gène précurseur du peptide amyloïde* APP اكتشفت سنة 1987، أول مورثة ذات طفرات مسؤولة عن مرض الزهايمر وراثي (ch21) (DSM5,2013: 613)

ت) مورثة برسنييلين -1: (Ps1) (1) (Gene de présénile، ch14) تم اكتشافها سنة 1992، طفرتها تفسر أغلبية الأشكال الوراثية لمرض الزهايمر (ch14)

مورثة برسنييلين -2: (Ps2) (Gene de préséniline-2، ch14) المورثة الثالثة المسؤولة عن مرض الزهايمر، اكتشفت بعد اكتشاف Ps1 بقليل سنة 1993

وهناك مورثات أخرى تدخل في آلية الأشكال الجسمية القاهرة *Autosomique dominante* من مرض الزهايمر لاتزال بعد في طور التحديد. (رحالي، 2018: 69-70)

#### 4.8 العوامل الثقافي والاجتماعية:

وتتمثل هذه العوامل في:

أ) **المستوى الثقافي:** إذ أكدت الدراسات أن عامل المستوى الثقافي الضعيف يزيد من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة.

ب) **النشاطات الترفيهية:** توصلت بعض الدراسات على أن القيام ببعض النشاطات الترفيهية يقلل من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة، كالبستنة، السفر، الأشغال اليدوية، لأن هذا النوع من النشاطات يسمح بتدخل الوظائف التنفيذية والتخطيط مما يؤخر من ظهور المرض. (حمزة، 2015:

20-21)

**5.8 الصحة الغذائية:** أثبتت بعض الدراسات قام بها باحثون بجامعة كاليفورنيا أن سوء التغذية يؤدي إلى نقص بعض الفيتامينات والأملاح المعدنية والتي يمكن أن تؤثر على خلايا المخ، وبالتالي قد يسهم ذلك في تفاقم مرض الزهايمر ومن أهم هذه المواد الغذائية:

اضطرابات التمثيل الغذائي أو الغدد الصماء: مشاكل الغدة الدرقية، نقص في الفيتامينات B1، B12 أو حمض الفوليك B9، والجفاف، وققر الدم، ونقص السكر في الدم أسباب الخرف التي يمكن تحديدها من خلال التقييم البيولوجي ويمكن علاجها في كثير من الأحيان (Lise Lucker & all,2003 :19)

**6.8 السوابق المرضية العائلية:** هناك شكل عائلي محتمل من المرض، ينتقل بشكل وراثي جسدي سائد (حوالي 25% من الحالات) ومع ذلك، نجد في العائلات الأخرى ارتفاعاً في معدل الإصابة بالخرف من نوع الزهايمر، دون أن يكون هناك انتقال جيني محدد بشكل واضح. هذا يشير إلى تدخل واحد أو أكثر من الجينات المسؤولة عن القابلية للتأثر بالعوامل البيئية. يزيد خطر إصابة فرد معين بمرض الزهايمر بأكثر من الضعف عن عامة السكان عندما يتأثر أحد أقاربهم من الدرجة الأولى. يزداد أكثر إذا أصيب العديد منهم (Lise Lucker & all,2003:20)

**7-8 عامل العدوى:** في ضوء الدراسات التي أجريت على الأمراض النيورولوجية النادرة التي يمكن أن تنتقل في ظروف غير طبيعية. وقد تدعم نموذج التلوث بالانتقال أو العدوى infections بما وجد من أحد جزيئات البروتين المسمى البريون prion الذي يوجد في هذه الأمراض له خصائص بنيوية شبيهة لما يوجد في مخ مرضى الزهايمر وقد أجريت بحوث تجريبية لنقل هذا المرض إلى الحيوانات ولكنها لم تنجح حتى الآن، ومع ذلك فإن الاحتمال لا يزال قائماً بوجود ناقل للعدوى بهذا المرض والذي يتطلب قبل حدوث العدوى وجود استعداد وراثي قبلي أو مرض رهن في جهاز المناعة أو التعرض لمادة سامة في البيئة (أبوخطب، 2008: 648-649)

**8-8 التسمم العصبي:** ويشمل ذلك :

- ضمور الخلايا العصبية NEURONAL LOSS في مناطق المخية الجبهية والجدارية والصدغية، بالإضافة إلى مناطق ما تحت القشرة في كل من ساق المخ واللوزة وحصان البحر، ومع تدهور الحالة ينكمش حجم المخ ويقل وزنه.



- فقد الموصلات العصبية NEUROTRANSMITTER LOSS والتي يكون نقصها أو فقدانها نتيجة لتقلص حجم الخلايا العصبية، ونقل معظم الموصلات العصبية وعلى رأسها النظام الكولين CHOLINERGIE SYSTEM حيث تقل انزيماته، إلى كل من النواذر نالين NORADRENALIN او السيروتونين SEROTONIN (سامي عبد القوي، 2017: 568)

- ويؤدي عدم التوازن بين النواقل العصبية إلى تغيرات في الوظائف المعرفية خاصة الذاكرة، وتظهر كذلك تغيرات وجدانية، وكلما تزايد المرض زادت اضطرابات الذاكرة وصاحبها في ذلك اضطرابات اللغة والأقنوزيا والأبراكسيا

**9.8 تناول الكحول:** إن الإسراف في تناول الكحول لسنوات عديدة يمكن أن يمس الدماغ (Encéphalopathie) حيث تظهر الأعراض التالية: اضطرابات الذاكرة، إصابة قدرة الانتباه والتوجه والفضاء (آيت يحي، 2018: 19)

### **10.8 السوابق الطبية والأمراض المرافقة:** كالأزمات القلبية الوعائية: تصلب الشرايين

Athérosclérose، ارتفاع ضغط الدم الشرياني (HTA)، مرض السكري Diabète type-2، ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم Hypercholestérolémie. هذه العوامل قد تسبب بزيادة الأمراض الوعائية الدماغية ويرجع ذلك بكون الدماغ عضوا غنيا جدا بالأوعية الدموية، أو بتأثير مباشر على مرض الزهايمر (رحالي، 2018: 71)

وفي دراسة أمريكية تم نشرها في ملتقى وطني لجمعية الزهايمر بباريس من 17 الى 21 جويلية 2011، تم الكشف فيها عن سبعة عوامل مساعدة لإحداث المرض وهي كما يلي:

- 19% من الحالات المصابة مرتبطة بمستوى تعليمي ضعيف، وهذا ما يثبت فرضية النشاط الفكري الذي يحمي من الإصابة بالمرض.

- 14% من الحالات ترتبط باستهلاك التبغ

- 14% ترتبط بانعدام النشاط الجسمي

أما العوامل الأربعة المتبقية فهي مرتبطة بمشاكل صحية: الاكتئاب 11%، ارتفاع الضغط الدموي 5%، السمنة 2%، داء السكري 2% (آيت يحي، 2018: 20)

تم طرح العديد من النظريات، مما يعطي مكاناً حاسماً إلى حد ما للعوامل النفسية. حتى لو لم يتم التحقق من صحة أي منها، فإنها تستحق الاهتمام (بلوتون، 2004).

سوف نذكر، على سبيل المثال، تلك القائمة على الدور الضار لـ:

مسألة الموت غير القابلة للحل (اعتمادًا على الميول النفسية)؛ ما نحن مقتنعون به بشكل جماعي في الأسرة (التسمية "؛ تثبيط نفسي على النموذج العصبي، ولكن أيضًا الذهاني، تثبيط كبير فيما يتعلق بالفجيرة والاستبعاد الاجتماعي والعاطفي ...

يعتبر الاكتئاب والتوتر أيضًا من الأسباب المحتملة للاضطرابات العصبية (موت الخلايا العصبية) من منظور نفسي جسدي. هذا خط بحث يعتمد على الملاحظة عند الحيوانات لتأثيرات الإجهاد على مناطق رئيسية من الدماغ (Louis Ploton,2009: 91-92)

### 9-فيزيوباتولوجية الزهايمر La physiopathologie d'Alzheimer:

إن التطور الذي شهدته مجالات العلوم العصبية، قد ساهمت في الكشف عن الفيزيولوجية الباثولوجية لمرضى الزهايمر الذي بدوره ساهم في فتح المجال إلى التجارب العلاجية عديدة، ومنه في مرضى الزهايمر تكون الإصابة على ثلاثة مستويات:

- الصفائح الهرمية
- الانحلال الالياف العصبية
- الضمور القشري (Touchon et portet,2000)

### 1.9 الصفائح الهرمية Les plaques séniles:

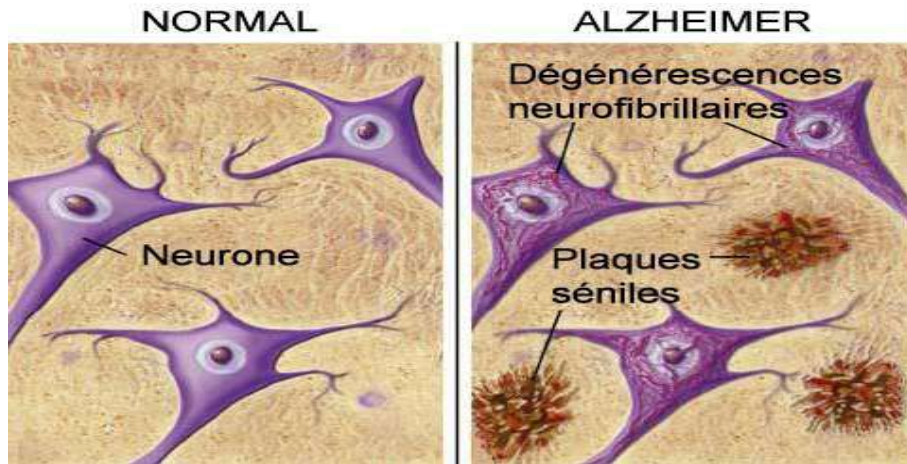
تتواجد هذه الصفائح بشكل رئيسي في القشرة المخية الحديثة والحصين، ويسمى البروتين الذي يكون هذه الصفائح بالأميلويد (Amyloïde) لأنه يشبه النشاء، ويسمى بروتين (B A4)، ويتكون هذا الأخير (من 39 إلى 43 حمضا امينيا طويلا) (Terrari.Z,2013,p05).

وقد اشتق أو أنتج من بروتين أميلويد سابق (APP) (Amyloïde Protéine Précurseur). وبتموضع في شكل تجمعها مشكلا مادة تسمى الاميلويد ويستقر بين الخلايا العصبية في القشرة المخية ليكون صفائح هرمية (Delacourt ;2000 :P120)

APP هو بروتين يوجد في البلازما و السائل النخاعي الشوكي بكمية صغيرة و في الحالات المرضية ينتج بكميات كبيرة و يتجمع ليكون الجزء المركزي للصفائح الهرمية ( Touchon et portet,2000, p26) ويلعب بروتين APP هذا من خلال المشاركة في التفاعل بين الخلايا دورا أساسيا في نمو الخلايا و الليونة العصبية (Terrari.Z,2013 :05).

في الأصل يتم شق بروتين APP بواسطة انزيم (a Secretase) نتاج هذا الانقسام هو بروتين قابل للذوبان غير مكون للصفائح، ومع ذلك فإننا نعلم أن هناك طريقا بديلا لهذا الانقسام وهو طريق يستخدم الأنزيمات B y Secretase والذي ينتج عنه منتجات غير قابلة للذوبان تتسبب في تكوين الصفائح الهرمية (Lise Lucker et autre,2003 :16)

وقد يتسبب تراكم ببتيدات AB في الوسط خارج الخلية في حدوث تغيرات في أغشية الخلايا (Terrari.Z,2013 : 05) ويساهم هذا التراكم في الدخول الهائل للكالسيوم إلى الخلية (تلف الغشاء) Altération de membrane وسيؤدي إلى تنشيط الخلايا الدبقية الصغيرة (تفاعل التهابي) réaction inflammatoire (Elodie. C,2009 : 19) . هذه الصفائح تسبب الموت للخلايا العصبية وتدهور التمديدات العصبية (Delcourte,2000 :122). إن المسؤول الأول تلف البروتين والصفائح الهرمية هي المورثة الموجودة في فوق الصبغي 21 والسبب في ذلك يبقى مجهولا لحد الآن، نتيجة أخرى لتراكم مادة بروتين الأميلويد في جدار الأوعية الدموية هي اعتلال الأوعية الدموية النشواني، الذي يتميز بالنزيف الدماغي المتكرر واللين (Terrari.Z,2013 :05)



الشكل(04) يمثل الصفائح الهرمية وانحلال الألياف العصبية

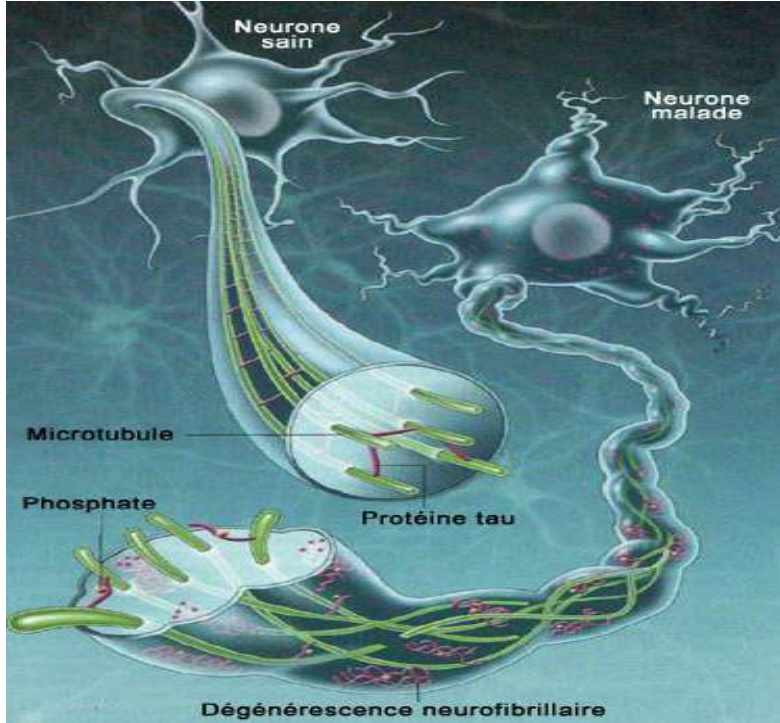
## 2.9 انحلال الاليف العصبية la dégénéscent neurofibrillaire :

بينما تُرى لويحات الشيخوخة خارج الخلايا العصبية، توجد التشابك الليفي العصبي داخل الخلايا العصبية. إنها تشابكات من الألياف في جسم خلية الخلايا العصبية (Terrari.Z,2013 :06) و المسؤول عن الانتكاس الليفي العصبي هو البروتين تاو الفسفوري بشكل غير طبيعي (Delcourte,2000, : 122) و هو الجزء الهيكلي الخلوي، و الذي يتمثل دوره في تثبيت الانابيب الدقيقة التي تسمح بنقل الحويصلات ، فالبروتين تاو الطبيعي يحتوي على مجموعتين او ثلاثة فوسفاتية بينما عند مرضى الزهايمر فيحتوي على 5 الى 9 (Terrari.Z ;2013 :06)، و يتراكم هذا البروتين مشكلا عناقيد ليفية ذات شكل حلزوني ، و يكون تراكمها في جسم الخلية العصبية و على محاورها و بالتالي لم يعد من الممكن نقل المواد اللازمة لسير عمل الخلايا العصبية بشكل سليم الى جسم الخلية و تتحلل الخلايا العصبية (Elodie.C,2009 : 20).في الوقت الحاضر لا يمكن ابراز أي طفر جينية تشرح تكوين هذه الحالات الشاذة(Lise Lucker & all;2003 :17)

في مرض الزهايمر لا يصل فقدان الخلايا العصبية إلى أكثر من 20% في جميع المناطق القشرية ، لكن هذه الخسارة تتركز في المناطق الترابطية حتى 50% و في النوى تحت القشرية حتى 60%، وهكذا يمكننا ملاحظة الضمر التدريجي (Lise Lucker & all;2003 : 17)، بحيث تهاجم هاتان العمليتان في البداية و بشكل تفضيلي الخلايا العصبية الكولونية ، فهي تؤثر على انزيم الاستيل كولين (122 : Touchon et Portet, 2000)، ثم تتأثر أيضا الخلايا العصبية السيروتونية و النورادرينالية وعلاوة على ذلك يتم هذا الانحلال المسار في الدماغ و هذا يعني أنه يهاجم مناطق مختلفة من الدماغ يترتب معين يؤثر الإنتكاس الليفي العصبي أولا على الحصين، ثم نصفي الكرة المخية و أخيرا القشرة الصدغية، و تؤثر الصفائح الهرمية على جميع مناطق القشرة المخية الحديثة و الحصين في المرحلة الأخيرة تتأثر المناطق الدماغية و العديد من النوى تحت القشرية (Elodie.C,2009 : 13).

فهذه الإنتكاسة بالإضافة إلى كونها تستهدف مناطق الدماغ عن طريق توسع الجهاز البطني وتضخم في المساحات المحيطة بالأوعية الدموية (Terrari.Z,2013 :06) فهي تستهدف بالتالي الذاكرة والعمليات الارتباطية (Louis Plton,2009:90)

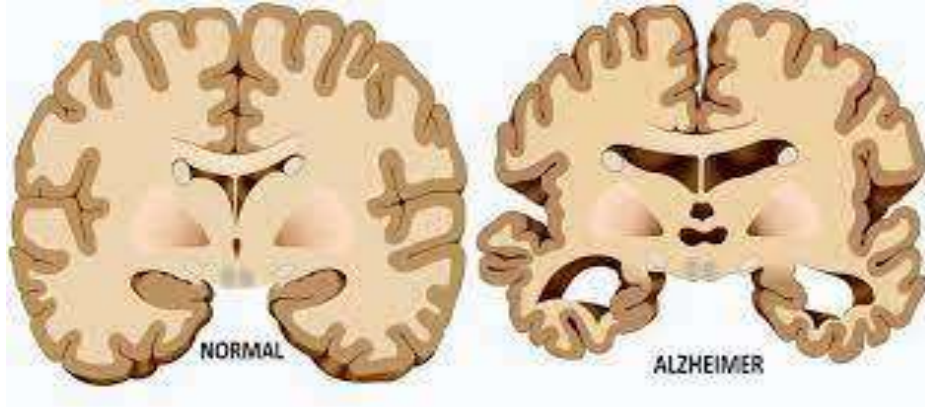
ولهذا يسعى الباحثون لإيجاد طريقة أو حل لعرقلة عملية تجمع (B amyloïde) وألياف البروتين "تاو" بغية الوصول إلى علاج فعال لمرضى الزهايمر (Touchon et portet,2000 :26)



الشكل رقم (05) يمثل انحلال الألياف العصبية

### 3.9 الضمور القشري :

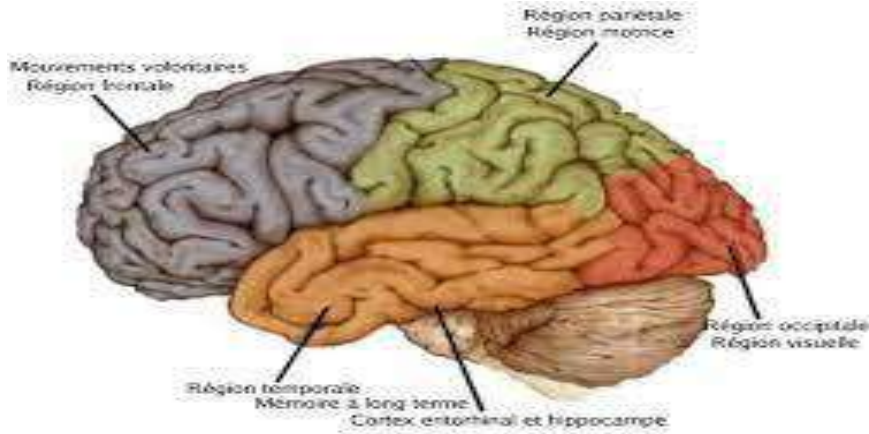
ينتج عن فقدان الخلايا العصبية والمشابك لمرض الزهايمر ضمور دماغي الذي توسع بطيني، اتساع الفراغات حول الوعائية وكذلك الشقوق القشرية (Elodie Claiseau,2009). يفقد المخ حوالي غرامين من الخلايا العصبية في السنة بعد بلوغ النسان عمر الأربعين، وحتى الخامسة والأربعين، تزداد الكمية الى ثلاثة او أربع غرامات بعد سن الخمسين، ويفقد المخ نصف كيلوغرام مئة وزنه خلال الاعمار ما بين سن الثلاثين وحتى التسعين عاما (شوشان وبلخيري،2020: 663-664)



الشكل (06) يوضح صورة دماغ للشخص العادي ومريض الزهايمر

قد أثبتت نتائج تحليل التصوير التشكيلي (morphologique Image) أن الضمور القشري عند مرضى الزهايمر يبدأ على مستوى القشرة الداخلية الأنفية والحصين أي المناطق الداخلية للفص الصدغي أين تستقر المعلومات في الذاكرة، ومع تطور المرض تصل الإصابة إلى القشرة الترابطية للفصوص الصدغية، الجبهية، الجدارية، القفوية والتي تتدخل في الوظائف العليا الأخرى (تاقلوميت، 2009: 28)

يوضح أهم هذه المناطق الدماغية المصابة في مرض الزهايمر:



الشكل رقم (07) صورة طبوغرافية للإصابة الدماغية

من خلال ما تقدم يتضح أن دورة مرض الزهايمر تتطور تدريجياً من خلال ترسبات هامة للمادة النشوية (Amyloïde) التي تؤدي إلى تشكيل صفائح هرمة، إلى جانب انحلال الخلايا العصبية بدءاً من منطقة الحصين لتمدت تدريجياً نحو القشرة الصدغية ثم إلى المناطق الترابطية للفصوص الجبهية الأمامية (préfrontal) وأخيراً تتوسع أكثر لتعم كل القشرة الدماغية أين يحدث ضمور حاد لهذه الأخيرة (حمزة، 2015: 25)

## 10- الاضطرابات المصاحبة لمرض الزهايمر:

كل من الأمراض التي تصيب الانسان لديها أعراض أو بالأحرى اضطرابات تكون ناتجة عن الإصابة بهذا المرض، والزهايمر كسائر الأمراض لديه بعض الاضطرابات المصاحبة له أو الناتجة عنه:

### 1.10 اضطرابات الذاكرة:

قبل تحديد اضطرابات الذاكرة سنعرف الذاكرة بإيجاز كما جاء في قاموس le petite Larousse. فإن الذاكرة هي "النشاط البيولوجي والنفسي الذي يجعل من الممكن الاحتفاظ بالتجارب السابقة"، ويتبع نظام الحفظ مراحل مختلفة:

- التسجيل والترميز: أي القدرة على اكتساب المعلومات والمعرفة، إنها تتطلب الإدراك واليقظة والاهتمام
- التثبيت: دمج المعلومات المسجلة التي تنقلها من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى
- الإستدعاء: القدرة على استدعاء المعلومات في الذاكرة طويلة المدى. وبالتالي يتم تنفيذ هذه المراحل في جميع أشكال الذاكرة. (Agnès.R,2001 :07)

تعد هفوات الذاكرة من أولى علامات مرض الزهايمر ومعظم أنواع الخرف الأخرى. تتجلى هذه العيوب في البداية من خلال الاضطرابات الصغيرة في الحياة اليومية. تتزايد هذه المشكلات إلى حد تختفي فيه أقسام كاملة من الماضي القريب. أخيراً، شيئاً فشيئاً، يتم الوصول إلى ذكرى الماضي البعيد. هكذا تتدهور الذاكرة تدريجياً وليس فجأة، مما يؤثر على ذاكرة الأحداث الأخيرة أولاً (قانون ريبو): نفقد أولاً ما حصلنا عليه أخيراً). يرى مريض الزهايمر أن فهمه للعالم مجزأ بسبب مشاكل الذاكرة؛ علاوة على ذلك، فإن قدرته على استنتاج العناصر ذات الصلة بالموقف من العناصر المتاحة تتضاءل بنفس التدرج (Lise Lucker & all,2009) ويمس هذا الاضطراب جل أنواع الذاكرة والتي سنتطرق لها فيما يلي:

#### 1.1.10 الذاكرة طويلة المدى:

إن أوضح جوانب القصور في مرض الزهايمر تبدو في الذاكرة طويلة المدى، بحيث لا تقتصر هذه الذاكرة على تخزين الأحداث الدالة على توابك حياتنا كلها، بل تستخدم أيضاً للحفاظ على معاني الكلمات وعلى المهارات اليدوية التي تم تعلمها. وتتضمن الذاكرة طويلة المدى، ذاكرة الوقائع الحديثة العهد، حيث تكون

الذكريات قد رسخت فيها، وللاختصار يمكن القول إنها بمثابة توال زمني لثلاث عمليات أساسية وهي: الترميز التخزين واستعادة معنى الشيء الذي يتعين تذكره (بوتي، 2012، ص 37).

وكما يبدو فإن لها قدرة لامتناهية وبإمكانها الاستمرار لأيام وشهورا و سنوات بل مدى الحياة. ومع ذلك قد يحدث لهل ثغرات وبإمكانها أحيانا ان تشوه الواقع كما يمكن لفعاليتها ان تتراجع وذلك ويكون ذلك ناتج عن خلل او اضطراب قد مسها ويمكن الكشف عن هذا الاضطراب عن طريق القياس بالأدوات المقننة او باسترجاع فقرة ما، اذ ان مرضى الزهايمر يؤدون أداء سيئا على هذه المهام. ولقد حاول (نوبمان وريبيرج 1989) قياس مرضى الزهايمر على تكوين عدد من الجمل، تبدأ بكلمة تم تعلمها في قائمة للكلمات. وبمقارنة أداء مجموعة المرضى بغيرهم من الاسوياء، كانت الفروق ذات دلالة عند 0.01 كما ان هناك عددا من الدراسات قد اشارت الى انه مع تعلم بعض مرضى الزهايمر المعلومات الجديدة الا انهم ينسونها بسرعة كبيرة. (السيد، 2014: 324)

ترجع اضطرابات الذاكرة بشكل رئيسي إلى خلل في آليات الترميز والتخزين والتي ترتبط بدورها بإصابة تحت قشرية sou cortical وكذلك بإصابات حصينية lésions hippocampiques (رحالي، 2018: 78)

**2.1.10 الذاكرة قصيرة المدى:** تسجل الذاكرة ذات المدى القصير الاحداث المتسلسلة في الحياة اليومية بشكل مؤقت (بوتي، 2012: 32)، وهي تعني بالاحتفاظ المدرك (الواعي) والمعالجة القصيرة للمعلومة (وذلك لفترة تدوم من ثمانية إلى ثمانية عشر ثانية، بينما تقوم بإرسال ما تبقى فيها من ذكريات إلى الذاكرة طويلة المدى (حمزة، 2015: 32).

وفي الواقع، فإن الذاكرة قصيرة المدى هي عنصر أساسي في النشاط النفسي، "فلكي تفهموا معنى الجملة التي ستظهر أمام أعينكم، يجب عليكم الاحتفاظ بالكلمات الأولى في الذاكرة" وقد سمح مفهوم الاحتفاظ بالمعلومات لضرورية في الذهن، بميلاد لفظة أخرى ستستعمل بدلا من لفظة الذاكرة قصيرة المدى، وهي ذاكرة الاشتغال التي تربط بين المعلومات الحاضرة وبين الإجراءات المنبثقة من الذاكرة ذات المدى الطويل اللازمة معالجتها (بوتي، 2012: 33). ويجدر الذكر أن الأبحاث التي تطرقت إلى اضطرابات الذاكرة قصيرة المدى عند المصاب بمرض الزهايمر تمحورت حول دراسة طاقة الاستيعاب اللغوية



حيث بينت هذه الدراسات عجز على مستوى الطاقة الخاصة بالاستيعاب (l'emplact) والذي يكون راجع إلى صعوبة في عملية معالجة المعلومة وليس إلى البنيات المسؤولة عن ذلك (حمزة، 2015: 32).

### 3.1.10 الذاكرة العاملة:

إن الذاكرة العاملة لدى مرضى الزهايمر تتأثر إلى حد كبير، فقد عرف عن مرضى الزهايمر انخفاض مدى الذاكرة لديهم عن الأسوياء وهو ما كشفت عنه تجارب استدعاء مجموعة من الأرقام، أو قوائم الكلمات، كما كشفت النتائج أيضا عن تأثير عامل الحداثة على ذاكرة المرضى الزهايمر، حيث استطاع المرضى استدعاء الكلمات في نهاية القائمة، بينما كان الاضطراب واضحا في استدعاء الكلمات الأولى في القائمة ذاتها، وقد فسر البعض هذه النتائج بفشل في النظام التنفيذي في الذاكرة العاملة (السيد، 2014: 325).

و في نفس السياق يقول (عبد القوي 2017) أن الذاكرة العاملة هي أكثر ما يتأثر فيها هو الجزء التنفيذي و خاصة الجزء البصري المكاني، و من الناحية التشريحية فتوجد تغيرات في الجزء الداخلي من الفص الصدغي و المخ الامامي و التلاموس و قشرة المخ، وتؤدي التغيرات في الفص الصدغي الى انفصال وظيفي بين حسان البحر باقي المناطق الهامة في الذاكرة (عبد القوي، 2017: 599) لكن البعض الاخر يقترح إصابة الحلقة الفونولوجية Boucle phonologique ومن جهة أخرى، تقترح ملاحظات حول العجز عن التذكر الفوري للتاريخ ان اضطرابات وسيط الاحداث Puffer épisodique (مخزن مؤقت للمعلومات) تساهم في اختلال الذاكرة العاملة عند مرضى الزهايمر (رحالي، 2018: 79)

### 4.1.10 الذاكرة الدلالية:

كانت الذاكرة الدلالية في بداية السبعينات من القرن العشرين، تحيل على فهم اللغة واستعمالها، وبصيغة أخرى فقد كانت تهم ذاكرة الكلمات والمفاهيم واليوم، تعريفها الأكثر انتشارا يتعلق بذاكرة المفاهيم والمعارف الخاصة بالعالم، بغض النظر عن سياق اكتسابها (بوتي، 2012: 40) و تضطرب الذاكرة الدلالية بدرجة كبيرة ويبدو هذا الاضطراب على بعض الأدوات التي تستخدم لهذا الغرض ، منها تسمية الصور مثلا، حيث يرى المريض صوراً للحيوانات، لكنه يفشل في تسميتها، أو أنه يعطي استجابة عامة، مثل "حيوان". كذلك أيضا يعد الطلاقة اللفظية من الاختبارات الجيدة في هذا الصدد، حيث يطلب من المريض ذكر أكبر عدد ممكن من الأمثلة على فئة بعينها و لتكن الحيوانات مثلا أو الجوامد، و ذلك في مدى

زمني صغير (60ثا). كما يكون الأداء سيئا على اختبار السخافات (الذي يضم عبارات معروفة للجميع، أو تتضمن أمورا غير منطقية، مثل البطاطس تبحث عن الطعام...). ومع تقدم مرض خرف الشيخوخة، يتزايد اضطراب ذاكرة المعاني، وتمتد من المشكلات البسيطة الخاصة بالبحث عن الكلمات الى الفقد الكامل للمفاهيم، ومن ثم كان القول بتراجع ذاكرة المعاني لدى هؤلاء المرضى. (السيد، 2014: 325)

### 5.1.10 ذاكرة الأحداث:

تعرف على أنها القدرة على التذكر بطريقة واعية لسلسلة من الأحداث التي عاشها الفرد والمعلومات متعلقة بسياق زمني -مكاني معين. هي الذاكرة المسؤولة عن تخزين تسجيل الاحداث التي نمر بها في حياتنا، فهي تتضمن تذكر أحداث بعينها، غير أن الأمر المهم في هذه الذاكرة هو أن الاسترجاع يتضمن معايشة الخبرة مرة أخرى، ومن المعتاد أن يتضمن ذلك بعض الصور المرتبطة بالحدث (السيد، 2014: 69)

قام كل من غروبر وبوشك (1987) بفحص اضطرابات الذاكرة لمجموعة من المصابين بالعتة مراقبين بذلك عملية التشفير والاسترجاع، حيث يحتوي الاختبار على 16 كلمة مرفقة بالصنف الدلالي، تتمثل مرحلة التشفير في تقديم سلسلة من الكلمات ثم يطلب من الحالة نذكر الحر للكلمات، والكلمات غير المذكورة تكون متبوعة بمؤشر وهكذا ثلاث محاولات مع تفريق كل محاولة عن الأخرى بعملية التداخل (tache interférente). وقبل المرحلة الأخيرة التي تتمثل في الاسترجاع المؤجل تقدم قائمة من كلمات سابقة وكلمات أخرى جديدة وعلى الحالة التعرف على الكلمات التي تنتمي للقائمة الأولى. وتشير نتائج هذا الاختبار إلى أن تسمية التذكر الإشاري (Rappel indicé) لدى حالات الزهايمر هي 42% أما نسبة التذكر الحر 10%، في حين نسبة التذكر الإشاري والحر لدى الحالات العادية في سن الشيخوخة هي (52% و 96%). حسب (غروبر وبوشك) بما أن بعض الكلمات لم تسترجع اطلاقا سواء في التذكر الحر أو التذكر الموجه فإن الاضطراب يقع على عدة مستويات، كما تظهر المعطيات أن الحالات لا تسترجع كل الكلمات، فبعض الكلمان المسترجعة قد تفقد في المحاولات الأخرى (تاقولميت، 2009: 36-35)

## 2.10 اضطرابات اللغة:

وفقا لـ (Découenné 1995) ، فإن اضطرابات اللغة شائعة وتلاحظ في 40% من حالات الخرف الخفيف وفي 100% من حالات الخرف الشديد. تبدأ هذه الاضطرابات بنقص الكلمات أو استخدام كلمة من نفس الفئة مثل الكلمة المراد نطقها، Paraphasie الدلالية، بعد ذلك، يقتصر التعبير الشفهي على للذهاب إلى الصمت التام. بالنسبة لـ (Mira Khorsavi 1999) يصعب تقبل هذه الصعوبات اللغوية وتجعل المريض عصبيا وقلقا (Agnès. R,2001 : 10) ومن بين هذه الاضطرابات نجد :

## 1.2.10 اضطراب اللغة الشفهية:

يلاحظ أن طلاقة المريض وقدرته على التخاطب تتغير من فترة لأخرى ففي بعض الأيام تكون جيدة وفي بعض الأيام الأخرى متردية وهذا كثيرا ما يحدث في السنوات الأولى من مرض الزهايمر (خوجة، 2018: 55)

## 2.2.10 اضطراب الكتابة:

تظهر اضطرابات اللغة الكتابية في مرحلة مبكرة من المرض، وتكون على شكل اضطرابات في النظام الحركي الكتابي، فيعاني المصاب من عسر الكتابة (Agraphie)، وصعوبة في احترام قواعد الكتابة مثل التتقيط، الفواصل... الخ (حمزة، 2015: 33)

## 3.2.10 اضطراب الانتباه:

يظهر مرضى الزهايمر أيضا اضطرابا في الانقسام الانتباه، يتسم بضعف في القدرة على إدارة الأداء المتزامن لمهمتين، مما يتطلب تخزين المعلومات في الذاكرة أولا وبالتالي، فان اضطرابات الانتباه تشكل عقبة امام تنفيذ المهام، ترتبط بالاضطرابات "أمنيزيا، أبر كسيا، أفازيا، أقنوزيا" والوظائف التنفيذية، فهي تزيد فقط من صعوبات القيام بالأنشطة وبالتالي تزج بطريقة معينة الاستقلالية الجسدية والنفسية للأشخاص المصابين بمرض الزهايمر (Eclodie.C,2009: 29)

**L'Agnosie 4.2.10:**

يصبح الأشخاص المصابون بمرض الزهايمر غير قادرين على التعرف على الوجوه والأشياء. لا تكمن المشكلة في الرؤية أو الذاكرة، ولكن في عدم قدرة الدماغ على معالجة المعلومات البصرية والسمعية والشمية وما إلى ذلك. بمعنى آخر، يدرك المريض ملامح الجسم / الوجه، لكن لا يمكنه إعطائه معنى. يمكن أن يشكل هذا الاضطراب مشاكل تتعلق بالسلامة (Lise Lucker & all,2009: 11)

**L'Apraxie 5.2.10:**

منذ ولادتنا، اكتسبنا الإيماءات شيئاً فشيئاً من خلال التمرين. يمكن أن تكون هذه إيماءات بسيطة، مثل وضع ملعقة في فمك أو استخدام مشط أو إيماءات أكثر تعقيداً مثل صعود السلالم أو ارتداء الملابس أو قيادة السيارة. لم يعد الشخص المصاب بالخرف قادراً على أداء هذه الإيماءات، حتى في بعض الأحيان أبسطها، ومع تطور المرض، حتى أنهم ينسون ماهية الأشياء والغرض الذي تستخدم من أجله. يتم الاحتفاظ بالمص والمضغ والبلع، وهي أول ردود الفعل المكتسبة، لأطول فترة. وهكذا، عندما تُفقد هذه الإيماءات القديمة، فإن الخطأ الذي يؤدي إلى تطور الالتهاب الرئوي القصي (الالتهاب الرئوي التنفسي) يمكن أن يضعف المريض إلى حد كبير ويؤدي في كثير من الأحيان إلى وفاته.

هذه الاضطرابات الحركية هي التي تفسر بشكل أساسي الصعوبات الكبيرة التي يواجهها الأشخاص المصابون بالخرف عند الانتقال من منزل إلى آخر أو في إجازة. وبالتالي، فإن التغيير البسيط للحنفيات في حمامهم يمكن أن يجعلهم يفقدون القدرة على إتمام المهمة. (Lise Lucker & all,2009 :09)

والنوع الآخر الذي يظهر على المريض أيضا هي أبرا كسيا التلبيسة أو عدم القدرة على اللباس أو وضع الثياب بشكل متناسق ولائق (تاقولميت،2009: 39)

**L'Aphasie 6.2.10:**

فالشخص الذي يعاني من مرض الزهايمر، أو شكل آخر من أشكال الخرف، تتغير اللغة. في الفترة الأولى يصبح غير دقيق؛ لتعويض هذا النقص، يستخدم الشخص تلميحات أو عبارات أو جمل تم حذف أجزاء معينة منها. كما يستخدم المريض التكرار. بمرور الوقت، تتكلم أقل فأقل، وتجد صعوبة في تسمية الأشياء الأكثر شيوعاً. تنشأ مشاكل الفهم أيضا. لم يعد بإمكان الشخص متابعة المحادثات. لم تعد

تتفاعل أو تستجيب بشكل سيئ للتعليمات البسيطة للغاية. في النهاية، تبدأ الحبسة الكلامية تدريجياً (أي فقدان التام للقدرة على التحدث وفهم اللغة اللفظية). في الوقت نفسه، تتدهور اللغة المكتوبة وفهمها أيضاً. وبالتالي، تتفاقم اضطرابات التواصل تدريجياً، مما يؤدي إلى عزلها أكثر فأكثر في التعبير غير اللفظي. ومع ذلك، حتى مرحلة معينة من المرض، يفهم المرضى الكلام بشكل أفضل مما يمكنهم استخدامه (Lise Lucker & all,2003 :11). فهي تعرف على أنها "العجز في الآلية الفكرية التي تؤثر على الفكر الرمزي وهناك نوعان من الحالات: حبسة بروكا Aphasie de Broca فالمرضى لا يتكلم إلا قليلاً ولديه ضعف في الفهم والنطق أما الحالة الثاني فهي حبسة فيرنিকা Aphasie de Wernicke فالمرضى يتحدث كثيراً ولكن لا يمكن فهمه (Agnès.R,2001 :10) وهذا ما لخصته دراسة حمزة رشيدة 2015 والتي جاءت تحت عنوان تقييم اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر وقد أسفرت النتائج على أنه يعاني من اضطراب في اللغة الشفهية وذلك على مستوى التسمية، التعبير والفهم الشفهي

#### 7.2.10 l'amnésie:

هي فقدان الذاكرة، كنسيان الأحداث العائلية التي تهمه، تكون لدى المصاب صعوبات في تسجيل المعلومات الجديدة، فلا يتذكر ما فعله منذ برهة، ويعيد نفس الأسئلة في وقت قصير، أما الذكريات القديمة فهي سليمة. مع مرور الأشهر والسنوات تتسع الإصابة الدماغية، فيصبح لدى المريض صعوبات في استحضار الأحداث القديمة. (آيت يحي،2018: 15)

#### 8.2.10 اضطراب الوظائف التنفيذية:

تتمثل في تدهور القدرة على التفكير التجريدي، التخطيط، تنظيم الوقت، مراقبة أو توقيف سلوك (تاقولميت،2009: 40)

#### 3.10 اضطرابات النفسية – السلوكية:

مع وجود هذه الأعراض المحددة، فهناك عند مرضى الزهايمر أعراض أخرى غير معرفية

ففي المرحلة الأولى، قد يكون المرضى غير مباليين والمهتمين بالأنشطة المستمرة مسبقاً، هم أيضاً قلقون وعدوانيون أو لديهم ميل للعزلة عن العالم الخارجي وفي الأخير قد تظهر عليهم الأعراض الاكتئابية كرد فعل لفقدان القدرات الفكرية (Touchon et portet,2000: 39)

في المرحلة التالية، تزداد أهمية الاضطرابات غير المعرفية، فنجد اضطرابات المزاج وخاصة الاكتئاب، في 30% من الحالات (Touchon et portet,2000 :43) ويستمر القلق وقد يظهر في شكل رهاب أو اضطرابات ذعر أو اضطرابات سلوكية حركية مثل الهياج والهروب والسلوك النمطي. تضاف الى هذه الاضطرابات، الاضطرابات الجنسية في شكل اللامبالاة أو سلوك جنسي غير متحكم فيه، وكذلك اضطرابات التغذية (غالبا يكون هناك فقدان الشهية مع فقدان الوزن كما قد نجد الشرهية وذلك ناتج عن النسيان بأنه تناول الاكل). وأخيرا اضطرابات الإخراج بحيث نجد:

**Enurésie** - عدم التحكم في عملية البول وخاصة التبول الليلي وهذا الاضطراب متداول لدى المصابين بمرض الزهايمر

**Encoprésie** - وهي عدم التحكم في عملية التبرز عند المريض بالزهايمر، و هي حالة نادرة غالبا ما تظهر في المرحلة النهائية من المرض. كما يمس كذلك اضطرابات النوم بحيث يجد المرضى صعوبة في الحصول على دورة نوم منتظمة فنجد اضطراب في إيقاع النوم / الاستيقاظ المستمر أو النوم لفترات طويلة (Touchon et Portet,2000 :44)

#### 4.10 الاضطرابات الذهانية:

وهي تميز الأشكال المتطورة بالفعل او تنبئ بتراجع السريع، بسبب خلل في وظائف الدماغ، يعاني المصابون بمرض الزهايمر أحيانا من هلوسة بصرية أو سمعية تكون في العادة مزعجة، وهم مقتنعون بحقيقة هذا الإحساس الزائف. بارتكاب أخطاء يجهلون، يخترعون ويتخيلون، لا سيما عن طريق المزج بين الماضي والحاضر. بعض المواقف متكررة ويصعب التعايش معها المحيط. نظراً لأن المرضى يفقدون معلقاتهم، فإنهم يعتقدون أنهم مسروقون، أو أن ساعي البريد لا يسلمهم بريداً مهماً. في بعض الأحيان يعاملون أزواجهم أو أطفالهم على أنهم غرباء ومحتالون، ويمكن أن يقتنعوا بأن زائراً وهمياً يعيش في منزلهم، وأحيانا يأخذون أنفسهم لشخص آخر من خلال رؤية أنفسهم في المرأة. الخطأ بين الصورة والواقع الذي يمكن أن يدفعه مثلاً إلى الحوار مع التلفاز. فقدان بقاء الشيء، مما يؤدي بالمريض إلى عدم

القدرة على تخيل وجود ما لا يوجد أمامه، وبالتالي هناك خطر الذعر عندما يكون بمفرده في غرفة مغلقة. وهذا راجع الى فقدان التوقع والتخطيط (Louis Ploton,2009 :97)

تؤدي الأحاسيس الأكثر شيوعًا إلى الارتباك، حيث يشكو المريض، على سبيل المثال، من أن طعم الحلوى مالحة، أو أن الموسيقى الهادئة عالية جدًا أو أنها تتجمد في ضوء الشمس المباشر.

تسبب الهلوسة والأوهام أحيانًا مخاوف شديدة وحتى عدوانية. يواجه الشخص موقفًا لا يستطيع السيطرة عليه (Lise Lucker & all,2009 :15)

## 11- علاج مرض الزهايمر:

إذا كان الطب اليوم حتى اليوم لا يعرف كيف يعالج مرضى الزهايمر، فهو يعرف كيف يبطنه أو يحد من تقدمه باستخدام العلاجات الطبية أو غير الطبية مع الدعم المعرفي أو غير المعرفي، يجب أن تكون هذه الاستجابات للمرض خاصة بكل مريض ويجب تعديلها لمتابعة التطور

### 1.11 العلاج الكيميائي:

يشار إلى مرض الزهايمر من خلال الاضطرابات المعرفية وكذلك النفسية السلوكية، ويمكن علاج هذه الاضطرابات بنوعين من الأدوية:

- مثبطات الأستيل كولينستيراز : les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase
- يستخدم (Tracinex cognex R) يوصف بجرعات ضعيفة بسبب الآثار الجانبية الكبدية
- يستخدم Le donepex (aricept R) et la rivastigmine (exelon R) يتم وصف هذه الأدوية في المرحلة المبكرة من المرض تعطى بالتدرج لتفادي الآثار الجانبية كالغثيان والقيء والاسهال. هذه الأدوية هي المسؤولة على تخفيض نسبة انحلال الأستيل كولين في المشبك الكولينرجي حيث يقوم (انزيم الأستيل الكولينستيراز) كما تعمل هذه الأدوية على تثبيط عمل المشبك الكولينرجي (Touchon et portet,2000 :118) (synape cholinergique) كما تؤدي هذه المثبطات إلى تدفق الدم إلى المخ أثناء تناقصه من خلال تحفيز للوصول إلى أعصاب الدماغ (خوجة،2018: 61). وأثبتت الدراسات فعالية هذا الدواء بكونه يعمل على تحسين الجوانب غير المعرفية للمرض الزهايمر كالأعراض العصبية والنفسية. وهذا ما

أثبتته (2000) Touchon حيث استخدم بعض الاختبارات معينة كاختبار L'ADAS (مقياس تقييم المرض الذي يبين أن هذه الأدوية تعمل على استقرار أو حتى تحسين المهارات المعرفية، لديه أيضا عمل على الاضطرابات غير المعرفية ولاسيما اللامبالاة وقلة الاهتمام ( Touchon et al, 2000: 119)

- يستخدم Memantine يعمل على دورة الجلوتاميك، ويبدو أن تأثيرها يزداد قوة من خلال العمل المشترك لمضادات الاكتئاب من النوع، مثبطات امتصاص السيروتونين IRS. بعض الأشخاص مستجيبون للعلاج أكبر بكثير من غيرهم بدون الوسائل المتاحة حاليا للتعرف عليهم في البداية.

بشكل عام، يتبع التطور المعرفي عن طريق اختبار التقييم العالمي للوظائف المعرفية MMSE عند استجابة للعلاج، يمكنه كسب ما يصل الى 3 نقاط في هذا الاختبار والاحتفاظ بها لمدة 6 أشهر إلى عام، بعد ذلك في الحالات الجيدة يكون الانخفاض في حدود نقطة واحدة في السنة ولكن هناك تفاوتات لا يمكن التنبؤ به في سرعة التطور، ومن هنا جاء التفكير في "المرونة ومرض الزهايمر" ( Louis Ploton, 2009: 102)

#### • الأدوية النفسية Les Psychotropes:

هذه الأدوية توصف لمريض الزهايمر لمعالجة الاضطرابات النفس السلوكية التي يستوجب علاجها لما لها آثار على المريض والأسرة المتكفلة به، ومن بينها مضادات الصرع، مضادات الذهان لمكافحة الانفعالات والعذوانية، مزيلات القلق يمكن استخدام مضادات الذهان لكن بشكل محدود لأنها تزيد من الاضطرابات المعرفية، مضادات الاكتئاب لعلاج أعراض الاكتئاب وفي شكلها المهدئ لاضطرابات النوم وتكون بجرعات ضعيفة كمنومات تيزوديازيبينيك Hypnotiques non benzodiazépiniques (Stilnox R) (Touchon et portet, 2000: 119-12)

#### 2.11 العلاج النفسي:

بالإضافة إلى الأدوية، يمكن تخفيف من بعض الاضطرابات عن طريق رعاية خاصة (للأخصائي النفسي والطبيب النفسي والعلاج النفسي الحركي)

- العلاج النفسي: يلعب الاخصائي النفسي عدة أدوار مع المريض أولا وقبل كل شيء يقوم بتقييم القدرات المعرفية للمريض باستخدام الاختبارات السيكو مترية من أجل تقديم الأنشطة الأكثر



ملائمة له (...animation) ثم يقدم لهم المساعد من خلال ورشات عمل وذلك للعمل على تحسين ذاكرتهم وحسابهم وتركيزهم، كما يكون المختص مسؤول عن تقييم الاضطرابات السلوكية (القلق، أعراض الارتباك) من خلال تحديد الأسباب ونتائج الأعراض والقيام بإعداد الإجراءات المستهدفة مع الفريق (Agnès.R,2001 :16-17)

يساعد هذا النوع من العلاج على مواجهة المواقف العصبية الكبيرة والمحتمل مواجهتها، بنجاح في المراحل الأولى لمرض الزهايمر والمريض في تلك الحالة لا يزال قادرا على قول ما يشعر به، وبترافق ذلك الأمر مع تقدم المساعدة لهذا المريض من الناحية النفسية، والذي يعمل على تخفيف الألم، وفهم المرض، وقد يتعثر ذلك العلاج أو يفقد فعاليته بسبب ضعف الإدراك والذاكرة، وحدث تفكك تدريجي للتفكير لدى المرض من كبار السن (خوجة، 2018: 63)

#### - العلاج الحركي kinésithérapie :

بسبب عدم الحركة الذي يمكن ان ينجم عن المرض والتقدم في السن، يعاني المريض من العديد من مشاكل المفاصل، وكذا اضطرابات والمشاكل المتعلقة بالعضلات وفرط التوتر، ومن أجل تخفيف على الجسم المصاب بالكدمات، يمكن للإخصائي العلاج الطبيعي أن يقدم جلسات تدليك وتمارين رياضية والتحفيز المريض على المشي (Agnès.R,2001: 17)

#### - العلاج النفسي الحركي :

من بين الأعمال التي يمكن للطبيب النفسي القيام بها مع المريض الزهايمر: استخدام تقنيات مثل الاسترخاء والتي يمكن أن يكون لها تأثير على الوترات المحتملة أو ارتفاع ضغط العضلات. يمكنه أيضا تقديم الدعم لإعادة التنشيط للاضطرابات المعرفية مثل الأبراكسيا والاضطراب التوجه المكاني... أو العمل مع المريض ليس من منظور إعادة التنشيط ولكن بهدف الحفاظ على قدراتهم، يمكن أن يتم العمل في جلسات فردية أو جماعية يمكن أن تعزز التكامل، إنه يعمل من خلال تقييم نفسي حركي مكيف يقيم الصعوبات واستعدادات المريض ويفكر في العلاج الأنسب. وإذ لم يكن التقييم ممكنا فيعمل على أساس ملاحظة النشاط التلقائي. (Agnès.R,2001: 17)

- يعتبر الاجراء الوقائي ذا أهمية متزايدة وقد أظهرت الأبحاث والدراسات أن المرضى الذين يخضعون للعلاجات القائمة على العقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات أو هرمون

الأستروجين هم أقل تأثر بمرض الزهايمر. أدت هذه الملاحظة الى تجارب علاجية التي اقترت انه من الممكن اعتبار هرمون الأستروجين سيكون له دور وقائي (Agnès.R,2001: 16)

- تم اكتشاف لقاح من شأنه عرقلة ظهور أعراض الشيخوخة المبكرة وضعف الذاكرة أو ما يعرف بمرض الزهايمر، ويعتمد هذا اللقاح الجديد على تقليص تراكم البروتين المتسبب في هذا المرض والمعروف باسم " بيتا الاميلويد"(BET Amyloïde) (خوجة، 2018: 61).

## خلاصة الفصل:

من خلال ما تم ذكره في هذا الفصل اتضح أن مرض الزهايمر هو من أخطر الأمراض التي قد يصاب بها الفرد فهو يسبب مجموعة من الاضطرابات المعرفية و غير المعرفية التي تؤدي إلى فقدان كامل للاستقلالية، مما يجعله غير قادر على خدمة نفسه و تقل وظائفه و بالتالي فهو بحاجة الى من يرعاه ، وعليه فإننا لا يمكن تجاهل عواقب هذا المرض وانعكاساته على المستوى النفسي و الجسدي للمسن المصاب بالزهايمر و التي من المؤكد أنها تؤثر على معاشه النفسي و على المعاش النفسي للشخص الذي يقوم برعايته أي مرافق المريض و هذا ما سنتطرق اليه بشكل مفصل في الفصل الموالي.

الفصل الرابع: المعاش النفسي لمرافق

مريض الزهايمر

## تمهيد:

مرافقة المسن المصاب بمرض الزهايمر ليس بالأمر الهين فهي وضعية لها صداها على الحياة النفسية للمرافق الذي يجد نفسه في بعض الأحيان مرغما على القيام بذلك. هذه الوضعية تنطبق على زوجة الابن الماكثة في البيت التي تضطر لمرافقة أم الزوج المصابة بمرض الزهايمر. فدراسة المعاش النفسي لزوجات الابن يسمح لنا بالكشف عن أهم الاستراتيجيات التي تستعملها زوجة الابن في رعاية أم زوجها ومحاولتها الحصول على كفاءتها كزوجة في المحيط الذي يعتبر رعاية المسن بمثابة إلزام ديني واجتماعي ووجداني. دراسة تأثير أعراض الزهايمر على نفسية زوجة الابن والتعرض لسمات شخصيتها والتي تساهم بدرجة كبيرة في ضبط المتغيرات التي تشارك في بلورة معاشها النفسي مع التأكيد على الجانب الثقافي الذي يلعب دورا محوريا في تجربة التكفل بالمسن. ومن خلال هذا الفصل سوف نتطرق إلى التعرف على نوعية هذه المرافقة وكذا المعاش النفسي المتعلقة بهذه الوضعية والتي تحمل أبعاد اجتماعية وثقافية وما الآثار المترتبة عنها.

## 1- المعاش النفسي Le vécu psychologique

### 1.1 تعريف المعاش النفسي

المعاش هو جمع للفعل يعيش، وإنه يشير إلى ما يعرفه الفرد أو يشعر به في حياته على وجه الخصوص خلال تجربة حقيقية والخبرات التي نتجت عن هذه الحقيقة أو من هذا الحدث إنه يشمل الأفكار والعواطف والشعور بالذات (Benamsili.L,2020 :296)

يعرفه Sureau

أما ( بريفرست C.Prevast ) "يدل المعاش على مجمل الأحداث المندرجة في سياق الوجود باعتبار أنها تلتقط قورا وتندرج من قبل الوعي الذاتي تعني الفورية وهي بلا شك ميزة أساسية لاحتجاز المعاش (عياش، 2021 : 21)

هو الكيفية التي يعيشها الفرد مع ذاته وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف وجملة الأحاسيس المؤلمة والشعور بالذنب، الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها (عبد اللاوي، 2019: 18)

ومنه نستنتج أن المعاش النفسي يشير إلى تجربة مؤلمة التي يعايشها الفرد، وهو نسبي يتغير بتغير الوضع والموقف الذي يتعرض له الفرد. فطبيعة الموقف وخصوصيته تنعكس على معاشه النفسي وتؤثر على سلوكاته وانفعالاته وبالتالي هو شعور نفسي خاص بكل فرد ولا يشترك فيه كل الناس

### 2.1 أصناف المعاش النفسي:

فطبيعة المعاش النفسي تنقسم إلى صنفين:

**المعاش النفسي الجيد le bon vécu psychologique**: يعني معاش يحتوي على مؤشرات للجلد (La résilience) والتي تظهر من خلال التوازن النفسي، الاستقرار العاطفي، مقاومة الصدمات الاستقلالية، روح الدعابة، الرغبة في الابداع والقدرة على النجاح، القدرة على تخزين الطاقة لإعادة احيائه أي قابل للتجديد، التخطيط للمستقبل.

**المعاش النفسي السيء Le mauvais vécu**: يعني معاش يحتوي على مؤشرات الصدمة ( La traumatisme) وتظهر من خلال سوء الفهم للأحداث، إنكار الواقع، الجرح العاطفي، عدم الاستقرار

العاطفي، العزلة والمعاناة النفسية، اضطراب في دورة الحياة العادية، خوف شديد، الهشاشة (Benamsili.L,2020 :296)

### 3.1 محددات المعاش النفسي:

#### أولاً: القلق (Anxiété):

##### 1- تعريف القلق:

هو 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 فتظهر ملامحه بوضوح (عبد اللاوي، 2019: 19)

يعرفه حامد زهران (2005) القلق بأنه حالة من التوتر الشامل والمستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي يرافقها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية (عياش، 2021: 38)

أما (أرون بيك) فيعرفه على أنه انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم وتقرير لخطر محتمل

وينظر إليه فيصل الزراد (1984) على أنه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد (حافري، 2016: 35)

يتضح مما سبق أن القلق هو عبارة عن خبرة انفعالية مؤلمة مكونة من الخوف وتوقع الخطر والتهديد والذي ينتج عنه تغيرات حسية داخلية أو خارجية تظهر بوضوح في أعراض جسمية ونفسية ....

##### 2- أنواع القلق:

**القلق الموضوعي:** ويسمى القلق الواقعي يحدث في مقابل مواقف واقعية موضوعية قائمة في البيئة تثير القلق فهو تجربة انفعالية مؤلمة تتجم عن خطر قادم في الخارج (حافري، 2016). هذا القلق أقرب الى الخوف ذلك ان مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب من امثلته شعور الفرد بالقلق (الخوف) انه رد فعل لخطر خارجي معروف

**القلق العصابي:** وهو نوع اخر من القلق لا يدرك صاحبه مصدره او علتة وكل ما هنالك انه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر (العام) الغير محدد وهو رد فعل لخطر داخلي غريزي غير معروف ما قد تؤدي اليه الرغبة الغريزية من اخطار خارجي

**القلق الخلقى:** ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترف أو يفكر في الاتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى من خلال مشاعر الخزي والاثم والخجل والاشمئزاز ويصل هذا القلق الى درجته القصوى في بعض الأنواع كعصاب الوسواس القهري (عبد اللاوي، 2019: 21)

**القلق العام:** وهو القلق الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامض وعائم

**القلق الثانوي:** يأتي هذا النوع من القلق كعرض ثانوي يرتبط بأعراض اضطرابات نفسية أخرى (حافري، 2016: 35)

### 3- أعراض القلق:

قسم كل من (جيرالد ماليوس) (موشي زيدنر) أعراض القلق على النحو التالي:

1/ اضطرابات التفكير تشمل على التغييرات 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 ان الجسم يستجيب للخطر بالاستعداد للهرب او المواجهة.

4/ ردود الأفعال السلوكية وهي غالبا تتضمن استجابات الهرب والمواجهة وكذا سلوكيات غير لفظية تمتاز بالتململ (عبد اللاوي، 2019: 20)

أما حافري زهية فقد قسمت أعراض القلق إلى:

1) **أعراض عضوية جسمية:** ترجع للزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السمبتاوي والبر سمبتاوي، فيرتفع ضغط الدم والشعور بالانقباض في الصدر، سرعة خفقان القلب، ضيق في التنفس، زيادة نسبة السكر في الدم فيحدث شحوب الجلد وزيادة في افراز العرق وجفاف الحلق،



آلام في المعدة، الصداع وبعض الآلام الجسدية الأخرى، وتشمل أيضا بعض العلامات الخارجية الظاهرة كالارتعاش، اتساع حدقة العين وجحوظها، وقد تظهر لدى الفرد اضطرابات النوم وضعف الشهية.

(2) **أعراض نفسية:** عدد من الأعراض النفسية التي تترتب عن القلق وتتمثل في مشاعر الضيق والخوف الشديد أو الفزع، صعوبة التركيز والانتباه، التوتر وتوقع الأسوء، الحساسية المفرطة وسرعة الاثارة، عدم الشعور بالأمن والاستقرار، الرغبة في الهروب عند مواجهة مواقف الحياة اليومية.

(3) **أعراض اجتماعية:** وتتمثل في عدم القدرة على التواصل الاجتماعي، وعلى تكوين علاقات اجتماعية، عدم التكيف في المواقف الاجتماعية وعدم الفعالية في محيط العمل أو الأسرة، شعور بالرفض والنزب من طرف الآخرين. (حافري، 2016: 36)

### ثانيا: الاكتئاب La dépression:

#### 1 - تعريف الاكتئاب:

يرى (روكلين) أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تنسم بإحساس بعدم القيمة، الشعور بالكآبة والحزن، نقص النشاط تتضمن الاضطرابات طيف من اختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة (فاروق، 2011: 250)

حسب (بشير معمري) فالإكتئاب مصطلح يستخدم لوصف مزاج او اعراض او الاضطرابات الوجدانية وتشمل الحالة الوجدانية للإكتئاب الشعور باليأس والكآبة والحزن وانقباض الصدر كما تشمل الاعراض في مجموعة الشكاوي التي تتجمع في جملة تشير الى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي الذي يتغير بحسب التكرار والمدة والشدة والمشكلة من مشكلات التي تعوق الفرد عن توافقه وتطوره ويتجسد الاضطراب الانفعالي في عدم القدرة على الحب والكراهية الى للذات ويتمثل الاضطراب المعرفي في انخفاض تقدير الذات وتشويه المدركات واضطراب الذاكرة وتوقع الفشل في كل المحاولات واستشعار خيبة الأمل في الحياة وعدم القدرة على التركيز الذهني ويظهر الاضطراب البدني في اضطراب الندم وكثرة البكاء وتناقص الطاقة والشعور بالإجهاد (باجي، 2022: 335)

أما أرون بيك فيعرفه على أن استجابة لا تكيفية مبالغ فيها ويتم وصفها نتيجة منطقية لمجموعة التصورات أو الإدراكات السلبية للذات أو للموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة. (أرون بيك، 2000)

بينما (Edelberg) فيعرفه على أنه عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي وزيادة العدوان اتجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع لدى الشخص المكتئب (حافري، 2016: 84)

## 2- أعراض الاكتئاب:

يمكن تقسيم أعراض الاكتئاب إلى أعراض جسدية وأعراض نفسية على النحو التالي:

- الأعراض الجسدية: مشكلات في النوم يكون بالسوء أو الإفراط، بطء ذهني وجسدي، فقدان أو إفراط الشهية، زيادة الوزن أو انخفاضه، فقدان الاهتمام بالعلاقة الجنسية، التعب، الإمساك، عدم انتظام الدورة الشهرية
- الأعراض النفسية: تعكر المزاج والقلق، فقدان الاهتمام بالأمر الممتعة للفرد، فقدان القدرة على الإحساس، تفكير مكتئب وأفكار انتحارية، مشكلات في التركيز والذاكرة، التوهم والهلوسة (عبد اللاوي، 2019: 24-25)

أما بيك فقد صنف مظاهر الاكتئاب إلى:

- (1) المظاهر الانفعالية: وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، وضعف الثقة بالنفس.
- (2) المظاهر المعرفية: وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجيه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرار، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية
- (3) المظاهر الواقعية: وتتضمن ضعف القدرة على الانجاز، وانعدام الميل للمثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها، والشلل في الإدارة، والرغبة في الهروب من الواقع، وتحييد فكرة الموت، وتزايد الميول الاتكالية.
- (4) المظاهر الجسمية: وتتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق، وفقدان الطاقة الجنسية، وكثرة نوبات العرق (فاروق، 2011: 361)

## 4- تصنيف الاكتئاب:

يصنف الاكتئاب إلى:

- اضطراب خلل المزاج المنقطع

- اضطراب اكتئابي جسيم

- اضطراب الاكتئاب المزمن
- ديسفوريا ما قبل الطمث
- اضطراب اكتئاب الناتج عن تعاطي الأدوية
- فرط النشاط الحركي
- اضطراب التكيف مع مزاج مكتئب (DSM-5,2013 :155)

## 2- الشخصية والبنية

### 2-1 مفهوم البنية:

عكف بارجوري على دراسة الاضطرابات النفسية وركز على المفاهيم المتعلقة بالبنية كما أكد ذلك ميشال راينوا قائلاً بأن " مسألة البنية تخصص (جون بارجوري) " (Michel.R,1993 :31)

فبالنسبة لـ باجوري "إن أساس بنية أي شخصية يعود إلى طبيعة مجمل الآليات السيكلوجية لدى الفرد والتي تنتظم بصفة خاصة لتعطي توظيف نفسي فريد من نوعه سواء من الناحية الذاتية أو من ناحية علاقاته الخارجية" (Encycolopedie,1980)

### 2-1-1 تكوين البنية:

يشير (باجوري) إلى ثلاث مراحل:

- أ- المرحلة الأولى تنطلق من الولادة: لا تمايز نفسي-جسدي، تدريجياً يبدأ التمايز للأنا مع خروجه من الهو وهذا تحت تأثير النضج والعناية والعلاقة بالأم. وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة فيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة أو نقطة تثبيت كما يقول فرويد
- ب- المرحلة الثانية: يتطور الليبدو ويتقدم في سيرورته: تطور العلاقات للموضوع وتنظيم الدوافع الجزئية وتنظيم تدريجي للآليات الدفاعية. الأنا يتطور ويستعين بالآليات الدفاعية حسب المحيط الخارجي وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات (Pulsions)
- ت- المرحلة الثالثة: مع نهاية البلوغ تتكون بنية ثابتة لا تتغير من توجيهها الأساسي مادام صاحبها لم

يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (احباط ضخم، صراعات قوية.....) فيبقى ذو بنية عصابية أو ذهانية سوية.

- وبين هاتين البنيتين توجد ما يسمى بالحالات البينية وتضم الأمراض السيكوسوماتية والسيكوباتية والانحرافات وهي لا تكتسي تنظيم وثبات البنية بل هي تنظيمات قابلة للتغير. (ميموني، 2003: 57-58)

### 2-1-2 مكونات بنية الشخصية:

حسب (بارجوري) فإن التنظيم البنيوي للشخصية ينقسم إلى ثلاثة أقسام البنية العصابية ' البنية الذهانية و البنية الحدية وتتحدد مكونات الشخصية حسب (بارجوري) حسب خمسة أبعاد:

1- مستوى النكوص الليبيدو والانا

2- نوع القلق

3- نوع العلاقة للموضوع

4- طبيعة الصراع

5- البعد المسيطر على التنظيم

6- الآليات الدفاعية الأساسية (ميموني، 2003: 58)

وفي الجدول الموالي يلخص (J.Bergeret) المكونات الأساسية للبنية الشخصية (العصابية، الذهانية والبينية)

جدول رقم (01) يبين المكونات الأساسية لبنية الشخصية (Bergeret & all,1974 : 140)

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانيزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوى نكوص اللبيدو والانا (التثبيت)
البنية العصابية	الانا الأعلى	الانا الأعلى مع الهو	من الاخفاء	الكبت، والعزل والتكوين العكسي	تناسلي	المرحلة الأوديبية
البنية الذهانية	الهو	الهو مع الواقع	من التفكك من الموت من الفناء	نفي الواقع، ازدواج الانا	اندماجي	المرحلة الفمية
البنية الحدية	مثال الانا	مثال الانا مع الهو والواقع	من فقدان الموضوع	ازدواج الصورة الهوامية، والانشطار	اتكالي	المرحلة الشرجية

## 2.2 الشخصية la personnalité

عندما نتطرق لموضوع المرافقة لا بد من التطرق لموضوع الشخصية لأن " قبل أن يكون المرافق في وضعية مرافقة هو انسان مكون من عدة جوانب تتكامل ' سمات شخصيته قد تؤثر على طريقته في تسيير وضعية المرافقة والانفعالات المصاحبة لهذه الوضعية." (Moira & all,2020 :92)

### 2-2-1 تعريف الشخصية

تعددت التعاريف المتعلقة بالشخصية نظرا لتعدد النظريات الخاصة بدراسة الشخصية، فالشخصية هي مجموعة المواصفات الجسمية والعقلية الخاصة بفرد واحد والتي تميزه عن غيره، ويعرفها روجير بيرون على أنها «مجموعة الخصائص التي تميز أي فرد عن غيره وتسمح بالتعرف عليه» ويولي أهمية كبيرة للبنيات الاجتماعية وأثرها في تشكيل بنية الشخصية " إن مختلف البنيات المتعلقة بالشخصية تتشكل وفق انعكاس مباشر للبنيات الاجتماعية" (Roger. P,2015 :30)

وتعرف الشخصية " كنسق مركب خاص بالإدراك وهو ذو طبيعة متنوعة والذي يؤثر بصفة انتقائية في السلوك " وتعرف أيضا من الناحية السيكلوجية على أنها " تنظيم يعيش في محيط بيولوجي واجتماعي يستجيب الى حاجاته الداخلية وإلى منبهات المحيط " (Anzieu,charbet,2015: 312-315)

- إن المرافق في بحثنا هي زوجة الابن، وبالتالي ومن المنظور الثقافي كونها انثى فهذا سينعكس على نمط الشخصية لديها وبالتالي على سلوكياتها

" لا شك أن ثقافة المجتمع تحدد الخطوط العامة والتنوعات السلوكية المتوقعة من الشخصيات في مراحل العمر المختلفة ووفق نوع الفرد إن كان ذكرا أو أنثى " (وصفي، 1981: 719)

### 3- الثقافة والشخصية المغربية

يستخدم الأنثروبولوجيون مصطلح الثقافة على أنه أسلوب الحياة الذي يميز مجتمع ما عن غيره من المجتمعات حيث أن الفرد يعيش في محيط عائلي، اجتماعي واجتماعي-ثقافي، يتأثر بصفة مستمرة بالعوامل البيئية وأحداث الحياة سواء السعيدة أو المؤلمة، حيث تلعب الثقافة دورا مهما في بناء شخصية الأفراد.

"المعاش الثقافي للفرد الجزائري بالإضافة إلى أنه يظهر في مجموعة أعراض ناتجة عن معاناة ما ولكن يحدد أيضا ويؤثر في تكوين كل البنية النفسية للأفراد" (Banhalal.N,2013 :44)

و تبقى الثقافة دائما ذات صلة وطيدة بالمجتمع و معاييرها "ومما لا شك فيه أن الثقافة لا توجد أبدا في فراغ و إنما هي ترتبط دائما بكل النظم و الأنساق الاجتماعية السائدة في المجتمع" (فاروق، 2008 : 17)

- أقيمت دراسات عديدة تناولت الشخصية العربية وبالضبط الشخصية المغربية حيث صنفت

قديما الشخصية المغربية ضمن الشخصيات ذات النزعة الهستيرية (برتوليبي ، 1969) وفي دراسة

أخرى لـ ( BerthelieR ,R, 1969 ) فإن الشخصية المغربية تبدو جد معقدة و متنوعة حسب المراحل العمرية و الفئات الاجتماعية ، فالقابلية للتأثر و العدوانية قد يتطابقان مع بعض الميول النرجسية و الحساسية المفرطة و هي في نفس الوقت ترجمة للنقص الواضح في ضبط الانفعالات(جايت ، 1974 ) .

وتكلم الباحثون فيما بعد عما يسمى بـ «الشخصية القاعدية العربية»

وقد ذكر Moughrabi F.M (1978) أهم السمات التي يبرزها هذا النموذج هي سمة الاحساس بالحياء، التي تتصل بفشل الفرد في الامتثال الى معايير الجماعة وفي الخوف من فقدان السلطة والانكشاف

(بن عبد الله، 2010: 29-41)

فالرجل المغربي يجد نفسه مضطرا للامتثال للمعايير الاجتماعية التي تملي عليه التكفل بوالديه وعدم التخلي عنهما وخاصة إذا كان أحدهما مريضا أو كليهما والذي يدفع ضريبة أداء هذه المهمة هي زوجته التي تصبح مجبرة على أداء دور المرافق.

#### 4- دور المرأة في الأسرة المغربية بصفة عامة والجزائرية خاصة

لعبت المرأة أدوارا مهمة في مجالات متعددة من الحياة الاجتماعية 'اقتصادية، حيث كانت تعمل داخل البيت وخارجه وقد كان حضورها قويا في الأعمال التي من المفروض أن يقوم بها الرجل ومع ذلك كل أشكال التهميش والاقصاء طالتها حيث جعلت منها مخلوقا ثانويا.

بحيث تحقق المرأة ذاتها في المجتمعات المغربية بطريقة واحدة ألا وهي الانجاب لأنه كما يقول الكاتب "الأمومة في المجتمع المغربي تعادل الوظيفة والعقم يرمز إلى التهميش" و"الزوجة المثالية في المجتمع المغربي التي تستحق التقدير والتقدير من منظور هؤلاء الاجتماعيين هي الزوجة المنجبة للأطفال الذكور." (بن عبد الله، 2010: 57-64)

وتؤكد كل الدراسات أن وظيفة الانجاب بالنسبة للمرأة هي الوظيفة الوحيدة التي تضمن لها مكانتها وتحفظ لها حقوقها "ثقافيا، العائلة الجزائرية ترى مكانتها تتحدد وفق عملية الانجاب"

(Boucebci.M ,1990 :20)

- يرى الكاتب (محفوظ بوسبسي) أن الحمل والولادة ضرورة نفسية واجتماعية بالنسبة للمرأة الجزائرية وخاصة إذا أنجبت ذكورا «المرأة الحامل تحظى بمكانة خاصة ترفع من شأنها وتضمن لها فوائد ثانوية تزداد بزيادة الأطفال خاصة اذا كانوا ذكورا" (Boucebci.M,1984 :65)

وفي دراسته للاكتئاب، للبروفسور طالب وجد أن في البيئة الجزائرية العامل الثقافي والمعايير

الاجتماعية تلعب دورا كبيرا في خلق الاضطرابات النفسية لدى المرأة وأن صحتها النفسية مرهونة بإنجاب الذكور "حتى تكون زوجة جيدة وتبلغ مقام أم الذي تنتشده عليها أن تتجب الكثير من الأطفال ومن الأفضل أن يكونوا ذكورا" (Taleb.M,2016 :130)

فالمرأة في المغرب العربي ظلت لسنوات طويلة متخلفة عن الرجل من ناحية التعليم حيث حرمت من الذهاب إلى المدرسة بسبب المنظومة الاجتماعية والثقافية التي لا طالما احتقرت المرأة وكرست دونيتها. فتقبل البنت أن يذهب أخوها للمدرسة وتعتزف بشرعية ذلك معتقدة أن هذا يلائم الفطرة.

فالمرأة سواء كانت في عائلتها أو في البنيات الاجتماعية والثقافية فهي تخضع للعادات والتقاليد التي تحكم المجتمع والتي تكتسبها من خلال التنشئة الاجتماعية والتي هي بدورها عندما تصبح أما تنقلها لأبنائها.

" الأسرة هي أهم خلية انسانية ونظام اجتماعي يؤثر على حياة الفرد خاصة فيما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية ونقل ثقافة وحضارة المجتمعات من جيل لآخر " (العكايلية،2006: 74)

أما الكاتب (مولود فرعون) في مؤلفه «ابن الفقير» (1954) فقد جسد الثقافة الذكورية التي تنشأ الفتاة عليها وكيف أن المرأة نفسها هي من تقوم بغرسها في أطفالها حيث صور لنا المشهد التي تأتي فيه البنت تشتكي للأخ الذي ضربها ضربا مبرحا وكيف أن الأم حاولت أن تقنعها بأن الأمر طبيعي جدا بل بالعكس فالفتاة محظوظة أن لديها أخ " أليس بأخيك، يا له من حظ أن يكون لك أخا، أتمنى من الله أن يحفظه لك".

إذن تنشأ البنت في هذا المحيط الثقافي الاجتماعي الذي يعزز القيم الذكورية ويؤهل الرجل في المستقبل للسيطرة على المرأة مما يؤثر بالسلب على توظيفها النفسي "فيتعلم الرجل السيطرة على المرأة في المستقبل وتربية الفتاة الصغيرة الخضوع في المستقبل للرجل وبدون شروط إنه العنف الرمزي كما سماه (Pierre Bourdier) الذي يتقبله الجميع".

فالفتاة تكون علاقتها مع العالم في جو من القبول والخضوع، عنصران يساعدان في تعزيز الاحساس بالعجز والذي يؤدي بالأنثى إلى التعامل مع أحداث الحياة بتشاؤم وانهزامية وهذا خلال كل مراحل الحياة خاصة خلال مرحلة الرشد، إنه نوع من العجز المتعلم يصحبه حالة من الانهزامية الاجتماعية المستمرة والتي لا تستطيع تقاديها" (Taleb.M,2016 :131)



كما أن الأعراف التي تميز المجتمع الجزائري تملي على الأم ضرورة الحرص على تربية الفتاة حيث تؤهل ومنذ البداية على ترك بيت أهلها والاندماج مع أهل الزوج، مع العلم أنه خلال عملية التنشئة تتعلم أن الفتاة التي تتجح في الزواج هي الفتاة التي تلتزم الصمت ولا تحتج أبدا "عليها أن تحترم التعليمات الخاصة بخدمة الزوج وبدون مناقشة، كما تحترم النظام الذي تسير عليه عائلة الزوج". (Medhar.S,1992 :39)

إن دور زوجة الابن داخل الأسرة مرتبط بدرجة كبيرة بالنظرة التقليدية التي تسود المجتمعات المغاربية، هذه النظرة التي تسهم في صقل شخصية المرأة وترسم ملامحها وتملي عليها أدوارا يتحتم عليها أداءها. "الشخصية والدور لا يرتبطان بالجنس ولكن بسلم للقيم يفرضه نموذج ثقافي معين خاص بمجتمع ما في فترة زمنية معينة" (Ingrid. P,2014 :16)

ويؤكد ذلك الدكتور بن عبد الله «قد نسلم بالفعل بأن هناك مجموعة من الأدوار في الأسرة المغاربية بقيت تخضع إلى حد كبير للتأثير الجماعي وهي غير مكترثة بالتعاليم الدينية ولا المعايير الأخلاقية. وقد تعيش الأم معاناة نفسية كبيرة بسبب الضغوطات أو بسبب اخفاقاتها في الامتثال إلى هذه الأدوار. (بن عبد الله، 2010: 65-66)

طرأت تغيرات كبيرة على المجتمع وتغيرت الأدوار الخاصة بأفرادها فبعد أن كانت المرأة مهمتها تقتصر على أشغال البيت وتربية الأطفال كما بين ذلك بن رجب «غالبا محبوسين في البيت، دورهن أشغال البيت وتربية الأطفال وهذا في ظل احترام العادات والتقاليد" (Benredjeb.R,2003 :91)

أصبحت المرأة تهتم بالتعليم والسعي للحصول على الشهادات للعمل خارج البيت ' والأم التي كانت تسعى جاهدة لتربية ابنتها وتهيئتها للزواج والخضوع للزوج أصبحت تلقنها أن المرأة سلاحها الوحيد هو الشهادة والعمل، ونتيجة للتطورات التي مست الوضع الاجتماعي والثقافي "أصبحت العائلة الجزائرية المعاصرة تعيش تناقضا بين القيم الخاصة بالعائلة التقليدية "العائلة" والتي تتسم في أغلب الأحيان بالمثالية والتي لا زالت راسخة في الذاكرة الجماعية وبين التحولات الاجتماعية" (Benhalla.N,2013 :94)

في ظل التغيرات التي مست الأسرة الجزائرية، تضاءلت الرعاية الأسرية للمسنين ووجد الرجل نفسه في

وضعية حرجة لأن المنظومة الثقافية تملي عليه التكفل بوالديه وهذه المهمة بالذات هي التي تحدد مكانته في المجتمع «الرجال يتمكنون من تيسير الحياة الاقتصادية والسياسية، فضلا عن أنهم يعمرّون البيوت ويحافظون على استمرارية اسم العائلة، يضمنون التكفل بالوالدين عند الكبر ويعززون مكانتهم في المجتمع الأبوي " (Benredjeb.R,2003 :91)

الدراسات التي تناولت التكفل بالمسنين بينت أن عبئ مرافقة المسن يقع على الجنس الأنثى وهذا ما تؤكدته دراسة طبقت في الوسط الجزائري " بينت النتائج أن كل أفراد الأسرة يساهمون في عملية التكفل بقربيهم المسن غير أن أفراد الأسرة يعتمدون على فرد واحد في جل أعمال الرعاية والتكفل غالبا ما يكون من النساء (زوجة ابنة زوجة الابن) (قاسي وغربي، 2021: 99)

في بعض الحالات يجد الابن نفسه مضطرا للتكفل أو بالأحرى مرافقة أحد والديه أو كليهما وبالطبع سيعتمد في هذه المهمة على زوجته التي تقوم بذلك في بعض الأحيان مرغمة.

فوضعية مرافقة مسن هي وضعية نفسية، اجتماعية وخاصة علائقية، فيا ترى كيف ستعيش زوجة الابن هذه التجربة خاصة إذا كان هذا المسن مصابا بمرض الزهايمر؟

### 5- مرافقة مريض الزهايمر:

إن دور الأسرة في رعاية المسن يحظى بأهمية كبيرة حيث أن الأسرة تبقى المكان المثالي الذي يمكن العيش فيه ويميل المجتمع إلى اعتبار أفراد العائلة على أنهم ملزمين برعاية بعضهم البعض وتختلف طبيعة الرعاية التي يقدمها الأفراد من ثقافة إلى أخرى كما تعتمد على عدة عوامل أهمها الجانب المادي للأسرة، على تماسكها ونوعية العلاقة بين أفرادها.

في حالة ما إذا أصيب المسن بمرض الزهايمر فإن العائلة تجد نفسها في مواجهة تحديات كبيرة بخصوص رعايته لأنه يشكل عبئا ماديا وجسميا كون الرعاية يجب أن تكون مستمرة وتمس جوانب متعددة من الحياة اليومية. وفي هذا الصدد يقول (Aubeline Vinay (2017) مع الانغماس في الخرف، المقربون يتأثرون بدرجة كبيرة جدا " (Aubeline.V,2017 :212)

غالبا ما تقع مسؤولية المرافقة على عاتق أحد أفراد الأسرة الأكثر قربا للمريض كالأبناء وفي بعض الأحيان يقوم بهذه المهمة زوجة الابن وهو موضوع بحثنا، وتتم المرافقة على مستويين:

## (أ) على المستوى التطبيقي:

إن مرض الزهايمر يؤدي إلى تدهور قدرات المريض بصفة تدريجية ويفقد الاستقلالية بمرور الوقت، مما يدفع العائلة إلى إعادة النظر في الأدوار المخصصة لكل فرد حيث أن كلما كانت الاضطرابات المصاحبة أكثر حدة كلما أصبحت مهمة المرافق شاقة واختل التوازن داخل العائلة وهذا ما يؤكد

(Piegel) عندما كتب عن المحيط العائلي الذي يكون فيه أحد الأفراد يعاني من اضطراب عقلي حيث تكلم عن صراع الدور " و مع ذلك نجد دائما منابع تصدر منها ضغوط تؤدي إلى اختلال التوازن، من بين هذه المنابع صراع الدور" و في نفس السياق يواصل " الصراع بإمكانه أن يخزن من قبل أفراد العائلة و يخلق صراعات شخصية فيما بينهم في نفس الوقت داخل العائلة و خارجها. من الطبيعي أن الوضعيات التي يكون فيها صراع الدور، يحدث فيها اختلال التوازن " (Ivan & all,1980 :46)

كل أفراد العائلة يبذلون استعدادهم لرعاية المسن ولكن الواقع يبين أنه الكاهل يقع على فرد واحد الذي يجد نفسه أمام مجموعة من الأعراض المتداخلة مع الأمراض المزمنة وفي بعض الأحيان يفقد المسن الاستقلالية مما يزيد مهمة المرافقة تعقيدا.

إن فقدان الاستقلالية تجربة صعبة على الشخص المسن وعلى أسرته لأن التكفل يكون في كل جوانب الحياة وفي كل أنشطتها من إلباس الشخص وأخذه إلى الحمام وغسله، تغذيته واعطائه الأدوية وفي الوقت المحدد لها.

حيث أن هناك ما يسمى بالعمر السيكولوجي للمسن ويتحصل عليه بأداة تقيس الاضطرابات النفسية والعقلية ويعرف بأنه حالة من الاضمحلال تعتري امكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدراته على استغلال امكاناته الجسمية والعقلية في مواجهة ضغوط الحياة" (القناوي،1987)

فالشخص المسن المصاب بالزهايمر يصبح في حالة عجز تجعله في تبعية مستمرة للمرافق هذا بالإضافة إلى مختلف الأعراض التي تظهر عليه "هذه الأعراض النموذجية للمرض التي تبدأ بتكرار الأسئلة وتنتهي إلى العدوانية ويتخلل ذلك المشي بصفة مستمرة وبدون هدف، فقدان المعالم وعدم التعرف على المقربين" (Moira & all,2020: 98)

فيجد المريض بالزهايمر صعوبة في التواصل، فيحدث لديه نقص في السيولة اللفظية وبالتالي في قدرته

على التخاطب مما يؤثر على المرافق الذي يجد صعوبة في فهم المريض خاصة عندما يتطور مرض الزهايمر ويصبح خطاب المصاب مركب من كلمات غامضة.

من أهم أعراض الزهايمر اضطرابات الذاكرة والتي تكون مصحوبة بمشاكل في التوجه الزماني والمكاني الأمر الذي يزيد مهمة المرافق تعقيدا حيث تبدأ أعراض النسيان في التفاقم تدريجيا وتصيب ذاكرة الأحداث فتجعل المريض بالزهايمر عاجزا عن استرجاع فترات مهمة من حياته الشخصية.

" بواسطة العلاقة مع المرافق الذي يعد واجهة المريض يصبح المحيط العائلي دعما عاطفيا أساسيا وضمان للذاكرة الخاصة بهوية المريض " (Aubeline.V,2017:231)

تزيد معاناة العائلة والمرافق خاصة عندما يتطور الاضطراب ويصبح المريض غير قادر على التعرف على الأوجه المألوفة وأكثر من ذلك عندما لا يتعرف المريض على أبناءه.

#### (ب) على المستوى العاطفي والتعلق:

يحتاج الشيخ المسن و خاصة إذا كان مريضا إلى دعم نفسي ،عاطفي و جداني ، في هذا الجو الذي يتم من خلاله التفاعل الذاتي في العلاقات العائلية يتجسد مفهوم التعلق "في مرض الزهايمر المحافظة على علاقات عائلية متينة و مساندة تعزز هوية الفرد و يتحقق ذلك بواسطة العامل العاطفي ، فإبقاء الفرد في وضعية علائقية و لغوية تعني جعله انسان كما تعني أيضا إعادة إحياء و تجديد وظيفة التفكير ويتم هذا عن طريق العاطفة " و يضيف الكاتب Aubeline Vinay متكلما عن الدور العاطفي للمرافق " عليه أن يزيل حالة التسمم و عليه أن يفهم الانفعالات السلبية للمريض حتى يتمكن من تغييرهم أو تحويلهم " (Aubeline.V,2017 : 233)

إن تجربة الفقد تعد محورية في معاش المسن " مرحلة الشيخوخة تتميز بفقدان دائم أو مؤقت يتجاوزها الفرد بصعوبة نوعا ما، فقدان شخص عزيز، فقدان قدرة عضوية، فقدان وظيفة .... هذه الخسائر هي "حوادث الحياة"، يمكن أن تكون صادمة جدا، تقع كالصاعقة أو تكون مدمرة "

ولعل التعريف المناسب للمسن هو الذي قدمه (Julian Ajuriaguerra) "أن تكون مسنا هو أن تعرف من الموتى أكثر مما تعرف من الأحياء" (Christian.H,2021 :8384)

فمرض الزهايمر لا يتعلق أبدا بفرد واحد وإنما يتعلق بالعائلة ككل وخاصة المرافق وتعد "العلاقة مع

الشخص الذي تقدم له الرعاية مفتاحية في المعاش اليومي للمرافق" (Moira & all,2020 :104)

وقد حددت نظرية القافلة **Gonvoy Theory** معالم الرعاية التي يحتاجها المصاب بالزهايمر

حيث أن مقدار المساندة يعتمد على أفراد الأسرة الذين يعتبرون مصادر أساسية لرعاية المسنين ويندرج ذلك تحت مصطلح تواصل الأجيال وتؤكد على أهمية العلاقات الحميمة عبر أعضاء الشبكة الاجتماعية في رعاية المسنين، حيث تقوم هذه العلاقات على أربعة وظائف أساسية عند التواصل بين المسن وأفراد أسرته المقربين:

-التعبير الذاتي وهي التعبير عن المشاعر والوجدان

-التوضيح الذاتي وهي احساس المسن بأنه مفهوم من الآخرين

-الضبط الاجتماعي وهو شعور المسن بأن الآخرين في حاجة إليه لما يملكه من خبرات

-التصديق الاجتماعي وهو شعور المسن بالتأكيد والموافقة على سلوكه وآراءه من خلال الآخرين

ويعرف القائم بالرعاية الأسرية حسب ما جاء به (مروى محمد شحاتة) بأنه الشخص الذي ينهض بمسؤولية أولية لرعاية قريب كبير في السن "القائم بالرعاية من الأسرة يشغل مكانا واضحا في المجتمع، له توقعات سلوكية ترتبط به " وهي تزود متلقي الرعاية أي الشخص المسن بكل من المساندة الجسمية والوجدانية او العاطفية (شحاتة، دس :24-26)

كما يجب أن يكون الجانب الانفعالي حاضرا بقوة مع فئة المسنين والذين يعانون من مرض الزهايمر، لأن توفير الجو الذي يشعرون بالأمان ضروري جدا ولا يتحقق هذا الأمر إلا بتعلق آمن.

## 6-حيثيات المرافقة لمريض الزهايمر وانعكاسها على المعاش النفسي للمرافق

المرافق يكون في مواجهة يومية للضغط، ترتيب الحياة اليومية، التكيف مع أعراض المرض الخ...، وفي نفس الوقت يجب أن يسير الانفعالات الناتجة عن العلاقة مع المريض. وتبين الدراسات أن عملية المرافقة تؤثر بدرجة كبيرة جدا على نفسية المرافق "الإمام بالمرض لا تمحي حيثيات الخاصة بعلاقة المرافقة التي تجعل المرافق يدخل في دوامة من العواطف سماتها الإحساس بالذنب ' الخجل، اليأس من الإحساس بالفاعلية والقدرة على تحقيق المتعة، القلق وخاصة القلق من فقدان القريب (Aubeline.V,2017 :235)"

ولفهم العوامل التي تجعل من المرافقين فئة هشّة عكفت الدراسات على قياس ما يسمى بالعبء « Le fardeau »

حيث قسموا العبء إلى نوعين العبء الذاتي والعبء الموضوعي. العبء الموضوعي يتمثل في الصعوبة الموضوعية لدور المرافق، أما العبء الذاتي فيتمثل في إدراك المرافق للدور الذي يقوم به وصعوبة هذا الدور " (Moira & all,2020 : 92)

ترتبط عملية المرافقة بعاملين:

#### ❖ العامل الأول: درجة الاستقلالية

ويعرف فقدان الاستقلالية بـ " تناقص القدرة في انجاز بعض المهام الحياة بدون مساعدة الآخرين يتمركز فقدان الاستقلالية على مشكل في الأداء الوظيفي للمهام التقنية والفنية وذلك نتيجة تدهور القدرات العقلية والجسدية" (Robin et Stephane,2014 :13)

وتؤكد الدراسات العلاقة الارتباطية بين درجة الاستقلالية وحالة الإرهاق لدى المرافق والتي تصل في بعض الأحيان إلى الاحتراق النفسي Le Burn-out "فكلما انخفضت درجة الاستقلالية كلما كان المرافق معرضاً للإجهاد الانفعالي" (Moira & all,2020 :98)

وكلما زاد تدهور القدرات الجسمية والعقلية للمصاب بالزهايمر كلما أثر ذلك على جودة الحياة لدى المرافق ويؤدي إلى " تدهور نوعية الحياة بصفة عامة" (Moira & all,2020 :106)

#### ❖ العامل الثاني حدة الأعراض:

مجموعة الأعراض النفس-حركية والتي تسمى الأعراض " الغير معرفية" تشكل مصدر إرهاق متكرر للمقرب الذي يجد نفسه في مواجهة هيجان، تثبيط وعدوانية المريض" (Aubeline.V,2017 :232)

كما يعد تناذر " قودوا " Le syndrome de Godot من أهم العوامل التي تشكل ضغطاً على المرافق ويعني هذا التناذر "تتبع خطوات الآخر وملاحقته أينما ذهب" (Engasser.O,2015 :29)

إنه نوع من الآليات الدفاعية يلجأ إليها المريض لمحاربة القلق بحيث يعكس حالة نكوص تلاحظ عند المصابين بالزهايمر "في جو من عدم الإحساس بالأمان، وبملاحق القلق، يصبح المريض يطلب المساعدة

من المرافق بطريقة مفرطة. هذا النمط من التعلق يؤدي إلى حالة من التمسك الشديد بالمرافق تجعل هذا الأخير غير قادر عن التملص. المطالبة القوية بحضور المرافق والتي تأخذ في بعض الأحيان صفة قهرية، تجعل المريض لا يتقبل بسهولة ابتعاد أو غياب المرافق. هذه التبعية العاطفية تخنق المرافق" (Aubeline. V,2017 :233)

وضعية التعلق هذه تؤثر كثيرا على المرافق حيث يجد نفسه في حالة ضغط شديد وفي نفس الوقت إذا ابتعد عن المريض الذي يرافقه وتهرب منه يصبح فريسة للإحساس بالذنب "حيث أن توظيف قريبه المريض بخصوص فقدان ينعكس عليه، فيجد نفسه في وضعية تجاذب بين البقاء في علاقة مع قريبه المريض (وحيثما يكون عرضة لأن يضيع معه) أو يبتعد عنه (لكي يحمي نفسه). ما يصطلح عليه

« Le fonctionnement en miroir » (Aubeline. V,2017 :231)

بالإضافة إلى عامل درجة الاستقلالية وعامل حدة الأعراض هناك عوامل أخرى أهمها كون المرافق يقوم بهذه المهمة وهو راض أم مرغما لأن "كون المرافق يقوم بهذه المهمة مرغما فهذا يكون عرضة للإصابة بالاحترق النفسي" (Moira & all,2020: 95-96)

وإذا كان المرافق أبا أو أما فهذا يشكل عبئا كبيرا عليه " كون المرافقة تكون أما فهذا يعد حملا إضافيا على عاتقها. الدراسات بينت أن المرافقة تزيد من احتمال الإصابة بالاحترق النفسي الأبوي" (Le Burn-out (parental (Moira et autre,2020 :92)

" في بعض الأحيان تكون الأم جد منشغلة بالأشغال المنزلية وتربية الأطفال، ومكانتها تتجرد من دورها كزوجة أو كأم جيدة...مما يجعلها هشة وفي بعض الأحيان سلبية وقد تصاب بالرهاب" (Benhalla N,2013 :56)

فبتسجيل غياب دعم المحيطين للمرافق الذي يعتني بالمرافق خاصة إذا كان هذا الأخير فاقدا للاستقلالية قد يؤثر بدرجة كبيرة على نفسية المرافق، حيث أثبتت البحوث أن المتكفل الملائم للقريب فاقدا للاستقلالية لمدة طويلة ودون مساعدة الغير يكون عرضة للانهايار العصبي" (Clement et Lavoie,2005)

وإذا كان دعم المحيطين للمرافق مهما، فإن دعم الزوج لزوجته المرافقة أيضا يحضى بأهمية كبرى "الجو الذي يسود الحياة الزوجية يدفع بالمرافق إلى الأمام، فهو يعطي احساسا للطرف الآخر بأنه ليس

وحيدا في عملية المرافقة حتى لو لم يساعد في هذه العملية" (Moira & all,2020 :103)

تعزف زوجة الابن عن طلب المساعدة في العناية بالمريض لأن هذا يشعرها بالنقص خاصة عندما تقارن نفسها بنساء أخريات تمكن من رعاية المسن المريض ويؤكد (Moira Mikolajazak) وهو يتكلم عن المرافق "شعور بالخجل نتيجة عدم القدرة على أداء دوره، هذا الدور الذي تمكن الآخرون من القيام به والاستمرار في ذلك" (Moira & all,2020 :106)

فالتناء والتقدير الاجتماعي الذي تحصل عليه زوجة الابن نتيجة رعايتها لأم زوجها يزيد من ثقته بنفسها وتقديرها لذاتها " يعد التقدير الذاتي الذي يناله الفرد من مجتمعه جراً قدرته على أداء المهام الاجتماعية والالتزام بها من أهم أبعاد تقدير الذاتي لدى الفرد" (سينجم وآخرون،2005: 26)

في الأخير تجد زوجة الابن نفسها فريسة لمشاعر الذنب، الغضب، مشاعر القلق والاكتئاب والشعور بالإحباط والفشل مما يجعلها عرضة للاضطرابات النفس-مرضية.

#### 7- مرافقة مريض الزهايمر واضطرابات النفس - المرضية:

التعامل مع مريض الزهايمر يعد مصدراً للقلق والتوتر كما يشكل ضغطاً كبيراً من شأنه أن يؤثر على الصحة النفسية للمرافق فتبين الدراسات أن الاضطرابات النفس-مرضية لدى المرافق مرتبطة بأعراض الزهايمر حيث أن المرافق يقضي جل وقته في متابعة وحراسة المريض الذي قد يعرض نفسه للخطر أو يهرب من البيت، ناهيك عن العدوانية الجسدية واللفظية، والنتيجة هي انهيار المرافق.

أقيمت دراسات على عينات من الأشخاص الذين يقومون بأعمال جد مرهقة وقد تبين أنهم استنفدوا كل طاقاتهم فبعد مدة معينة يتم خلالها استنفاد كل الطاقات المخزنة، ينهار الجسد والدماغ كلية وبدون سابق انذار" (Cathy. A,2021 :47)

ويشير الكاتب إلى أن استنفاد الطاقة يعود إلى محاولات الفرد التكيف بصفة تفوق طاقته حيث يستجيب كل فرد حسب جيناته الوراثية، تاريخه والظروف المحيطة. (Cathy. A,2021 :50)

نفس الأمر ينطبق على الشخص الذي يقوم بمرافقة المسن المريض حيث تشير الدراسات المتعلقة بالمرافق إلى وجود علاقة بين ارتفاع الإرهاق النفسي وظهور أعراض التناذر قلق-اكتئاب « Le syndrome de Anxieux-Dépressif » مصاحباً لانخفاض مستوى جودة الحياة «استنفاد مصادر



الطاقة للمرافق تشكل سريرية الاكتئاب وبالتالي توسع المشاكل المتعلقة بوضعية المرافقة على كل حياة الفرد " (Moira & all,2020 :107)

الدراسات تبين أن مهمة مرافقة المسن يقع عبئها على فرد واحد وفي أغلب الأحيان تكون من جنس أنثى وهذا يتماشى وموضوع بحثنا الذي يتطرق للمعاش النفسي للكنتة التي ترافق أم الزوج. هذه المهمة التي تتطلب جهودا مضاعفة وتمنعها من تخصيص وقتا للراحة والمشاركة في الحياة الاجتماعية وهذا ما سمته الباحثة (كراسكو) "التكاليف الغير مرئية للرعاية" (Carrasco.C,2007 :33)

فإذا كانت زوجة الابن تعيش مع المسن المريض في نفس البيت فهذا يزيد من عبئ مرافقتها ويجعلها عرضة للاضطرابات النفسية " فكلما زادت مدة عيش المرافق مع الشخص الذي يتلقى الرعاية، فكلما كان المرافق عرضة لاضطراب الأنبة ويؤدي ذلك بمرور الوقت إلى الوهن"<sup>1</sup>

الأبحاث التي تناولت الاضطرابات النفسية عند المرأة تبين أن توظيفها هش بالنسبة للرجل حيث أن اضطراب الاكتئاب مثلا يمس جنس المرأة أكثر من جنس الرجل، فحسب المنظمة العالمية للصحة، فإن المرأة معرضة للاكتئاب بدرجة كبيرة مقارنة بالرجل. وهذا راجع إلى "موروث خاص " فـ50% الاضطراب ومرتبب نوعا ما بكونها مرأة يضيف الكاتب في نفس الموضوع معترضا لما جاءت به المنظومة الاجتماعية الثقافية والأدوار التي تفرضها على المرأة «» فهذا يعود للتركيبية البيولوجية الخاصة بها ولكن أيضا الأدوار الاجتماعية المتعددة التي يجب أن تقوم بها مما يجعلها معرضة إلى الضغط بالخصوص والذي ينجم عنه أضرار التي قد تؤثر على صحتها " (Taleb M,2016 :129-130)

وفي دراسة أقيمت على مرافقي مرضى الزهايمر تؤكد أن نفس هذه التركيبية البيولوجية الخاصة بالمرأة تحول دون استخدام الأنثى لاستراتيجيات تكيفية في إدارة الانفعالات وذلك خلال وضعية المرافقة لمرضى الزهايمر. " الإناث يغلب عليهن الجانب الوجداني كما أنهن أ أكثر ميلا من الذكور إلى الاجترار

للانفعالات السلبية والتركيز على خبراتهن الانفعالية أثناء مرافقتهن لقریب مريض بالزهايمر " (بن ختیش وبوشدوب، 2022)

وعليه فالتكيف مع الأحداث الضاغطة ضروري جدا في وضعية المرافقة، فهو يرفع من درجة جودة الحياة

<sup>1</sup> « Plus l'aidant habite depuis longtemps avec la personne aidée, plus l'aidant est à risque de dépersonnalisation, suggérant un émoussement au cours du temps » (moira & all,2020 :100)

وهذا ما أكده الباحث رجب رضا عبد القوي 2018 " ان درجة الشعور بجودة الحياة لدى الفرد مرتبطة بالنمو الانفعالي وبقدرته على التحكم في المشاعر السلبية والتكيف مع الضغوط التي تواجهه"  
(رجب رضا، 2018 :151-188)

## خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم ابراز الدور الجسيم التي تقوم به زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر، هذا الدور الذي يعد دورا اجتماعيا بالدرجة الأولى بحيث أن زوجة الابن تحاول أداء واجبها رغم كل الضغوط والصعوبات التي تواجهها ويكون ذلك على حساب راحتها ونشاطاتها الاجتماعية تحاول زوجة الابن التكيف مع تجربة المرافقة بكل ما تحمله هذه التجربة من مشاعر الحزن الغضب، الإحساس بالذنب والشعور بالدونية، وحين تغشل في التكيف وخاصة إذا لم تجد الدعم من المحيط فحينها تصبح فريسة للاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب.

الجانبة التطبيقية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية  
للدراسة الميدانية

**تمهيد:**

بعد تناول هذا الموضوع من جانبه النظري أينا قمنا بتحديد اشكاليته وأهدافه ثم الأهمية، سوف نتطرق إلى جانبه التطبيقي والذي هو أساس وعماد كل بحث علمي ففيه يتم وضع البحث في سياقه المنهجي الذي تتبعه الباحثة، وعلى هذا الأساس خصص هذا الفصل من الدراسة للإجراءات المنهجية التي تم الاعتماد عليها والمتمثلة في الحدود المكانية والزمانية والبشرية، كما وضحنا المنهج المعتمد والأدوات التي تم استخدامها لجمع المعطيات.

إن أساس البحث العلمي هي المنهجية التي تعد بحثاً منتظماً ومسلك الذي لا يكون بمحض الصدفة وإنما ثمرة نشاط عقلي مبذول بكل دقة وتخطيط وتوثيق للنتائج كما تساعد الباحث على كتابة البحث على نحو كامل وشامل كما تساهم في تمهيد الطريق للبحث العلمي لإجراء الفحص اللازم للفرضيات التي تم طرحها في خطة البحث.

فالمنهجية مهمة لأنها أداة فكر وتفكير وتنظيم، أداة عمل وتطبيق، أداة تخطيط وتسيير، كما أنها أداة فن وإبداع. فهي الطريقة التي يتبعها العقل لمعالجة أو دراسة موضوع أو مسألة ما من أجل الوصول إلى نتائج معينة وتكون عملية ومقصودة، كما تعني تعلم الإنسان كيفية استخدام مكاسبه الفكرية وقدراته العقلية، أحسن استخدام للوصول إلى نتيجة معينة بأقل جهد وأقصر طريقة ممكنة (بن رقية، 2008: 02).

**1- منهج الدراسة:**

المنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة دقيقة (Roger. P,1973 :71) وهو الطريقة التي يتبعها العالم في دراسة الظاهرة وتفسيرها ووصفها والتحكم فيها والتنبؤ بها، كما يتضمن المنهج ما يستخدمه الباحث من أدوات ومعدات مختلفة (العيساوي، 1957: 18) كما يعرف على أنه مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه. وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث إذ هو الذي يسير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد مساعي المشكلة وفرضيات البحث (زرواتي، 2008: 176)

ونظرا لتشعب وتنوع المواضيع في العلوم الانسانية والاجتماعية واختلاف المناهج وتعددتها باختلاف مواضيعها المطروحة وعليه فكل دراسة تتطلب منهج بحث الذي يساعد على الوصول إلى الغاية المرجوة والهدف المسطر وعلى الباحث اختيار المنهج الملائم. إذن فالمنهج هو السبيل الذي ينتهجه الباحث بهدف دراسة المشكلة التي طرحها والذي من خلاله يتمكن من تحقيق الأهداف المحددة في الدراسة. وعليه فقد اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي لأنه يخدم موضوع دراستنا المتمحور حول المعاش النفسي للكنة المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر ولا يمكن دراسته باستخدام منهج آخر.

### 1-1 المنهج العيادي:

وهو الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة التفسير النفسي بهدف تكوين بنية واضحة عن الحوادث النفسية التي تصدر على الفرد (Roger. P ;1973 :37)

بحيث يقوم المنهج العيادي على دراسة وفهم السلوكيات الانسانية من خلال تحديد كل ما هو نوعي فردي لدى الفرد في وضعية محددة (Sillamy.N ;2013 :58)

هو الدراسة الاكلينيكية التي تتميز بدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها وملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية خاصة ولكن الهدف هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة إليه.

كما أنه يعتبر نموذجا للمقاربات المرتكزة أساسا على الفرد كدينامية نفسية وعلائقية وذلك عن طريق دراسة الحالة.

يعرفه دانيال، على انه تناول السيرورة في منظورها الخاص وكذلك للتعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك اعطاء معنى للتعرف على بنيتها وتكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها (Rauchin.M,1992 :113) وهو أحد المناهج الرئيسية في الدراسات النفسية ويقوم على أساس دراسة الحالة.

### 2-الحدود المكانية والزمانية

بعدما تم ضبط موضوع الدراسة والموافقة عليه تحت عنوان المعاش النفسي لزوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر (دراسة عيادية لحالتين) ثم اجراء الدراسة الميدانية في عيادة النفسية

التي تشرف عليها الدكتورة بن عمارة نظيرة الواقعة بحي مزيان بولاية عين تموشنت، في الفترة الممتدة ما بين 10 / 03 / 2022 إلى 19 / 05 / 2022

### 3- عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من حالتين تم اختيارهما بطريقة قصدية أي بالاعتماد على المعاينة القصدية والتي يعتمد فيها الباحث على أن تكون العينة من وحدات بعينها لتوفر خصوصيات في هذه الوحدات وفيها يستخدم الباحث ذاتية والحكم الشخصي لتلائمها وتناسبها مع موضوع الدراسة وكونها تحقق أهدافها وتكون وفق شروط يضعها الباحث تتمثل في توفر خصائص محددة مجتمعة في أفراد العينة وتكون مبنية على معلومات مسبقة وانطلاقاً من هذا فقد اعتمدت الطالبة على انتقاء حالتين تتوفر فيهم الشروط التالية مجتمعة:

- أن يكون أفراد العينة من جنس (أنثى)

-الصفة الاجتماعية أن تكون (كنة) زوجة الابن

-أن تكون (الحماة) أم الزوج مصابة بمرض الزهايمر

-أن تكون زوجة الابن المرافقة بصفة دائمة ماکثة في البيت

### 1.3 خصائص عينة الدراسة

جدول رقم (02) يبين خصائص عينة الدراسة

الحالات	الجنس	السن	المهنة	مدة المرافقة
الحالة الأولى	انثى	44	ماکثة في البيت	24 سنة
الحالة الثانية	انثى	52	ماکثة في البيت	20 سنة

يظهر من الجدول أن عينة الدراسة اشتملت على حالتين من جنس أنثى وهذا توافق لوجود معيار الجنس كشرط لاختيار عينة الدراسة خاصة وأن الحالتين كانت لديهم الرغبة والاستعداد لأن تكون العينة محل



دراسة، وكنيتهما كانت مرافقتهم بصفة دائمة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر ولمدة طويلة وهذا أهم شرط من شروط اختيار العينة.

#### 4- أدوات الدراسة:

في البحوث الميدانية يلجأ الباحث إلى الميدان مباشرة للحصول على المعلومات اللازمة لعملية البحث وغالبا ما يستعين الباحثون بأداة أو أكثر والتي تعتبر من أساسيات العمل الميداني إذ أن أدوات الدراسة هي التي توفر المعلومات الأساسية التي سيبنى عليها مضمون البحث الميداني كاملا. وتختلف وتتعدد هذه الأدوات ويتم تحديد أي من هذه الأدوات الأنسب، يرجع ذلك إلى طبيعة المنهج وحجم العينة ونوع المشكلة محل البحث. وفيما يلي نتناول الأدوات التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة:

#### 1.4 الملاحظة العيادية:

في الممارسة السريرية، تشير الملاحظة إلى فعل إدراك الواقع باهتمام من أجل فهمه بشكل أفضل وهي تظل طريقة مستخدمة على نطاق واسع لجمع المعلومات ذات الصلة بالموضوع لذلك فإن الغرض هو تحديد عدد معين ومن الحقائق التي +يمكن من خلالها تكوين فرصة تخضع للتحقيق التجريبي

كما تعد الملاحظة العيادية من الأدوات الهامة التي يتسنى على الأخصائي النفسي الكلينيكي استخدامها بفن ومهارة عالية. ويعرفها N. SILLAMY بأنها المنهج الذي يتيح للباحث ملاحظة السلوك الفردي وتعبيراته، إيماءاته، طريقة كلامه واستجاباته ( Sillamy.N ;2003 :184 ) كما أنها تعتمد على المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة (سالم، 2012: 169)

والموضوع الأساسي الخاص بها هو معرفة حقيقة النفس *La réalité psychique* والمقصود هو العالم الداخلي للحالة *le monde interne* والوذي يظهر على السلوك بحيث الملاحظة العيادية لا تقتصر على ملاحظة الاستجابات والسلوكيات الظاهرة بل كذلك بمجموع التفاعلات والسلوكيات اللفظية وغير اللفظية (*les dits et les non-dits*) والتي تشكل معلومات أساسية للأخصائي مما يسمح له بفهم الحالة فهما دقيقا وكذا تحديد توظيفها النفسي. وهذا ما أكدته كل من (Pedinielli et Chahraoui, 2003) حيث قال إن مشروع المراقبة السريرية يهدف إلى تحديد الظواهر السلوكية المهمة والتي يمنحها معنى من خلال

إعادة وضعها في ديناميات وتاريخ الموضوع وكذا في سياقاته، وعليه فمجال الملاحظة لا يقتصر على ملاحظة الاضطرابات ولا إلى الملاحظة التحليلية النفسية وإنما يتعلق الأمر بجميع السلوكيات اللفظية وغير اللفظية والتفاعلات في الإشارة الى الذاتية واللاذاتية (Jean Louis et Fernadez,2006 :47)

- واستخدمت الطالبة الملاحظة المباشرة. أثناء المقابلات العيادية، حيث يتم رصد تغيرات الوجه، نبرات الصوت، حركات الجسم، المظهر الخارجي، ردود أفعال الحالة أثناء الإجابة عن الأسئلة والاختبارات النفسية المطبقة عليها

#### 2.4 المقابلة العيادية:

تعرف المقابلة على أنها علاقة ديناميكية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر كما يعرفها Yves Jacobi بأنها هي قبل كل شيء هي رابطة تشكل مساحة تبادل الكلمات واللغات (Yves Jacobi,2012: 08).

فمن خلال هذان التعريفان نستنتج أن مختلف أشكال المقابلات تتميز بميزة مشتركة وهي "التبادل اللفظي". أما المقابلة العيادية فيميزها الطابع الطبي الذي يبرز في مصطلح "العيادي" والذي يوحي من خلاله على أنها وسيلة للمساعدة والتشخيص والعلاج في نفس الوقت. كما يرى (روتر) 1948 بأن المقابلة العيادية تعد من أهم الوسائل البحثية في المنهج الاكلينيكي حيث لا يعتمد الاكلينيكيون خلال دراسة الحالة على أية طريقة للحصول على معلومات وبيانات عن المفحوص بالقدر الذي يعتمدون فيه على المقابلة (روتر، 1948: 114). لذلك فالمقابلة العيادية هي الأسلوب المفضل للوصول إلى المعلومات الشخصية (تاريخ الحالة، التمثلات، المشاعر والعواطف والخبرة) التي تبرهن على تفرد الفرد وتعقيد الموضوع (Jean Louis et Fernadez,2006 :49)

وفي نفس الصدد يقول محمود ياسين (1986) بأنها علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين الأول هو الاخصائي والثاني هو الشخص الذي يتوقع المساعدة النفسية محورها الأمانة وبناء علاقة ناجحة ما يجعل هذه العلاقة تتميز بتباين الطلب. وعليه فالمقابلة تأخذ بعد علائقي (الاخصائي/المريض) يحمل نوعين من العلاقة الأول هو علاقة مفروضة أي أن الأخصائي لا يختار حالته من جهة، كما أنها ليست وصفة أو تقنية مجربة فهي لقاء حقيقي مختلف باختلاف الحالات ويجب إعادة اختراعه دائما هذا من جهة أخرى. (Ives Nougé,2001 :01) أما النوع الثاني فهو علاقة غير متكافئة من حيث الدرجة

فهناك إحصائي يتم تحديده من خلال وظيفته ومنصبه أثناء التبادل وعليه التحلي بخصائص مميزة بأن يكون موضوعي، متعاطف وحيادي (Jean Louis et Frenadez,2006 :49) ويليه المفحوص الذي يقدم الطلب للإحصائي وهو بحاجة إلى المساعدة والعلاج. وعليه فالمقابلة العيادية ليست مسألة تقنيات تعلمها ولكن يمكن تعريفها حسب N.Sillamy على أنها محادثة أو حوار مستمر حيث تستعمل كطريقة للحكم على شخصية الفرد وتشكل جزء من الفحص النفسي (Sillamy.N,2003 :101)

- يمكن إجراء المقابلة العيادية في سياقات مختلفة وتحقيق أهداف مختلفة: التشخيص، العلاج والبحث، كما يمكن استخدام المقابلة البحثية مع الإشارة إلى مختلف الأساليب التجريبية والسيرة الذاتية (Biographie) والسريية وكذا الإشارة إلى نماذج مختلفة كالتحليل النفسي، المعرفي والسلوكي والإنساني....إذا كانت المقابلة هي التقنية التي تسمح بتحديد الموضوعية فإن شروط الإنتاج وتحليل الخطاب تشكل في صحة المعرفة المنتجة حسب (بلانشت، 1991) وبالتالي فإن تسميتها بمقابلة البحث الاكلينيكي تلخص كل المفارقات المرتبطة باستخدام الطريقة السريية كأسلوب بحث. (Bénomoy et Chahraoui ;1999 :49)

- وهناك 3 أنواع من المقابلة العيادية:

1- المقابلة غير الموجهة l'entretien non-directif: فيها يتبنى الباحث الاكلينيكي موقفا غير توجيهي ولا يتدخل في سياق حديث الموضوع.

2- المقابلة الموجهة l'entretien directif: وهي مقابلة منظمة وشكلها يتم تحديده مسبقا من قبل الباحث وفقا لفرضياته، فتكون أسئلتها محددة وتتضمن الإجابة بنعم أو لا.

3- المقابلة نصف الموجهة l'entretien semi-directif: يتم دمج الموقف غير التوجيهي الذي يفضل التعبير الشخصي للموضوع مع مشروع استكشاف موضوعات معينة لذلك يلجأ الباحث إلى الدليل الموضوعي.

- وعليه كما سبق ذكره فإن اختيار نوع المقابلة المعتمدة في البحث يتم وفقا لهدفه وكذا نوع المعلومات المراد الحصول عليها وكبداية للشرع في المقابلات أولا تتم المقابلة التمهيديّة والتي تعمل على تحديد الإطار الاكلينيكي وكذا تحديد القرارات المتعلقة بالعلاقة بين الفاحص والمفحوص وفي تحديد خصائصها. وبناءا عليها يمكن تحديد ما إذا كانت هذه العلاقة تستمر للمقابلات موالية أو أنها تقف عند حد نهايتها أو ايقافها، وهي مهمة في دراستنا خاصة لأن الطلب (la demande) من طرف الطالبة

- وقد اعتمدت الطالبة في الدراسة الحالية على المقابلة الموجهة في جمع البيانات الأولية وأيضاً في تطبيق الاختبار الموضوعي وكذا المقابلة نصف الموجهة، لأنها تساعد وتشجع على التعبير والتداعي من خلال مجموعة من الأسئلة المفتوحة التي توجه بانتظام الحالات نحو أسئلة دقيقة التي نرجو في سبيلها إجابات في إطار الأهداف المنهجية، كما يتصف هذا النوع بالمرونة بحيث تتيح الفرصة بالتعبير بصورة تلقائية. ويكون التدخل إلا في الضرورة مع الالتزام بالحيادية وكذا عدم اصدار أي حكم أو تقييم. وهذه الطريقة تجعل من الممكن جمع محتوى ثري من المعلومات. بالإضافة إلى المقابلة الحرة بهدف جمع معلومات عن التاريخ النفسي والاجتماعي لحالات الدراسة.

- وتم اجراء المقابلات العيادية وفق عدد الحصص مع كل حالة، تراوحت مدتها ما بين 40-45د وذلك من خلال اعتماد الباحثة على دليل المقابلة لهذه الدراسة ويضم 06 محاور أساسية:

• المحور 1: ضم التعريف بالطالبة، ثم تقديم وشرح أهداف الدراسة وكذا أهم المبادئ التي تقوم عليها، الانضباط، سرية المعلومات، أوقات المقابلات وتم من خلال المقابلة التمهيدية

• المحور 2: تاريخ الحالة Anamnèse والتي يعرفها ( D.Anzieu ) بأنها فهم تاريخ الحالة في مجال علم النفس المرضي يفرض الارتكاز على ثلاث نظريات هي نظرية الذكرى réminiscence ونظرية الأسباب ونظرية تقنية مسار المقابلة ( جعدوني، 2011: 134-135)

• المحور 3: الحياة العائلية والعلائقية للحالة

• المحور 4: أهم الصعوبات التي تعاشها في مرافقة المريض

• المحور 5: تأثير المرض على عائلة الحالة

• المحور 6: خصص للفحص من خلال تطبيق اختبار رورشاخ على الحالة بهدف فهم الدينامية النفسية للتوظيف الفردي لها، وربط المعطيات والنتائج بما تم التوصل إليه.

#### 3.4 الاختبارات النفسية:

إن الاختبارات النفسية هي من الأدوات ذات مكانة هامة في الممارسة العيادية فهي تشكل وسيلة أساسية في ممارسة الاخصائي النفسي في عملية الفحص النفسي ويهدف استخدامها إلى الكشف عن شخصية الفرد وعن قدراتها وديناميتها، وعلى أساس هذه المعطيات يبني الاخصائي النفسي استنتاجاته وتشخيصه، فهي تعرف على أنها مجموعة منظمة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية

أو كيفية بعض العمليات العقلية أو سمات معينة من الشخصية أو دراسة الشخصية ككل بمختلف جوانبها الدينامية (عباس، 1986: 09). والاختبارات المزمع اعتمادها هي:

#### 1.3.4 اختبار فحص الهيئة العقلية:

يرتكز هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية والحركية، كما يمكن الحصول على المعلومات الأساسية من المحيط، ويحصل الفاحص على المعلومات الأساسية إما عند طرح المفحوص لمشكلته، أو عند إعطائه للتفسيرات وتقديمه للتوضيحات التي يراها مهمة، ويعتمد اختبار فحص الهيئة العقلية على النقاط التالية:

1\*\* السلوك العام: المظهر، اللباس، النظافة، التعبير، السلوك العام خلال الحديث، السلوك خلال الفحص، الانقطاعات في الحديث، تغيرات السلوك الحركية، مؤشرات القلق كالارتجاف، الاضطراب الحركي، التنفس السريع، الاستثارة والاستجابات الحركية غير المراقبة.

2\*\* النشاط العقلي: الإنتاجية التلقائية، الكمية، الإجابة، التكرار الآلي وشروود الذهن

3\*\* المزاج والعاطفة: الاستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، البلادة، تضخم الأنا، الإحساس بالذنب، أفكار تعكس احتقار الذات، نزعة للانتحار

4\*\* محتوى التفكير: محتوى التعبير، التلقائية في الإجابات، انشغالات تدمير الذات، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، شكاوى توهم المرض، أفكار العظمة والاضطهاد

5\*\* القدرة العقلية: التوجه الزمني والمكاني، الانتباه، الذاكرة الحديثة والبعيدة، الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم، المعارف العامة والذكاء.

6\*\* الاستبصار والحكم: القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانية المفحوص على استيعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل، مدى درجة استيعابه للسلوكيات المتكررة.

2.3.4 اختبار بيك للاكتئاب:

إن أصل هذا الاختبار باللغة الإنجليزية، أعده الطبيب النفسي الأمريكي آرون تومكين بيك عام 1961، في صورته الأصلية حيث كان يرمز له ب BDI. بحيث تعد قائمة آ.ت. بيك الثانية BDI-II لقياس الاكتئاب، أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب، تتكون من 21 مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب، وتتميز هذه القائمة بأن بنائها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محاكاة تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM- IV) للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994. وتم إجراء تعديلات على القائمة سواء في صورتها الأولى 1961 أو في صورتها الثانية 1979 حيث تم حذف 4 مجموعات واستبدالها بأخرى

جدول (03) يبين العبارات المستبدلة والبديلة بين النسختين (1961) و(1979)

الرقم	عناوين المجموعات المحذوفة أو المبتدلة	الرقم	عناوين المجموعات البديلة
14	التغير في صورة الجسم	11	التهيج والاستثارة
15	صعوبة العمل	14	انعدام الثقة
19	فقدان الوزن	15	فقدان الطاقة
21	الاهتمامات الجسدية	19	صعوبة التركيز

(بشير معمري، ص 95، 2010)

والغرض من استبدال هو متابعة الأعراض النمطية لشدة الاكتئاب أو الاكتئاب الذي صاحبه بحاجة إلى المستشفى. كما مس التغيير كذلك تعليمات التطبيق.

➤ وحظيت قوائم بيك لقياس الاكتئاب منذ ظهورها لأول مرة في مجال البحث السيكولوجي 1961 باهتمام كبير على المستوى العامي، فترجمت الى عدة لغات وتم استعمالها في البحث النفسي والطب النفسي، وكانت مؤشرات صدقها وثباتها مرتفعة، كما تستعمل في مجال التشخيص العيادي للمراهقين بداية من سن 16 (معمري، 2010)

➤ والأعراض التي تقيسها قائمة بيك الثانية للاكتئاب هي:

1- الحزن 2- التشاؤم 3- الفشل في السابق 4- فقدان الاستمتاع 5- مشاعر الإثم 6- مشاعر العقاب 7- الاحساس عدم حب الذات 8- نقد الذات 9- الأفكار الانتحارية 10- البكاء 11- التهيج والاستثارة 12- فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي 13- التردد في اتخاذ القرارات 14- انعدام القيمة 15- فقدان الطاقة 16- تغيرات في نمط النوم 17- القابلية للغضب أو الانزعاج 18- تغيرات في الشهية 19- صعوبة التركيز 20 الإرهاق والاجهاد 21- فقدان الاهتمام بالجنس (معمرية، 2010، ص 95)

➤ تمت ترجمة هذه القائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب على يد الباحث غريب عبد الفتاح عام 2000 وقام بتقنيته على البيئة المصرية. أما الباحث بشير معمريه فقام بتقنيته على البيئة الجزائرية ولهذا الغرض قام بإجراء دراسة ميدانية على عينات من المجتمع الجزائري.

#### الخصائص السيكومترية للقائمة:

بعد إجراءات التطبيق وتصحيح إجابات المفحوصين على قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تم التحصل على النتائج التالية فيما يتعلق بصدق وثبات القائمة على عيني البحث

#### 1- الصدق:

من خلال الصدق التمييز بحيث تم حساب هذا النوع من الصدق على عينة الذكور باستعمال طريقة المقارنة الطرفية حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور حجم كل عينه 100 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن= 372) فبلغت قيمة ت 20.48 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.001

أما بالنسبة للإناث فقد تمت المقارنة أيضا بين عينتين تم سحبهما من طرفي درجات لعينه الإناث، حجم كل عينة 112 مفحوص بواقع سحب يساوي 25% من العينة الكلية (ن=448) حيث بلغت قيمة ت 24.48 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وعليه من خلال قيمتين المحسوبتين على الجنسين تبين أنه يتميز هذا الاختبار بمستوى عال من الصدق

#### 2- الثبات:

تم حساب الثبات للقائمة بمعامل ألفا على عينة كلية قدرت ب(ن= 952) حيث بلغ معامل الثبات 0.839 عند مستوى الدلالة 0.001 (بشير معمريه، 2010: 101)

يتبين من معامل الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، إن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي وعليه فإن الباحثة ستستعملها في دراستها الحالية على عينة الدراسة نظرا لأن قائمة بيك لقياس الاكتئاب تستوفي كل شروط الصدق والثبات ولأنه قد تم تقنينها على البيئة الجزائرية.

### 3.3.4 اختبار رورشاخ:

بما أن موضوع الدراسة يتعلق بالمعاش النفسي فإن التقنية الإسقاطية تفرض نفسها في هذه الدراسة باعتبارها التقنية تسمح بالكشف عن التوظيف النفسي للحالات الدراسة وقد تم اعتمادها لأنها من التقنيات الإسقاطية التي تسمح بفهم امكانية الفرد وادماج واقعه النفسي في نظامه الفكري إذ يجد هذا الأخير نفسه أمام ضغوط داخلية وخارجية فينتبين لنا إلى أي حد يتنظم فيه الفرد من أجل مواجهة عالمه الداخلي ومحيطه الخارجي. (Chabert.C, 1987 :25-26)

فهذه التقنية تعد إلى جانب من ميكانيزم الإسقاط الذي تحدث عنه (Freud) بحيث يستدعي اللاشعور ويتموضع إفتراض أن الشخص سيقوم بالإسقاط على المادة المقدمة. فهو يعتبر وسيلة للتشخيص النفسي والذي من خلاله قد يتم الكشف عن الأعراض الغامضة والفصل بين ما هو سوي ومريض. التقنية تتميز بقدرتها على التمييز بين أنواع القلق. كما تسمح بالتعرف على هشاشه الأنا (la fragilité du Moi) ومدى قدرة الفرد على إدراك واقعه والقدرة على التكيف وكذا على تقييم نوعيه استثماراته العاطفية.

### وصف الاختبار:

تعتبر هذه التقنية من الاختبارات الإسقاطية الأكثر شيوعا وقد ظهر هذا الاختبار كوسيلة للتقويم النفسي على يد الألماني H. Rorschach عام 1921 والذي نشره في كتابه (psycho-diagnostic)، هو مستمد من نظريه التحليل النفسي وهي أداة تسمح بشكل فعال بصقل العديد من البيانات وكذا أداة فهم للتنظيم الحياة الداخلية وخاصة بوصفها أداة للتحليل البنية آليات التفرغ (Michelle et Claude, 2017 :19-21) في شكل بقع حبر متناظرة على عشر لوحات، بعدما لاحظ أن مرض انفصام لديهم طريقه غير عادية لإدراك أشكال الصور الواضحة حيث توصل فيما بعد إلى اكتشاف العلاقة بين الجوانب الشكلية المدركة في بقع الحبر والسمات المتميزة في الشخصية ويساهم في الكشف



عن السيرورات المعرفية والنفسية التي لا يمكن الحصول عليها من الملاحظة والمقابلة العيادية كما يسمح بتقدير ديناميكي للجهاز النفسي للفرد لمعرفة نقاط العطب وللفحص المعمق فإن أصل اختبار رورشاخ هو تحويل دلائل بقع الحبر إلى اختبار الشخصية (Chbert.C,1987:27)

وهي عبارة عن 10 لوحات من الورق المقوى 17- 24 سم مطبوع على كل منها شكل مختلف من اشكال بقع الحبر متماثلة لنسب من الشقين. فهناك من اللوحات الملونة والبعض الآخر باللون الرمادي والأسود (postale)

وهي على النحو التالي:

-البطاقات ملونة بالأسود والأبيض (I، IV، VI، VII)

-البطاقات مطبوعة بالأسود والأبيض والأحمر (II، III)

-البطاقات ينعدم فيها اللون الأسود (VIII، X، IX)

وتتعدد الأخرى (ديفيسون كلوفير، 2003)

يقوم الاختبار على مبدأ (الإدراك - الإسقاط) للوحات إذ يظهر سلوكيات إدراكية وإسقاطيه تتمثل في إحساس واهتمامات الشخص، العلاقة بالمواضيع الداخلية والخارجية، الاستهجمات العاطفية المرافقة للإجابات)

كما يساعد هذا الاختبار على تحديد طبيعة ومستوى ثلاثة جوانب أساسية في الشخصية: (المعرفية والعقلية، الوجدانية والانفعالية، فعالية الأنا والتي تتمثل في قوة الأنا وقدرته على التكيف ثم مجالات الصراع النفسي وأخيرا البنية الدفاعية) (جعدوني، 2011: 141-142)

**طريقه التطبيق:**

يطبق اختبار الرورشاخ على الأطفال، المراهقين والراشدين. وعند تطبيقه يفضل جلوس الفاحص إلى جانب المفحوص متأخرا إلى الخلف قليلا وبالدرجة التي لا تعيق الرصد الدقيق لما يقوم به المفحوص ورصد جميع استجاباته وانفعالاته أثناء أداء الاختبار (ديفيسون كلوفير، 2003)

يقوم الفاحص بإعداد الاختبار بوضعه فوق المكتب وتكون اللوحات مقلوبه ومرتبته من الأولى إلى العاشرة ويقوم بتقديم اللوحات واحده تلوى الأخرى باتجاه العادي إلى أن تنتهي كل اللوحات ومع تدوين الفاحص كل الاجابات والملاحظات وكذا تسجيل زمن الرجوع الخاص بكل لوحة والمدة المستغرقة فيها

أما التعليمه فتكون عبر مرحلتين:

المرحلة الأولى وهي التعليمه التي اقترحها كالتالي :

« Je vais vous montrer 10 planches et vous me dites ce que à quoi d'elles vous font passer ce que vous pouvez imaginer à partir ces planches »

ومن خلال تطبيقنا للاختبار اعتمدنا على القاء التعليمه باللغه العامية وذلك تبعاً للغه المستعملة من طرف الحالات وهذا بهدف تبسيط وتوضيح الاختبار

وكانت التعليمه كما يلي:

"عادي نمدلك 10 نتاع التصاوير ، وانت قللي شاركي تشوفي، وشا تخيلتي وخممتي كي شفيتها"

إن الهدف من التعليمه هو التحفيز"

وإعطاء فرصة للحرر من رقابة الشعور ومنح المجال للخيال والابداع وبيدأ تقديم اللوحات واحده تلوى الأخرى مع تسجيل الإجابة.

أما فيما يخص البروتوكول ويكون حسب الخطوات المتبعة ( Traubenberg ) فإنه يتم تسجيل كل تعليق وكيفية الاستجابة ، وضعيات اللوحة وتسجيل الوقت المستغرق.

أما المرحلة الثانية فهي مرحلة التحقيق (L'enquête)

فيها يعيد الفاحص تقديم اللوحات الواحدة تلوى الأخرى أو تلك التي تحتاج إلى توضيحات معينة (الشكل، اللون والموقع) وهذه المرحلة تساعد على حصر الدينامية النفسية للشخصية ويكون ذلك بطرح التعليمه التالية الفرنسية

« Nous allons maintenant reprendre les planches ensemble vous essaierez de me dire ce que vous avez fait penser à ce que vous avez évoqué bien entendu s'il vous vient d'autres idées vous pouvez même faire part »

(Chabert.C, 1987)

العربية: ويتم ترجمتها باللغة العامية

( دروك غادي نردلك التصاوير و وريني وين شفتي شا قلتيلي وعلى أي أساس جاوبتيني هاكا وإلا بغيتي تزيدي حاجه زيدي).

وهذا التحقيق يكون مباشر ويجب أن يكون ضيق ومحدد ويطبق في حالة غياب الإجابات الشائعة ثم بعد ذلك تليها المرحلة الثالثة والتي تسمى بمرحلة اختيار الاختبارات فيطلب في هذه المرحلة من المفحوص باختيار من اللوحات العشر المقدمة له اختيار لوحتان أعجبتاه ولوحتان لم تعجباه فهذه المرحلة تسمح بتعبير المفحوص عن توظيفاته الإيجابية والسلبية اتجاه المادة.

ولقد تبنت الطالبة هذا نوع من الاختبارات في الدراسة كون اختبار رورشاخ يعتبر من الأدوات التي تحظى بقيمة اكلينيكية مهمة، لأنه يعتبر اختبار بنيوي اسقاطي يكشف عن البنية الشخصية ومختلف جوانبها، كما يسمح بفهم التسيير الدينامي النفسي للموارد الحالية والخفية للفرد وبالتالي فهم التوظيف الديناميكي والإرسان العقلي للفرد. وهذا ما يعمل على تحقيق الأهداف المنهجية المرجوة.

## خلاصة الفصل:

لقد تم من خلال هذا الفصل تلخيص الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية التي سنقوم بها من خلال المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة على عينة قصدية، والإشارة إلى الأدوات التي اعتمدها الطالبة لجمع البيانات وتتمثل في الملاحظة والمقابلة والاختبارات النفسية المتمثلة في اختبار فحص الهيئة العقلية، اختبار بيك، اختبار رورشاخ، كما تم توضيح الإطار المكاني والزمني للدراسة الميدانية، وعلى ضوء هذه الإجراءات المنهجية سيتم مناقشة وتفسير النتائج كما هو مبين في الفصل الموالي.

الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج

الدراسة

**تمهيد:**

بعد التطرق في الفصل السابق للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، سنتناول في هذا الفصل عرض للنتائج المتحصل عليها من هذه الدراسة العيادية وتحليلها، ومناقشتها على ضوء الفرضيات ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة والإطار النظري، وصولاً إلى استنتاج عام يتضمن أهم النتائج المتوصل إليها، تليه خاتمة عامة، وأخيراً تقديم بعض التوصيات والاقتراحات.

**1- عرض وتحليل حالات الدراسة****1.1 عرض وتحليل الحالة الأولى:****1.1.1 تقديم الحالة الأولى:**

الاسم: "ف"

السن: 44

السكن: عين تموشنت

المستوى الاقتصادي: لا بأس به

المستوى الدراسي: سنة أولى ثانوي

المهنة: مآكثة بالبيت

عدد الأولاد: 3 (ولدين وبنات)

سوابق مرضية: 3 ولادات قيصرية

**2.1.1 فحص الهيئة العقلية:**

الاستعداد والسلوك العام:

"ف" من النمط الجسمي المكتنز Type pycnique تميل إلى السمنة، ذات قامة عالية، لون العينين أسود، بشرة بيضاء تلبس الحجاب العصري، نظيفة ولكن لا تهتم بتنسيق الألوان ولا بمظهرها لها ملامح توحى بالقلق والخوف، تعاني من اضطرابات النوم وفرط الشهية، كان الاتصال معها سهلا غير أننا لاحظنا حالة من عدم الاستقرار النفسي الحركي وعدم القدرة على الاسترخاء ظهرت من خلال تغيير وضعيات الجلوس والرغبة في النهوض بالإضافة إلى صعوبة في التنفس.

### النشاط العقلي:

تعتبر "ف" عن أفكارها بشكل جيد ومنظم وتفصيلي، تتحدث بسرعة أثناء سردها للأحداث ولديها فهم جيد للمعايير والقيم وبالتالي القدرة على التكيف مع المحيط، في حديثها تستعمل الحاضر والمستقبل

### المزاج والعاطفة

خلال المقابلات ظهرت أعراض القلق على "ف" بوضوح حيث كانت تخبرنا عن ضربات قلبها أثناء الجلسات وخوفها الشديد وترينا الرجفة على مستوى اليدين كما عبرت لنا عن سوء تقديرها لذاتها وخاصة عدم القدرة على قول "لا"

### محتوى التفكير

مضمون أفكارها يتمحور حول الوضعية الضاغطة التي تعيشها حاليا والحالة المرضية التي تعاني منها خاصة قلق الموت.

### القدرة العقلية

"ف" لديها القدرة على الفهم، سجلنا اضطرابات نوعا ما في الذاكرة المتعلقة بالأحداث القديمة

### الحكم والاستبصار

"ف" تدرك جيدا سبب معاناتها في الماضي وفي الوقت الراهن وأبدت تشاؤمها بخصوص تحسن الوضعية التي تعيش فيها حاليا.

## 3.1.1 تحليل المقابلات العيادية للحالة الأولى:

لم نجد صعوبة مع الحالة "ف" في اجراء المقابلات فكانت متجاوبة ومحترمة لمواعيد المقابلات المتفق عليها، بل كانت تحضر قبل الموعد لأنها تخشى أن تتأخر وهذا ما جعلنا نفكر في سمات الشخصية القلقة.

رغم حالات القلق التي كانت تتابها خلال الجلسات إلا أنها عبرت لنا بسهولة عن معاناتها المتعلقة بمرافقتها لأم زوجها.

ذكرت الحالة "ف" أنها كبرت وترعرعت وسط عائلي لا بأس به ماديا واجتماعيا وهي البنت الوحيدة بين ذكرين، كما صرحت "ف" بأن طفولتها كانت عادية ولم تعط الكثير من التفاصيل عن والديها سوى كبر سن والدها وأنها طريحة الفراش، فيما يخص مستواها الدراسي، فصرحت الحالة أنها اكتفت بالمستوى الأولي ثانوي.

تزوجت "ف" عندما كانت تبلغ من العمر 21 سنة وهي تعيش حياة صعبة مليئة بالمعاناة منذ بداية زواجها والسبب هي أم الزوج "24 سنة وقلبي يضرب ومازال لحد الآن باقي في الخوف نتاعها *même* دروك راها مريضة"، من خلال هذا نفترض أن الحالة "ف" تعاني من قلق مزمن. خاصة وأنها أضافت "ماكانش نهار يفوت على بلا ما قلبي يزيير علي"

لقد أبدت الحالة "ف" مؤشرات لنوع من القلق العصابي والمتمثل في القلق التوقعي والذي تجلت مظاهره في الخوف من الموت المفاجئ حيث تعاني من ضربات قلب قوية وصعوبة في التنفس مما سبب لها الأرق "نخاف كي نرقد نموت، قلبي يضرب بزاف ووننغم"، وقد تبين خلال سير المقابلات توقف "ف" المتكرر عن الكلام ووضع يدها على صدرها مصحوب بلامح توحى بالخوف الشديد وخفقان القلب مع صعوبة تنفس ودوخة وهي كلها أعراض توحى بتنظيم عصابي الخاص بنوبات الهلع.

أما فيما يخص علاقة الحالة "ف" مع زوجها فقد صرحت الحالة بأن زوجها طيب إلا أنها عاشت تعيسة «ما عشتش حياتي قاع، نص حياتي وأنا نحوس نرضيها وما رضاتش» هكذا لخصت لنا "ف" حياتها مع أم زوجها التي من المستحيل ارضاءها. كما عبرت عن استيائها من عائلة زوجها "ملي جيت عندهم قاع الأمراض قضيوني" وعند الاستفسار عن الأمراض التي أصيبت بها تبين أنها عبارة عن اضطرابات



فيزيولوجية ذات المنشأ النفسي بالإضافة إلى الزيارات المتكررة للأطباء " غ مريضة غ مريضة وك نروح عند الطبا يقولولي ما عندك والو، قاع الطبا نتاع القلب شفتهم " وهذا يؤكد وجود اضطراب القلق ويظهر في الأعراض العضوية

بكت "ف" أثناء المقابلات وصرحت بتعبها وعدم تحملها لمرافقة أم زوجها خاصة عندما أصيبت بمرض الزهايمر " صايبي والله ما قديت " " راني غ نتمشى ونبكي " نستخلص من هذه العبارات أن الحالة تعاني من سلوكيات اكتئابية

وعن يومياتها مع أم الزوج ورعايتها لها أخبرتنا الحالة أنها تقضي جل وقتها معها وأنها أصبحت شغلها الشاغل " نخمم غ فيها ' غ فيها ك نوض ' في راسي هي للولا، le programme نتاعها هو للول ومن بعد عادا نخدم صوالحي."

أضافت "ف" أنها تتحمل أم زوجها وحدها بدون مساعدة من بناتها " ما يجوش حتى يرقبو على أمهم" وعلى الرغم من الجهد المبذول دائما ما يشعرانها بالتقصير ولا يقدرانها " ما علابالهمش قاع بيا، مين نمرض ولا ندخل لسبيطار يجو يدو مهم و ما يصقصوش علي". وقد صرحت الحالة بأنها لا تستطيع الدفاع عن نفسها وتمنت لو بإمكانها الصراخ في وجوههم، فهذا الكلام يعكس قمع العدوانية الناتج عن عدم القدرة على التعبير الانفعالي، كما صرحت الحالة أنها كانت تفكر جديا في الذهاب عند أخصائي نفساني لأن شخصيتها ضعيفة وتحتاج لمن يعلمها كيف تدافع عن نفسها. نسجل هنا نقص التقدير الذاتي عند الحالة، يرى التحليل النفسي أن عدم القدرة على التعبير الانفعالي وعدم المواجهة وغخفاء العوانية يؤدي إلى تنشيط القلق العصابي

ذكرت الحالة أنها ومنذ زواجها لم تخبر أهلها عن مشاكلها ومعاناتها مع عائلة زوجها، هذه الوضعية تعكس عدم القدرة على التعبير الانفعالي لدى الحالة ولكن بعد مرض أم زوجها وزيادة تقاوم الوضع صرحت لنا "ف" أنها أخبرتهم بكل شيء، مع ذلك لم تلقى الدعم من طرفهم وفي هذه الأثناء انهارت الحالة بالبكاء وهي تتحدث عن سلوكيات أهلها اتجاهها " أنا بفميلي وأنا يتيمة " " ما يصقصوش علي، ما يعرفوني يلا حية ويلا ميتة".

أما فيما يخص علاقتها بوالدها فوصفته بالشخصية القوية وأن أم زوجها كانت تهابه قبل أن تصاب بالزهايمر " عجوزتي كانت تخاف ما با ، با جاي شخصية ، قاع الناس تحترمه و دير له حساب ،

عجوزتي تخاف منه لا خاطر جاي يقولها فالوجه , ما يخافش". ربما هذا الانطباع عن والدها يعكس نوعا من القلق مصدره الأنا الأعلى. «la toute-puissance». ونستطيع أن نربط خوف الحالة وخضوعها إلى الآخرين بما يسمى بالقلق الخلقي الاجتماعي والذي يعكس بدوره الخوف من الأنا الأعلى وأضافت الحالة أنها لو تلقت الدعم من أهلها وبالأخص والدها من خلال زيارته لها لما تعرضت للاضطهاد من طرف أهل الزوج. " لو كان عندي ما تجي تهضر علي". بالرغم من أن الأم على قيد الحياة إلا أنها عبرت عنها وكأنها ميتة. مما يبدو أن "ف" تعيش حالة حداد لفقدان تلك الأم التي كانت تتمتع بصحة جيدة، لأن أمها مريضة جدا ومصابة بشلل كلي وعليه فاطمة فقدت الصدر الحنون، فقدت من كان يسمع همومها، انفجرت فاطمة بالبكاء خلال الجلسة وهي تقول " ك نروح لدارنا ونقعد نهضر مع ما، ما تردش علي".

في نفس السياق أثارت فاطمة اشكالية المنظومة الثقافية –الاجتماعية التي تعزز الهيمنة الذكورية " حنا في دارنا الولد يتهلوا فيه ويزيدوا فيه والبنيت لا، ك يمدوها ما يحوسوش عليها " .

وقد صرحت الحالة بأنها يوما ومع تدهور وتفاقم وضعيتها أم زوجها فقد انهارت وأغمي عليها " ما سما جيت فالأرض" فأخذها زوجها لترتاح عند أهلها.

وعند سؤالنا عن موقف أهلها من معاناتها، صرحت بأنها عندما اشتكت لوالدها فيما يخص الصعوبات والضغوطات التي تواجهها مع أم زوجها خاصة العدوانية اللفظية والجسدية أحيانا أجابها بأن عليها أن تتحلى بالصبر " با قالي مر كبيرة و مريضة لازم ترفديها" أما الأخ الأكبر فنصحها بتجنبها " حطيلها الماكلة و روحي" وتضيف "ف" أنها لا تستطيع القيام بهذا التصرف خوفا من " دعوة الشر" و مع ذلك اعترفت بعدم تقديم الرعاية لأم زوجها كما كانت تقدمها سابقا " ما رانيش ندير كما بكري , كرهت"، ثم بعد صمت أضافت الحالة " ما رانيش عارفة يلا راني نيشان ولا لا " إنها عبارة تنطوي على سؤال موجه إلينا يحمل مشاعر القلق، التردد و الشعور بالذنب، كلها انفعالات تشير إلى القلق الخلقي و وجود اضطراب القلق والاكتئاب.

ترى "ف" أن وضعيتها المرافقة تؤثر عليها أكثر و أكثر " وليت منارفا و نزقي غ وحدي، أنا ماكنتش قاع هاك " إذن هنا نسجل ظهور اضطرابات في الطبع لدى الحالة و التي هي انعكاس لأعباء المرافقة حسب تصريح الحالة. إن الأم التي تعاني من اضطرابات في الطبع تؤثر بدرجة كبيرة على أطفالها في

تفاعلها معهم . وهذا ما يؤكد (Bowen 1978) أنه كلما كان مستوى الضغوط والقلق مرتفعاً زاد ميل أفراد العائلة إلى الانعزال فينغلقوا على بعضهم البعض (Alberne.K,2004 :43-44)

في نفس السياق وحسب الحالة فإن أم زوجها أصبحت تعاني من اضطرابات شديدة في النوم بعد إصابتها بمرض الزهايمر مما أثر على كل أفراد الأسرة «تبات تتمشى، وبنتي تبات فائقة معاه، لا خاطر ترقد معاه في البيت». صح دروك رانا فاعطلة أي وفالقرايا؟ déjà بنتي راها غي تزيد تهود فالمعدل " وتضيف فاطمة أنها لا تريد أن تكون ابنتها مثلها ضعيفة الشخصية، وتتمنى أن تكمل دراستها وتتحصل على شهادة جامعية حتى لا يكون مصيرها كمصير أمها " المراد الخدمة يقيموها " و المراد لي قاعدة فالدار يسيطروا عليها و يحقروها"، نستنتج من خلال هذا تأكيد الحالة لسوء تقديرها لذاتها. كما أبدت الحالة تخوفها حيث صرحت الحالة " دروك أنا بنتي ك راها ترقد معاه، نخاف يلا تحرشها علي، ما نعرف قاع شا راها تقولها " إن هذا التفكير يعكس القلق التوقعي. بررت فاطمة هذا التخمين بقولها أن ابنتها تحب جدتها و جدتها تحبها أيضا " بنتي متعلقة بيها و هي تبغيها،دايما تقول لي ماما معليش مريضة "

أضافت "ف" أنها استنفدت كل طاقتها " راني حاسة روجي ما رانيش عايشة، قاع الناس تخرج ديفولي و أنا غ فالدار غ فالدار و دروك راني نقول الراجلي غ دي البز و روح و أنا ما عيش نقعد فالدار " راني سامحة في روجي و راني سامحة في ولادي " ، هملت راجلي و هملت ولادي ، غ هي غ هي " من خلال تصريح الحالة للاستنفاد طاقتها المرتبط بعناء المرافقة والذي قد ينتج عنه الاحتراق النفسي عند الحالة مستقبلاً حسب Valérine الاحتراق النفسي هو عبارة عن عملية تقديمية وانزلاق بطيء نحو الاستنفاد، بحيث هذه الحالة النفسية ناتجة عن تراكم الاجهاد الذي يتميز بكثافة معتدلة ومتكررة (Valérine,2003 :01)

أما فيما يخص الحياة الجنسية، فعندما سألنا الحالة عن ذلك لم تبدي أي رغبة جنسية "ماراه عندي لخاطر لحت حاجة" أما الزوج فهو منشغل بالعمل، وهذا يدل على ضعف الطاقة الليبيدية التي يربطها التحليل النفسي بالقلق العصابي.

في نهاية المقابلات، صرحت الحالة بأنها لا ترغب في العودة لذلك المنزل "لو كان نصيب ما نقعدش في هديك الدار" وأضافت " دروك دروك لو كان نصيب ما نوليش ل ديك الدار" تقصد الحالة بـ " دروك "

يعني بعد انتهاء المقابلة وخروجها من العيادة. فهي تتصور أم الزوج كشخص مهدد لاستقرارها النفسي مما يدل على صعوبة المواجهة .

#### 4.1.1 تحليل نتائج اختبار بيك الثانية للاكتئاب:

تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب مع الحالة "ف" من خلال المقابلة العيادية الموجهة وذلك بتقديم الاختبار للحالة والطلب منها قراءة التعليمات والإجابة على بنود الاختبار. استجابة الحالة بسرعة ودامت مدة الاختبار 15د. بحيث سجل اختبار بيك للاكتئاب مع الحالة "ف" 36 درجة حيث تحصلت الحالة "ف" على الدرجة (0) من خلال البندين الأفكار أو الرغبات الانتحارية، الهيجان والاثارة، وتحصلت على 6 إجابات بدرجة (1) من خلال بنود: الحزن، فقدان الاستمتاع بالحياة، مشاعر الأثم، عدم حب الذات، نقد الذات ولومها، التردد في اتخاذ القرارات والقابلية للغضب أو الانزعاج، كما تحصلت الحالة على 8 إجابات من الدرجة (2) في كل من بند التشاؤم، الفشل السابق، الشعور بالتعرض للأذى، فقدان الاهتمام، تغيرات في نظام النوم وتغيرات في الشهية وكذا بند الإرهاق أو الاجهاد . أما الدرجة (3) فقد تحصلت الحالة على 4 إجابات من خلال البنود البكاء، انعدام القيمة، فقدان الطاقة على العمل، وفقدان الاهتمام بالجنس. فبالاستناد على اختبار بيك يمكننا أن نستنتج أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد والذي ظهرت شدته من خلال ارتفاع عدد الإجابات على كل من الدرجتين (2) و(3) المقدره في مجموعها ب 12 إجابة بمقابل 8 إجابات للدرجتين (0) و(1) . والذي اتسم اختبار الحالة "ف" بارتفاع في درجة كل من (البكاء وهذا ما تأكد من خلال المقابلة العيادية والذي يدل على الانهيار وكذا انعدام القيمة الناتج عن انخفاض التقدير الذاتي فقدان الطاقة والإرهاق والاجهاد الناتج عن الضغط جراء المرافقة الدائمة والمستمرة لأم الزوج المصابة بالزهايمر، فقدان الاهتمام بالجنس وكذا فقدان الاهتمام والانسحاب الاجتماعي ناتج عن تبلد المشاعر، اضطرابات النوم والشهية الذي يدل على خلل في النظام الهرموني، الفشل والشعور بالتعرض للأذى وهذا نظرا لغياب المساندة الاجتماعية)

5.1.1 عرض وتحليل نتائج اختبار الرورشاخ للحالة الأولى:

جدول رقم (04): يمثل بروتوكول الرورشاخ للحالة الأولى

اللوحه	الوضعية	الاستجابات	التحقيق	إدراك البقع	زمن الرجوع	زمن الاستجابة
I	^	1-حشرة كالخفاش	- كل اللوحه	<b>G F+ A (Ban)</b>	"36	'01
		2- بنادم متلاسق واحد مع واحد متعنفين	في الوسط	<b>D F+ H</b>		
II	^	3-زوج بطات رسانهم حمر ورجليهم حمر	في الأعلى	<b>D FC A</b>	"58	'07".01
		4-كالطائر تاع الحوت	الشكل الأبيض	<b>DbI F- (A)</b>		
		5-كالبلغة هالي لابسينها	في الأسفل	<b>Dd F-Obj</b>		
III	^	6- Rouge papillon	في الوسط اللون الأحمر	<b>D CF A(Ban)</b>	"53	'05
		7- زوج بنيادم راهم يجيدو في حاجة	الجزئين الجانبيين بالأسود	<b>D K H</b>		
IV	^	8- شجرة طويلة	في الوسط	<b>DF+ Bot</b>	"28	'04".01
		9- كرجلين تاع رجل ضخم تاع ميكيات هذا les epaules وراسه فوق	الجزئين الجانبيين	<b>DF+(Hd)</b>		
		ما فهمتهاش	<b>Refus</b>	<b>Refus</b>		
V	^	10- تبانلي فراشة ولا خفاش	كل اللوحه	<b>G F+ A (Ban)</b>	"04	'05
		11- كغيمه كحله	في الوسط	<b>D C'Frag</b>		
VI	^	12-كصاروخ ينطلق ويخلي الغبار والدخان نتاعه	من الأسفل إلى الأعلى	<b>D Kobj</b>	"04	'59".02
		13-أجنحة كل واحد متقابل مع واحد	في الأعلى	<b>D F+ Ad</b>		
	^	14-يبانوا كزوج تاع الرأس متلاسقين... زوج رسان نتاع نسورا	في الأعلى اللون الفاتح	<b>Dd F+ Ad</b>		
		15-كالطريق فيها هذاك الخط الرمادي	في الوسط	<b>D FC Pays</b>		

		G F+ Elem Abstrd	كل اللوحة	16- كي تشوفي تحسي البحر والطريق فالوسط وامواج البحر	V	
		G Kan A	(كل اللوحة)	17- شغل حيوانات متقاتلة راهم متعنفين	^	VII
		D F- (Hd)	في الأعلى	18- 3 تاع الريسان		
		D FC' Hd	في الأسفل	19- رأس تاع بنادم عنده موستاش كحلة		
'03	"32	D F+ A	في الوسط	20- فيل عنده خرطوم كنفلبوها هكا	V	
		D F- Hd	في الأعلى	21- فوقاني بانلي سمايم تاع وجه تاع انسان		
'07'.02	"08	D kan A	الجزء الجانبي باللون الوردي	22- حرباء تزحف ولا نمر طالع في العقبة	^	IIX
		D FC Hd	في الوسط	23- رجلين ولا يدين لي راهم شادين السبع		
		Dd FC Obj	في الوسط الأخضر الداكن	24- كاشغل les masques فيه عينين وفم		
'33".4	" 19	D F+ A	في الأعلى ما عادا الأحمر	25- بيان شكل حشرة	^	IX
		D CF+ Anat	في الوسط اللون الوردي	26- العمود الفقري تاعها، les poumons		
		D F+ Hd	في الوسط	27- الرقية نتاع راجل عنده la force		
		Dd CF A	الجزء الأخضر	28- الأخضر عصفور	<	
		Dd K H Scene	في الجزء البرتقالي العلوي	29- راجل ينفقذ فيي واحد خلفه راجل واحد	>	
		Dd F- Ad	الجزء الأخضر والبرتقالي	30- راس تاع حصان		

'18".3	"11	G F+ A (Ban)	كل اللوحة	31-كالحشرات الأغلبية راني نشوف حشرات	X	
		D CF A	اللون الأزرق	32-الأزرق سرطان البحر		
		D F+ A	الجزء باللون الرمادي	33- زوج حشرات متلاسين		
		Dd CF A	الجزء باللون الأخضر	34-الأخضر بيان كحصان البحر		V
		D F- H	في الأسفل الجزء بالأخضر	35-راجل داير يده فوق راسه		
		D CF Hd	في الوسط الأصفر	36-الأخضر عينين		
		Dd F+/- Hd	في الوسط الایسر الأحمر الداكن	37-هدى عين وحدا		

جدول رقم (05) نتائج اختبار رورشاخ للحالة الأولى

إدراك الموقع	المحددات	المحتوى
G = 05	F+ = 14	A= 13
D = 23	F- = 06	(A)=01
Dd= 08	F± = 01	Ad=03
Dbl= 01	FC= 04	H=04
	CF= 05	Hd= 06
	FC'=01	(Hd)=02
	C' = 01	Obj=03
	K = 02	Bot=01
	Kan = 02	Anat=01
	Kobj= 01	Frag=01
		Elém=01
		Pays=01
R = 37	R = 37	R = 37

اختبار الاختبارات:

الاختيار الإيجابي:

اللوحة (X) : تحسك بالبهجة

اللوحة (II): بغيتها فيها زوج متفاهمين متعانقين، حنين فيه، لازين لبعضاهم.

الاختيار السلبي:

اللوحات (I, IV, V, VI, VII) : قاع لي فيهم الأسود ما بغيتهمش .

**السيكوغرام Le Psychogramme:**

Temps total : '29."06

Temps par réponse :  $\frac{\text{Temps total}}{\text{Nombre de réponses}}$

**Temps par réponse :  $\frac{29.06}{37} = 0,79''$**

$\text{Ban}\% = \frac{\Sigma \text{Ban}}{R} \times 100$

$\text{Ban}\% = \frac{04}{37} \times 100$

**Ban% = 10,81%**

- حساب نسب استجابات البقع (Mode d'appréhension):

$\text{G}\% = \frac{\Sigma G}{R} \times 100$

$\text{G}\% = \frac{05}{37} \times 100$

**G% = 13 ,52%**

$\text{D}\% = \frac{\Sigma D}{R} \times 100$

$\text{D}\% = \frac{23}{37} \times 100$



$$D\%= 62,16\%$$

$$Dd\%=\frac{\Sigma Dd}{R}\times 100$$

$$Dd\%=\frac{08}{37}\times 100$$

$$Dd\%=21,62\%$$

$$Dbl\%=\frac{\Sigma Dbl}{R}\times 100$$

$$Dbl\%=\frac{01}{37}\times 100$$

$$Dbl\%=2,70\%$$

- حساب نسب استجابات المحددات الشكلية (Les déterminants Formels):

$$\Sigma F= 21$$

$$F\%=\frac{\Sigma F}{R}\times 100$$

$$F\%=\frac{21}{37}\times 100$$

$$F\%=56,76\%$$

$$F+\%=\frac{\Sigma(F+)+(F+\frac{1}{2})}{\Sigma F}\times 100$$

$$F+\%=\frac{14+0.5}{21}\times 100$$

$$F+\%=69,05\%$$

$$F-\%=\frac{\Sigma F-}{37}\times 100$$

$$F-\%=\frac{06}{37}\times 100$$

$$F-\%=16,22\%$$

$$F\% \text{ élargi}=\frac{\Sigma F+\Sigma K+\Sigma Kan+\Sigma FC+\Sigma FE+\Sigma Fclob}{R}\times 100$$

$$F\% \text{ élargi}=\frac{21+02+02+04+00+00}{37}\times 100$$

$$F\% \text{ élargi}=78,38\%$$

- حساب نسب استجابات المحتوى (Contenus des réponses):

$$H\% = \frac{H+Hd+(Hd)+(H)}{R} \times 100$$

$$H\% = \frac{04+06+02+00}{37} \times 100$$

$$H\% = 32,43\%$$

$$A\% = \frac{A+Ad+(A)+(Ad)}{R} \times 100$$

$$A\% = \frac{13+03+00+00}{37} \times 100$$

$$A\% = 45,95\%$$

- حساب نمط الصدى الحميم (TRI (Type de résonance intime):

$$CF \text{ et } C'F = 1$$

$$FC \text{ et } FC' = 0,5$$

$$C \text{ et } C' = 1,5$$

$$TRI = \frac{R}{C} = \frac{R}{(C \times 1,5) + (CF \times 1) + (FC \times 0,5)}$$

$$TRI = \frac{37}{(1 \times 1,5) + (5 \times 1) + (5 \times 0,5)}$$

$$TRI = \frac{37}{09} = 4,11$$

- حساب معادلة النضج العاطفي (Formule de maturité affective):

$$FMA = CF + C$$

$$FMA = 05 + 1$$

$$FMA = 6$$

$$FMA > FC (06 > 01)$$

- حساب استجابات الموارد اللونية (RC (Ressource de couleur):

$$RC = \frac{\text{Nombre de réponses a VIII,IX,X}}{R} \times 100$$

$$RC = \frac{03+06+07}{37} \times 100$$

$$RC = 43,24\%$$

- حساب مؤشر القلق (Indicateur d'angoisse) :IA

$$IA = \frac{Hd+Anat+Sex+sng}{R} \times 100$$

$$IA = \frac{06+01+00+00}{37} \times 100$$

$$IA = 18,92\%$$

- Elements Quantitatifs

- Refus:01
- Abstract:01
- Agressivité:01
- Scene :01

### 6.1.1 تحليل نتائج اختبار رورشاخ للحالة الأولى:

الانتاجية اللفظية:

تتميز بروتوكول الحالة بإنتاجية مقبولة حيث يتوظف بتعاقد اسقاطي مهم محتوى اندفاعي عدواني وفي نفس الوقت توظف نفسيا ميزاج اكتئابي. أي أنها تتسم بحساسية انهيارية أمام مادة الاختبار الذي عايشته دون مراقبة دفاعية ناجحة بحيث السيكوغرام يبدو شبه معتدل فيما يخص مجموع الاستجابات  $R=37$  وزعت على زمن كلي قدر ب 29 دقيقة، إلا أن الزمن الخاص بالاستجابة 0.79 ثا مع طول زمن الرجوع من العلامات الدالة على القلق والانزعاج أمام الأداة ومن شأنها أن تكشف عن الاشكالية الأساسية للمفحوص، والتي تتضمن كف العاطفة وتجنبها بغرض كبت الرغبة الممنوعة في إطار التوظيف العصابي.

كما أنها تتميز بأسلوب لفظي غير متطور حيث تعبر (بنادم ) (3 تاغ ريسان) ، (فوقاني مبانلي سمايم) (كشغل Masque)،(كالبليغة هايبي لابسينها ) وعليه فالمجهود الإدراكي للحالة خلال التمرير التلقائي

للاختبار يسجل بحركة مهمة بتدوير اللوحات وعدم المعرفة ،أيضا بوجود استجابات ذات مضامين غير محدودة لا تؤمن جدلية مضبطة للواقع مع الخيال وهذا قد يعود للنمو العقلي الذي يتميو باستثمار الحالي (Investissement) كما نسجل وضع حدود لخطابها الذي يظهر خاليا من الرمزية وأي ابداع وهذا قد يحقق عمل الإعداد النفسي أو الرمزي بمكوناتها النفسية. . ومن هنا يظهر أن الحالة تعاني من الأعراض (فقر الخيال ، الكف، عدم التصريف النزوي ) التي تميز الاكتئاب الأساسي و الذي بدوره يحدث انهاك عقلي أو ما يسمى بفشل التعقيل ( défaillance de mentalisation )

### السياقات المعرفية:

يتضح من خلال نسبة الاستجابات الكلية G المقدره بـ 13.52% بأن الحالة لديها صعوبة في التكيف الإدراكي أو مع الواقع حيث جاءت نسبتها منخفضة جدا بالنسبة للنسبة العادية المتراوحة ما بين 20-23% فطرق التناول لم تكن متكافئة حيث طغت على انتاجية الحالة، طرق الجزئية بنسبة 62,16% فالتفاصيل الجزئية من نوع D تعتبر احصائيا سوية للتفكير الملموس إلا أن توزيعها مع مقررات عاطفية ((C.CF) وحركية اندفاعية (kan) ومقررات شكلية غير مناسبة المضامين ذات محتوى نكوصي بدائي من نوع (Abstr-Obj-A-Anat-Bot) تعكس حاجة الحالة إلى الاتصال ولمس تفكيرها في الواقع كما تعكس درجة التكتيف la condensation

فحسب (C de Techy ;2012) الرجوع الى الواقع الخارجي يكون لتجنب التداخلات النزوية فالمفحوص إذن نجده متعلق بالجزء لتجنب مواجهة التصور الأمومي القضيبى والمهدد للوحدة النفسية الغير مستقرة. بمعنى السعي إلى ترميم الفراغ الداخلي عن طريق الواقع أو فضاء اللوحة. ما يشير الى فراغ الأثر النفسي الذي يعيق التسجيل الزمني من خلال الجدلية الانتقالية (جبار، 2016، :232) وفي نفس الصدد تقول

أن هذه النسبة نجدها ترتفع عند العصابين (Traubenberg,2015) كما يشير ارتفاع نسبة استجابات الجزئية الصغيرة Dd إلى الانشغال والاهتمام الكبير بالتفاصيل والأمور العملية وهذا ما يميز التنظيم العصابي وخاصة الوسواس القهري، حيث بلغت نسبتها 21.62% والتي تعتبر مرتفعة على ما هو معياري المتراوح ما بين 6-10%.

أما استجابة DbI التي ظهرت في اللوحة (II) مقترنة بمقرر شكلي سيء والتي تحمل معنى التمييز la différenciation يترجم عموماً نقصاً أساسياً وحرماناً حقيقياً في العلاقة مع الأم، وهذا ما يترجم الفقدان الذي تعيشه الحالة.

عند (Chabert) تشير نوع هذه الاستجابات إلى ضعف الأنا عند الأشخاص الذين لا يستطيعون بناء شخصياتهم على نواة حقيقية (جعديوني، 2011: 250)

أما الاستجابات الشكلية فقدرت بنسبة 56.76% فهو يشير إلى وجود المراقبة الدفاعية للواقع ظاهرياً مع وجود 69% F+= وهي منخفضة بالنسبة للنسبة المعيارية المتراوحه بين (80-95) ، فحسب Pierre Deboux ( Pierre) فهي تشير إلى وجود مراقبة الأنا لواقع المفحوص ظاهرياً وبحساب F% نجدها 78.38% ضمناً نجد أن مشاركتها العاطفية غير متكيفة قد يعود هذا إلى نكوص مستوى الأنا مما يشكل لنا أنا ضعيف وهذا ما جاء به Anzieu et Cherbet بأن انخفاض هذه النسبة تدل على ضعف الأنا وعدم قدرة المفحوص على فهم الواقع بشكل كاف (Pierre Deboux ; 2009 :63)

**ديناميكية السياقات:**

**المحددات الحركية:**

تميز بروتوكول الحالة بظهور حركة تمثلت في حركتان إنسانية k و التي ظهرت في اللوحة (III) « بنادم يجبد في حاجة » وهي تعكس عدم إدماج مناسب لتصور العلاقة في البعد النزوي الليبيدي و العدوانى ، كما نسجل صعوبة تقمص التي تستنفد دفاعات بحيث أن الحالة تستثمر جسدها على أنه موضع معاناة وقلق أما اللوحة (IV) "رجل ينقد في رجل واحد موراه" بحيث تعبر عن حاجتها إلى الدعم بشكل متوتر . كما نسجل اجابتين للحركة الحيوانية (Kan) في اللوحتين (IV) (VIII) والتي تدل على ميولاتها الاندفاعية العدوانية غير المضبطة كما تشير إلى عدم استخدام التلقائية في التعبير عن الرغبات والمواقف هذا حسب (Rash et Traubenger 1970) أما (Saziouk 1994)

فيقول هذه الاستجابة نجدها عند الاشخاص الذين يستسلمون للإحباط ويتمكنون من تأجيل القدرة على الاشباع (Pierre ; Debroux ; 2009 ; P66)

أما تسجيل إستجابة من نوع Kobj في اللوحة (IV) "صاروخ طالع ..." فهو إجابة ذات رد فعل انفجاري 'réponses explosions' تعبر عن رغبات غير قابلة للتحقيق والتي تولد شعور دائم

بالحرمان مما ينتج عنه الكبت ووفقا لـ (EXNER ;1986) "هذا النوع من الاستجابات " Les " mouvements d'objets" هي مؤشر لتجربة حالية وحادة (و ليست مزمنة ) من القلق والخوف من فقدان السيطرة و الوقوع في تجربة الضيق والاستغاثة (66: 2009 ; Pierre.D)

#### المحددات الحسية:

الاستجابات اللونية الواردة في البروتوكول قدرت ب 10 استجابات (C' =01 ; CF=5 ; FC=4) فكانت معظمها مقترنة بالشكل حيث نلمس الطبع النكوسي والذي يخص العلاقة مع الأم وهنا تظهر محاولة البحث عن التوازن بين المراقبة والعاطفة من خلال المراقبة الشكلية فيعمل الجهاز الدفاعي على تقليل الأثر الانفعالي والاستهامي لمادة الاختبار (جعدي، 2016: 220). كما نسجل غياب اللون في اللوحات الحمراء والتي تحاول من خلالها انكار العاطفة نظرا لحدة آلية الكبت كما يؤكد هذا غياب اللون الأحمر في اللوحة (II) الذي يترجم بدوره تجنب التعبير عن العلاقة.

أما تسمية اللون الوردي في اللوحة (VIII) يؤكد على وجود اضطراب مرتبط بصعوبات في احتواء الحركات الغريزية وبالتالي تصدع التهيئة الدفاعية كما يترجم وجود تصدع في المواضيع الداخلية التي تهاجم من الغرائز التدميرية وهذا بالرجوع إلى Winnicott الخاصة بالعلاقات المبكرة ونوعية السند الأمومي أو البحث عن شيء يرتكز عليه (Etayage) كما قد تعكس هشاشة الغلاف النفسي، أما بالنسبة لـ (Anzieu et Charbet ; 1989) "أن الاستجابات اللونية المرتبطة بأجزاء الجسم والتشريحية Anat في كل من اللوحات (VIII-VII-X) فهي تعبر عن صورة الجسم (L'image corporelle)" ويتسجل استجابة واحدة من نوع C' في اللوحة (V) ^الغيمة سوداء^ هذا يشير إلى القلق والاكتئاب (69: 2009 ; Pierre.D)

أما وجود CF=05 مع وجود FC=04 فحسب (Anzieu,1999) "فهو شخص غير متكيف، مع وجود تمركز مع الذات وعدم الاستقرار وبالتالي فهو فاقد للسيطرة واندفاعي". وهذا ما تشير إليه نسبة RC التي قدرت ب RC= %43.24 وهي مرتفعة عن النسبة المعيارية المقدر ب(30-40%) والتي تدل على قابلية الأيحاء أي خضوع الحالة للمنبهات الخارجية بمعنى أن اكتساح الألوان يعكس فشل وصعوبة القدرة على الإحاطة للحركة النزوية نظرا لفشل المحاولة الدفاعية. كما تشير معادلة النضج العاطفي FMA إلى عدم نضجها العاطفي والوجداني كما نسجل  $FC < CF + C$  وهي تشير إلى القلق فحسب (Saziouk ; 1994) "فإنه دليل على التقلب وعدم التنظيم والخروج عن السيطرة"

(Pierre.D ; 2009 :78)

### نمط الصدى الحميم (Type de résonance intime):

إنها صيغة تفسر العلاقة المتبادلة بين استجابات TRI وتعتبر (C) والاستجابات اللونية (K) الحركة التي تشير إلى كيف يختبر الإنسان و ليس كيف يعيش و ما يطمح إليه و تعتبر قيمة " Measure" (Rorschach , 1947) تسمح بتحديد شكل العصاب فهو يعكس الروابط الوظيفية العميقة التي من خلالها يكون الفرد إما منبسط (Extratensif) أو انطوائي (Introversif)

وانطلاقاً من هذا المنظور فنجد نسبة  $4.11\% = \frac{37}{09} = TRI$  وهي تشير إلى تفوق العناصر اللونية بكثافة عن الحركة الكبرى ( $09 < 02 = \sum C > K$ ) وهذا ما يميز الانبساطية التي تميزت بها المفحوصة أي أنه تخضع تماماً للدوافع ولديها قابلية كبيرة للتعبير وللإستتارة الاجتماعية وتبعيه للخارج مع صعوبة مراقبة دفاعاتها ونزواته، ولديها عاطفة غير مستقرة وتقدم قدراً أكبر من اللارادية وقابلية الإيحاء (Pierre.D,2009 :79)

احتوى البروتوكول على 04 إجابات شائعه بنسبة  $10.81\% = Ban$  وهي تشير إلى عدم تكيف تفكير المفحوص مع واقعه المعاش. أما نسبة القلق فقد بلغت نسبه  $12,5\% = IA$  مرتفعة جداً بالنسبة لمعدل العادي المتمثل في  $IA=12$  مما يدل على أن الحالة تعاني من قلق حاد يعكس غياب التعقيل (Défaillance de mentalisation) وهذا يقودنا الى تصنيف الحالة وفق الجدول الاكلينيكي للعصاب وهذا ما يعكس التنظيم العصابي للحالة

أما فيما يخص اختيار الاختبارات فقد أبدت الحالة وضعية مقلقة وهذا بداية من اللوحة الأولى حيث تم اختيارها كأول لوحه لم تعجبها ثم اللوحة الثالثة فالرابعة والخامسة والسادسة والسابعة حيث فسرت عدم اعجابها باحتوائها على اللون الأسود وهي طريقة التي عبرت من خلالها عن الصدمة والقلق الذي أحدثتها هذه اللوحات في الحالة....

بالنسبة للاختيارات الايجابية فوقع اختيارها على اللوحة الثانية وذلك لاحتوائها على الدفء والعاطفة والبحث عن السند أما اللوحة العاشرة فسرت اعجابها بوجود الألوان (تحسك بالبهجة) وهذا ما يدل على الاستثمار للعالم الخارجي.

التفسير الدينامي للوحات:

اللوحة (01): لوحة الدخول في وضعيات جديدة

أعطت المفحوصة استجابتين بوجود استجابة جزئية موجبة بمحتوى انساني دليل على الرغبة في الاتصال بالآخر زمن الرجع 36"

اللوحة (02): اللوحة الجنسية

ارتفع زمن الرجع 58" وقد قدمت استجابة مع وجود استجابة انسانية غير محددة الهوية هذا يدل على وضعية نكوصية في العلاقة الأمومية مرتبط بصعوبة ادماج الهوية والوحدة النفسية والجسمية

اللوحة (03): لوحة التقمص

انخفض زمن الرجع إلى 53" مع تسجيل استجابة لونية محددة بشكل لمحتوى حيواني متبوعة باستجابة لحركة انسانية والتي تشير إلى صعوبة الادماج الليبيدي النزوي العدواني كما تدل على صعوبة التقمص أو تمثيل الذات بالمشابه له

اللوحة (04): اللوحة الأبوية

انخفض زمن الرجع 28" نسجل استجابتين جزئيتين ذو محتوى نباتي والثانية ذات محتوى انسان خيالي وهذا يشير إلى سلطة الأب واتباع هذه الاستجابتين بالرفض يدل على تدخل سيرورة الانشطار التي يتجاوزها بعدم المعرفة وتشير إلى هشاشة الأنا أين يكون الكبت كسيرورة (la fragilité du moi)

غير قابله لاستمرارية لضمن الحدود النرجسية. كما تدل كذلك على الصدمة

اللوحة (05): لوحة صورة الذات

نسجل انخفاض كثير في زمن الرجع 04" وهذا ما يدل على أن الحالة لا تزال داخل الصدمة من اللوحة السابقة مع تسجيل استجابة لونية سوداء دليل على الاكتئاب والقلق وعدم التكيف مع الواقع وصورة الذات

اللوحة (06): اللوحة الجنسية



يعني زمن الرجوع كما هو "04" نسجل خمس استجابات جزئية بالرغم من ذات محتوى متنوع (pays) و (Elément) رغم المضمون الإيجابي الذي تحمله اللوحة إلا أن الحالة جردتها من ذلك مما يدل على تثبيط جنسي ونكوص يرجع إلى العلاقات الأولية بالموضوع. كما يدل تدوير اللوحة المستمر إلى محاولة التكيف مع الوضعية الجديدة.

اللوحة (07): لوحة الأمومة

ارتفاع زمن الرجوع "32" نسجل استجابات ذات مضامين غير مدمجة لإنسان أو حيوان (3 رسان) مع تدوير اللوحة مما يعكس سيرورة الانتظار الموضوع واضطراب في العلاقة بالأم حسب ما توصي به رمزيه اللوحة.

البطاقة (08): بطاقة التكيف العاطفي

انخفاض زمن الرجوع إلى "08" مع تسجيل استجابة من نوع (رجلين شادين في السبع) دليل على البحث عن السند، وإجابة les masques يشير الى عدم كشف الذات وهذا دليل على عدم التكيف العاطفي

البطاقة (09): الصورة الأمومية

ارتفاع زمن الرجوع إلى "19" الحالة استجابة لونية المرتبطة بمقرر شكلي لاستجابة تشريحية مع استجابة دليل على تصدع في المواضيع الداخلية التي تهاجم الغرائز التدميرية فهي خاصة بالمواضيع الأولية وبالرجوع إلى Winnicott ونوعية السند الأموي أو البحث عن سند يرتكز عليه (étayage)

البطاقة (10): لوحة العائلة

تراجع في زمن الرجوع "11" قدمت المفحوصة استجابات حيوانية مما يدل على اضطراب في العلاقات العائلية كما يدل على الانطباع العاطفي (المؤلم) وتصدع العلاقة الأولية مع العالم الخارجي أو قلق الانفصال من خلال المقررات اللونية المرتبطة بالشكل.

### 7.1.1 التحليل العام للحالة الأولى:

استنادا على محتوى المقابلة العيادية نستج أن بداية الاضطرابات كانت بعد الزواج وكانت عبارة عن هجمة الهلع لم يتم علاجها فتطورت أعراضها المتمثلة في (سرعة خفقان القلب، التعرق، الاختناق

والاغماء، الخوت من الموت) وبالرجوع إلى DSM-IV فهي أعراض تصنف ضمن الجدول الاكلينيكي لاضطراب نوبات الهلع Panic Disorder. هذا ما جعلها تعيش حالة من القلق المزمن مصاحب باضطراب الاكتئاب والذي عبرت عنه بالإرهاق والتعب والرغبة في الهروب (La figue) والذي قدرت درجته في اختبار بيك للاكتئاب بـ 36 درجة وهي تدل على الاكتئاب الشديد، بالإضافة إلى ذلك بروز مؤشرات أو دلالات تشخيصية في استجابات اختبار رورشاخ للحالة التي تدل على الاكتئاب والقلق

فالإكتئاب مرتبط بالقلق في أغلب الحالات إلا أن الحدود بينهما غير فاصلة ولم يتمكن كل من الدليل الاحصائي للطب العقلي DSM-IV أو الدليل العاشر الخاص بمنظمة الصحة العالمية CIM-10 من حصرها في الفئة التصنيفية المستقلة بها بسبب عدم وجود دراسات سيكولوجية كافية يعتمد عليها لتقديم مقترح تصنيفي وبالتالي فهي لا تعتبر فئة تشخيصية وإنما فئة اكلينيكية امبريقية

## 2.1 عرض وتحليل الحالة الثانية:

### 1.2.1 تقديم الحالة الثانية:

الاسم: ن

السن: 52

السكن: عين تموشنت

المستوى الدراسي: سنة ثالثة ثانوي

المهنة: مأكثة بالبيت

الحالة المدنية: متزوجة

عدد الأولاد: 2 ولدين

سوابق مرضية: عملية الزائدة الدودية

## 2.2.1 فحص الهيئة العقلية :

## الاستعداد والسلوك العام

الحالة "ن" ذات النمط النحيف، Type leptosome متوسطة القامة، جميلة، بشرتها بيضاء وعيونها عسليه، تلبس الحجاب العصري" الساجدة" لم تغيرها طيلة الجلسات، نبيلة يبدو عليها ملامح الحزن والإرهاق. لا تحترم المواعيد وتأتي متأخرة، تضع الكمامة رغم أن الوضعية الصحية لا تتطلب ذلك وعندما سألناها عن السبب تبين أنه ليس خوفا من كورونا وإنما هي لا تريد أن يراها الناس. فكرنا حينها في الرغبة في الانعزال الناتجة عن الاكتئاب، الرهاب الاجتماعي أو سمات الشخصية التجنبية

## النشاط العقلي:

تعبر عن أفكارها بوضوح مع القدرة على التحليل حيث تربط مشاكلها الراهنة بالماضي، يتخلل حديثها شروود ذهني يعود الى الكف العقلي (Inhibition intellectuelle) ' فترات الصمت يغلب عليه طابع الحزن، تتمتع بقدرات تكيفية مع العالم الخارجي يظهر في التزامها بالمعايير والقيم الاجتماعية

## المزاج والعاطفة:

غلب المزاج الإكتئابي على معظم الجلسات ' مشاعر الحزن، التعب والانهايار. والتقدير الذاتي المنخفض.

## محتوى التفكير:

تركز الحالة على الماضي وعلى مرحلة الطفولة، مضمون أفكارها يتمحور حول صورته لذاتها والسعي للحصول لتقدير الآخرين لها.

## القدرة العقلية:

تمتاز بذاكرة جيدة للأحداث القديمة والقدرة على ترتيبها في حين نسجل ضعف في تذكر الأحداث القصيرة المدى

## الحكم والاستبصار:

الحالة مستبصره بمشاكله ولكن يغلب عليها التشاؤم والانهيار مما جعلها تفكر في الموت بدل السعي لإيجاد الحلول

### 3.2.1 تحليل المقابلات للحالة الثانية:

أول ما بدأت به الحالة "ن" هو حديثها عن طفولتها وذلك لأن والدتها حملتها المسؤولة وهي صغيرة في السن، "ملي كان عندي 9 سنين شديت المسؤولة، أن قاع مالمعتش رفدت المسؤولة صغيرة". صرحت الحالة "ن" بأنها هي من قامت بتربية إخوتها وأنهم يعتمدون عليها في كل شيء "حتى القهوة انا نكبها لهم" وأضافت "ن" أنها كانت تدعو الله أن تتزوج بعيدا عن أهلها حتى ترتاح من مسؤوليتهم "باش نتهنى ما خوتي". واصلت الحالة حديثها عن سلوك إخوتها الاعتمادي الذي استمر حتى بعد زواجها "وحد الخطرة مور زواجي رحت لدارنا ما ، كانت مريضة ، خوتي داروني ك القرصونة مافقتش بروحي حتى توغت و طحت ما سما الأرض". لم تتحمل الحالة الضغط الذي مارسه عليها إخوتها وانهارت ولكن ما حز في نفسها أن والديها اعتبروا أن ردة فعلها غير مناسبة "ما وبا ما جاوش معايا وقالو لي درت السليم "

موقف والديها هذا يعكس المنظومة الثقافية -الاجتماعية التي تعزز القيم الذكورية وتكرس قصور المرأة ودونيتها.

ذكرت لنا الحالة بأن أمها كانت جد قاسية معها و كانت تضربها " انا ما كانت تضربني و تبششني و ما تطلقنيش ، غ جداتي تسلكني منها " أرجعت الحالة قسوة والدتها عليها إلى المشاكل بين الأب و الأم " لا خاطر با كان غابنها ، انا با ما بغاش ما "، قامت الحالة باستعمال آلية دفاعية لتبرير سلوك والدتها و هذا يعود إلى شعورها بالذنب، ويعد هذا من خصائص المصاب بالإكتئاب وهذا ما أكده Freud بأن مشاعر الذنب ذات مصدرين أحدهما قديم جدا يرتبط والعلاقات الأولى مع الوالدين ، أي الندم أيضا له مكانة والمصدر الثاني أكثر حداثة يرتبط ووعي الضمير (عبد اللاوي، 2019 : 76). أضافت "ن" في نفس السياق وهي تبكي أن أمها لا تهتم لأمرها و أنه عندما أجرت عملية الزائدة الدودية و أخذها زوجها إلى بيت أهلها فأما لم تستقبلها "أنا ما، قاع ما علابالهاش بي، وحد الخطر درت براسيون قاتلي علاش جابك عندي و قاتلي روحي لدارك " أخبرتنا الحالة أنها رجعت إلى بيتها مما سبب لها حرجا كبيرا أمام زوجها الذي أصبح يذكرها في كل مرة بهذه الحادثة " فسرت الحالة معاملة زوجها لها

و سيطرته عليها كونه يدرك جيدا أنها لا يمكن أن تعود إلى بيت أهلها لأنهم لا يقبلونها" مين عارف دارنا ك دابرين , مسيطرني , لا خاطر عارفني بلي ما عنديش وين نروح"

بخصوص زواجها ذكرت لنا الحالة أنها كانت تظن أن بزواجها ستنتهي معاناتها ولكنها وجدت نفسها أمام مشاكل مع أهل الزوج ولكن هذا الأخير قام بحمايتها. في هذا السياق صرحت لنا الحالة أنها تحب زوجها رغم أنه عصبي وشديد في التعامل معها كما أنه حرّمها من أمور كثيرة " يظل يقزي فيا " و كان مزير علي بزاف , لوكان تطلقيني دروك برة نتودر" يبدو أن زوج "ن" وضع لها قيودا كثيرة،" كان يظل يعس فيا , ما يخلنيش نلبس كما نبغي و ماكانش يخليني ندير الماكياج و دروك راه يقول لي ديري . " أضافت الحالة أنها كرهت كل شيء وتتمنى أن تموت. عزوف الحالة عن التجميل وتمنيها الموت يعكس مزاجها الاكتئابي وذلك حسب (Freud) أن فقدان الحيوية النفسية عند المكتئب تكون نتيجة لصراع نفسي أي نوع من الصدام الداخلي حيث تهيمن نزوة الموت على نزوة الحياة "

نسجل التقدير الذاتي المنخفض لدى "ن" و ذلك منذ الطفولة " أنا خوالي كانو يقولولي معقدة , لا خاطر قاع ما نهضرش و نبكي بزاف" و صرحت "ن" أن هذه الحالة استمرت معها إلى سن الرشد فهي لا تدافع عن نفسها أبدا و تلجأ إلى البكاء, و أرجعت السبب في ذلك إلى نمط التربية التي تلقتها "لا خاطر أنا تربيت على الحشمة" . بررت الحالة سلوكها ولجوءها إلى النكوص كآلية دفاعية أما كون "ن" لا تستطيع أن تدافع عن نفسها فهذا راجع إلى عدم القدرة على التعبير الانفعالي

« نسا خوتي يضحكو علي لا خاطر عارفيني ك عايشة " عبارة تعكس الإحساس بالخجل لدى الحالة، هذا الاحساس الذي يزيد من انخفاض درجة التقدير الذات لديها .

أما فيما يتعلق بمرافقة أم زوجها فقد صرحت لنا الحالة أنها تقوم بذلك مرغمة لأن زوجها يفرض عليها ذلك. كما صرحت الحالة أنه وقع خلاف بين زوجها وإخوته بخصوص التكفل بوالدتهم وغضب زوجها واتخذ قرارا بالتكفل وحده بأمه وطبعا "ن" هي التي تقوم بالعناية بها. فسرت الحالة سلوك زوجها بأنه لا يحبها لأنه لم يتزوجها عن حب عكس زوجات إخوة زوجها ولهذا في نظرها، لم يفرضوا عليهن مرافقة والديهم. لروك مين عجوزتي هبلت , غ انا لي راني حاصلة , عنده زوج خوته , بصح أنا راجلي ما بغانيش غ نعتوني , و سلايفاتي , حمياني بغاؤهم " "حمياني يضربو على نساؤهم , غير أنا لي ما علابا لهش بي"

تحليل الحالة لموقف زوجها كان من منطلق عدم تقديرها لذاتها حيث ترى أنها غير محبوبة من طرف زوجها. عبارة أخرى تؤكد ضعف التقدير الذاتي عند الحالة خاصة وأنه استعملت التعميم " أنا حتى واحدا ما دايرلي حساب "

تبين من خلال المقابلات أن الحالة متضررة جدا من مرافقة أم زوجها والتي انعكست على كل أفراد أسرتها وتساءلت الحالة كيف أن أولادها يتحصلون على معدلات جيدة رغم الظروف الصعبة التي يمرون بها. أخبرتنا "ن" أن أم زوجها أصبحت تعاني من الأرق وتزعجهم ليلا. عبرت لنا الحالة عن استياءها لأنها تنتظر الليل بفارغ الصبر لتأوي إلى فراشها فهي تفضل الليل على الفترة الصباحية وعندما سألتها إذا كانت تستطيع النهوض صباحا أجابتنا " لو كان نصيب قاع ما نوضش " إنه سلوك نموذجي عند المكتئبين، فهم يستعملون حلول الليل للخلود للنوم كوسيلة للهروب من مواجهة الواقع ويتمنون لو يستبدلون النهار بالليل.

أحيانا تكون أم زوج "ن" عدوانية معها و لكن عدوانية لفظية فقط "عجوزتي مهبولة تعاريني بصح هو قاع ما تعاريرهش خطرات نقول هد ماشي مهبولة" من ناحية أخرى أم زوجها لديها تناذر قودو فهي تتبعها أينما كانت، الشيء الذي يثير أعصاب "ن" و في حالة ما إذا خرجوا في نزهة فأم زوجها تطلب منهم الرجوع إلى البيت و تصر على ذلك، إنه القلق عند المصاب بالزهايمر و التعلق بالمعالم الخاصة به . "دير المنكر , حنا قاع ما نخرجوش , نحوسوا و ك نخرجوا , وين نوصلو و نخطوا صوالحنا تقولنا نشوروا و تقعد غ تهضر ايا راجلي يتنارفا و يقولنا نشوروا" . ثم أضافت "ن" معبرة عن ضجرها من سلوكيات أم الزوج «كرهت ما رانيش عايشة حياتي»

وعند سؤالها فيما يخص علاقتها بزوجها فهي علاقة يسودها الخلافات خاصة بعد فرضه عليها مرافقة أمه وهذا ما انعكس على الحياة الجنسية التي أصبحت شبه منعدمة وهذا راجع إلى انخفاض الطاقة الليبيدية وانعدام الرغبة حيث صرحت الحالة أن **كل شيء مات في** " كما ذكرت لنا أن زوجها يقول لها أنها تبدو أكبر سنا وأن جسدها بدأ يترهل. نسجل هنا ان الحالة لم تبدي أي انفعال وأخبرتنا بما قاله لها زوجها بكل برودة (اللامبالاة) مما يدل على وجود اضطراب الإكتئاب عند الحالة

وجدت الحالة نفسها مضطرة لمرافقة أم زوجها و لم تجد المساعدة و لا الدعم بالعكس فعندما تأتي أخت زوجها لتزورهم تطرح عليها اسئلة تحمل في طياتها الشك والإتهام " حماتي تظل تقيسلي فالمعاني :

مالها ما ؟ " " هذي مارهاش تاكل ؟ " بكت كثيرا "ن" من الوضعية المزرية التي تعيش فيها و أكثر شيء يؤلمها أنها لا تجد السند من طرف عائلتها ولا من طرف زوجها *انا ما عنديش لي يدافع علي* "و راجلي ما علا با لهش بيا , قاع ما نشفهش " "ن" لم تعد تتحمل و تشعر بالإنهيار " *خطرات تقولي غ نروح ما يعرفوش قاع وين راني* " , هذه الوضعية جعلت الحالة تفكر في الانتحار في العديد من المرات حسب ما صرحت لنا " *نظل نبكي و شحال من خطرة فكرت في الانتحار* " و *الله ما قديت خطرات تباللي غ نقيس روعي ما بالكون* " . إذن نستنتج أن الحالة لديها سمات الشخصية التجنبية وتعاني من الاكتئاب، حالتها تتطلب تدخل علاجي.

#### 4.2.1 تحليل نتائج اختبار بيك للاكتئاب للحالة الثانية:

تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب مع الحالة "ن" من خلال المقابلة العيادية الموجهة وذلك بتقديم الاختبار للحالة والطلب منها قراءة التعليمات والإجابة على بنود الاختبار. استجابة الحالة للاختبار كانت سريعة دامت مدة الاختبار 09د حيث سجل اختبار بيك مع الحالة "ن" 48 درجة، حيث تحصلت الحالة "ن" على إجابة واحدة بدرجة (0) في الهيجان والاثارة، وتحصلت على إجابتين بدرجة (1) من خلال البندين: مشاعر الاثم، نقد الذات ولومها، أما عدد الإجابات من الدرجة (2) فقد قدرت ب8 إجابات في البنود التالية: الحزن، فقدان الاستمتاع بالحياة، عدم حب الذات، فقدان الاهتمام، التردد في اتخاذ القرارات، تغيرات في نظام النوم، قابلية الغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية أما إجابات من الدرجة (3) فقد بلغت 10 إجابات في كل من البنود: الفشل السابق، الشعور بالتعرض للأذى ، الأفكار الانتحارية، البكاء، انعدام القيمة، فقدان الطاقة على العمل، صعوبة التركيز، الإرهاق أو الاجهاد وفقدان الاهتمام بالجنس. فبالاستناد الى اختبار بيك للاكتئاب نستنتج أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد جدا وهذا ظهر من خلال تكرار الإجابات بالدرجة (3) ب 10 اجابات. فنسجل من خلال اختبار بيك للحالة "ن" ارتفاع في درجة كل من (البكاء وانعدام القيمة وكذا الشعور بالأذى وهذا ناتج عن انخفاض التقدير الذاتي وغياب المساندة الاجتماعية وكذا نسجل ارتفاع شديد في الإرهاق وفقدان الاهتمام والاجهاد وهذا دليل على الاجهاد النفسي والجسدي جراء وضعية المرافقة لام الزوج المصابة بالزهايمر كما نسجل اضطراب النوم والشهية وصعوبة التركيز كلها اعراض ناتجة عن اضطراب في النظام الهرموني كما تميز اختبار بيك للحالة "ن" بوجود درجة (3) في البنود أفكار انتحارية وفقدان الرغبة بالعيش. فهذا دليل على الحزن والانهييار الشديد الذي تعيشه الحالة.

5.2.1 عرض وتحليل نتائج اختبار رورشاخ للحالة الثانية:

جدول رقم (06) : يمثل بروتوكول الرورشاخ للحالة الثانية

اللوحه	وضعية اللوحه	استجابات	التحقيق	إدراك البقع	زمن الرجوع	زمن الاستجابة
I		1-خفاش	كل اللوحه	G F+ A (Ban)	25"	12"
II		2-poumons	في الوسط	D CF Ant	11"	"14
III		3- زوج راهم متعانقين	في الجزئين الجانبيين بالأسود	D F+ H	"34	17"
IV		4- ماشي باينة	/	Refus	14"	"7
V		5- خفاش	كل اللوحه	G F+ A (Ban)	25"	15"
VI		6- مافهمتهاش شكل غريب	ما ميزتلهاش فيها الظلام	CHOC	11"	13"
VII		7- كالغيمه جاية كحله	كل اللوحه	G C'Frag	"21	5"
IIIX		8- les roses هد شابه خير ملخرين	كل اللوحه	G FC Bot	"8	01"1'
IIX		9- les fleurs الألوان شابيين	كل اللوحه	G FC BOT	19"	'33"1
X		10- هذا بانلي كي Tableau واه Tableau	كل اللوحه	G C Obj	"28	"12



جدول رقم (07) يمثل نتائج إختبار روشاخ للحالة الثانية

المحتوى	المحددات	إدراك الموقع
A=02	F+=03	G=06
Ad=00	F-=00	D=02
H=01	FC=02	Dd=00
Hd=00	CF=01	Dbl=00
Anat=01	C=01	
Bot=02	C'=01	
Obj=01	K=00	
Frag=01		
R=08	R=08	R=08

- اختبار الاختيارات:

الاختيار الإيجابي: اللوحات (III X) و (IX) فيها الألوان

الاختيار السلبي: قاع ما عجونيث

السيكوجرام Le psychogramme:

Temps total : '7"10

Temps par réponse :  $\frac{\text{Temps total}}{\text{Nombre de réponses}}$

Temps par réponse :  $\frac{7,10}{8} = 0,89$

Ban% =  $\frac{\Sigma \text{Ban}}{R} \times 100$

$$\text{Ban}\% = \frac{02}{08} \times 100$$

$$\text{Ban}\% = 25\%$$

- حساب نسب استجابات البقع (Mode d'appréhension):

$$\text{G}\% = \frac{\Sigma G}{R} \times 100$$

$$\text{G}\% = \frac{06}{08} \times 100$$

$$\text{G}\% = 75\%$$

$$\text{D}\% = \frac{\Sigma D}{R} \times 100$$

$$\text{D}\% = \frac{02}{08} \times 100$$

$$\text{D}\% = 25\%$$

- حساب نسب استجابات المحددات الشكلية (Les déterminants Formels):

$$\Sigma F = 03$$

$$\text{F}\% = \frac{\Sigma F}{R} \times 100$$

$$\text{F}\% = \frac{03}{08} \times 100$$

$$\text{F}\% = 37,5\%$$

$$\text{F}+\% = \frac{\Sigma(F+) + (F+\frac{1}{2})}{\Sigma F} \times 100$$

$$\text{F}+\% = \frac{03}{03} \times 100$$

$$\text{F}+\% = 100\%$$

$$\text{F}\% \text{ élargi} = \frac{\Sigma F + \Sigma K + \Sigma Kan + \Sigma FC + \Sigma FE + \Sigma Fclob}{R} \times 100$$

$$\text{F}\% \text{ élargi} = \frac{03+00+00+02+00+00}{08} \times 100$$

$$\text{F}\% \text{ élargi} = 62,5\%$$

- حساب نسب استجابات المحتوى (Contenus des réponses):

$$\text{H}\% = \frac{H + Hd}{R} \times 100$$

$$H\% = \frac{01+00}{08} \times 100$$

$$H\% = 12,5\%$$

$$A\% = \frac{A+Ad}{R} \times 100$$

$$A\% = \frac{02+00}{08} \times 100$$

$$A\% = 25\%$$

- حساب نمط الصدى الحميم (Type de résonance intime): TRI

$$CF \text{ et } C'F = 1$$

$$FC \text{ et } FC' = 0,5$$

$$C \text{ et } C' = 1,5$$

$$TRI = \frac{R}{C} = \frac{R}{(C \times 1,5) + (CF \times 1) + (FC \times 0,5)}$$

$$TRI = \frac{08}{(2 \times 1,5) + (01 \times 1) + (02 \times 0,5)}$$

$$TRI = 1,6\%$$

- حساب معادلة النضج العاطفي (Formule de maturité affective): FMA

$$FMA = CF + C$$

$$FMA = 01 + 02$$

$$FMA = 03$$

$$FMA > FC \text{ (} 03 > 02 \text{)}$$

- حساب استجابات الموارد اللونية (Ressource de couleur): RC

$$RC = \frac{\text{Nombre de réponses a VIII,IX,X}}{R} \times 100$$

$$RC = \frac{01+01+01}{08} \times 100$$

$$RC = 37,5\%$$

- حساب مؤشر القلق (IA (Indicateur d'angoisse):

$$IA = \frac{Hd+Anat+Sex+sng}{R} \times 100$$

$$IA = \frac{00+01+00+00}{08} \times 100$$

$$IA = 12,5\%$$

- Elements Quantitatifs

- Refus:01
- Choc:01

### 6.2.1 تحليل نتائج اختبار رورشاخ للحالة الثانية:

الإنتاجية:

قدمت المفحوصة إنتاجية منخفضة ومحدودة كمياً ونوعياً قدرت بـ  $R=08$  وهي نسبة منخفضة بالنسبة إلى الإجابات العادية التي تتراوح بين (15-30) وهذا يشير إلى الكف النسبي، حسب رورشاخ فانخفاض عدد الإجابات  $R$  يعكس التعب، الاكتئاب والكف والتي وزعت على زمن كلي قدر بـ 7,1 دقائق وهو زمن يقل عن الزمن المعياري الذي يتراوح ما بين 20 - 30 دقيقة كما كان تقديم سريع للاستجابات حيث قدر زمن الاستجابة بـ 0.89 ثا

فتناول المفحوصة للاختبار عن بعد والاقتصار على تسمية الشكلية المدركة دون التوغل في البعد الهوامي، مع تسجيل رفض الاجابات في اللوحات (IV-VI) والتي يمكن تفسيرها كألية دفاعية وقمع قوي تقوم به، ويدل كذلك على صعوبة المواجهة وعدم القدرة على السيطرة وبالتالي الإسراع للتخلص من الوضعية الإختبارية.

كما نسجل لغة والتي تمثل عند الحالة كعنصر ضد اكتئابي بظهور الاسقاطي للاستهام العدواني النزوي كما نلاحظ خلل النحوي المسجل بنقص الروابط ما بين العبارات والفقرات اللفظية إن هذا الضعف في الإنتاجية يوحي بنوع من الكف فحسب Freud فإن حالات الكف عبارة عن حد وإضعاف وظائف الأنا وهي تنشأ إما بغرض الوقاية وإما بسبب ضعف الطاقة (بلموفق, 2017)

إذا يمكن القول إن الحالة ذات توظيف في غاية الهشاشة (Fragilité) وهذا ما يبين البنية أو التنظيم العصابي

ومن هذا يظهر أن الحالة تعاني من الأعراض (فقر الخيال، الكف، عدم التصريف النزوي، سلوكيات انهيارية) التي تميز الاكتئاب والذي بدوره يؤدي إلى عرقلة عملية التعقيل (Défaillance de mentalisation)

### السياقات المعرفية:

قدرت نسبة الاستجابات الكلية ب 75% وهي نسبة مرتفعة عن النسبة العادية التي تقدر ب(20-23%) فهي نسبة مرتفعة من ناحية التجريد، تمثل بوجود أسلوب دفاعي في التعامل مع الواقع والذي يفسر بالكبت. وتحليل نوعية الاجابات نلاحظ أغلبية الاجابات لها مقرر شكلي ايجابي مما يعكس فقر هوامي فحسب (Traubenberg, Anzieu) فإن هذا النوع من الاستجابات عندما يكون مقترن بإدراك صحيح فإنها تشير إلى طابع تكيفي للأداء المعرفي بحيث يعتبر هذا العنصر مكونا للهوية الشخصية المستقرة والمتميزة عن البنية الخارجية على العكس من ذلك فإن نذرتهم أو غيابهم في البروتوكول يمكن أن ينذر بخلل في تمثيل الذات (Pierre. D,2009 :56)

وعند معالجة نمط إدراك يظهر أن الحالة تستخدم الذكاء من أجل التكيف مع الوضعيات، أما الاتصال بالعالم الخارجي فيدل على الاستثمار الأنا الخارجي بدل الأنا الداخلي وهي خصائص المكتئب. لقد ظهرت استجابات D منخفضة بنسبة قدرت ب 25% بالنسبة إلى العادية المقررة ب 68-60% تشير إلى فقر في التفكير الملموس، وتدل على عدم الاهتمام بالمشاكل العملية والوظيفية العامة للحياة اليومية كما نجدها تدل على حاجة المفحوص للاتصال الاجتماعي أما ظهور D في اللوحة II فتعكس صعوبة ربطها لنزوات الجنسية الليبيدية العدوانية حيث تبقى ما دون الأوديبية.

مع تسجيل غياب الاستجابات الجزئية الصغيرة Dd وأيضا DbI بوجود ضعف التعقيل عند المفحوصة ويفسر ذلك بتجنب أي مجهود عقلي هو أكثر دقة وتفصيل وربما أكثر استدعاء لعناصر القلق.

أما بالنسبة للمحددات فقد هيمنت على البروتوكول المحددات الشكلية حيث بلغت نسبتها  $F+=100\%$  وهي نسبة مرتفعة تفوق النسبة المعيارية (95-80%) وهي تشير إلى تفكير منطقي صلب وجد مقيد (Pensée rationnelle rigide et trop contrainte)(Beizman.C,2009 :13). كما تعبر عن

اختناق للحياة العاطفية مع ما يقصد الاتصال التلقائي بالمحيط الخارجي ونزعة للفشل واللاحركية. فارتفاع هذه النسبة يدل حسب (Traubenberg, 2015) إلى حالات الاكتئاب والقلق. وهذا ما يؤكده نسبة المراقبة الضمنية أي المشاركة العاطفية في مراقبة الواقع حيث بلغت  $Félgri=62\%$  وهي تشير إلى قوة نكوص الأنا.

**ديناميكيات السياقات:**

**المحددات الحركية (les déterminants kinesthésique):**

في بروتكول المفحوصة لم نسجل أي استجابة حركية مما يعكس لنا درجة الكبت الذي يلزم توظيفها النفسي.

فغياب الحركة الإنسانية يترجم عجز المفحوص عن التوضع في جو انتقالي أي العجز عن الحركية بين الواقع والخيال والخلل في القدرات العقلية الذي ينتج عنه خلل في التعقيل. وهذا لأن الحركة تساهم في تحريك الأنا وعلى القدرة التعبيرية مما يدل على الصدع في التقمصات الأولية الذي يؤدي بدوره إلى إصابة صورة الذات. أما (Pierre) فيقول إن غياب الاستجابات البشرية بدون حركة يدل على القلق والبحث عن الاتصال أو العلاقات الإنسانية أو لديه صعوبات في الجانب العلائقي (Pierre.D,2009 :79)

**المحددات الحسية (les déterminants Sensoriels):**

تحليل القطب الحسي يؤكد انخفاض الاستجابات اللونية التي تطرح اشكالية عاطفية على غياب التمثلات والعجز تسجيل ذات مع استجابة محصورة بالشكل  $C=1$  استجابة لونية مع استجابات محصورة بالشكل بنوع  $CF=1$  وهذا الدليل على عدم التكيف مع تسجيل  $FC=2$  وهذا يدل على عدم الاستقرار الانفعالي والبحث عن شيء يرتكز عليه (Etayage) كما قد تدل على صعوبة خلق روابط بالموضوع. كما قد يفسر بالإصرار على المراقبة والدخول الاجتماعي والرغبة في الظهور في هيئة لائقة، إنها مجموعة من القيم تلعب دور آليات دفاعية تحمل بعدا تكيفي أكثر منه دفاعي

إن احتواء البروتكول على استجابة من نوع 'C' والتي اقترنت بالتسمية اللون الأسود في اللوحة (V) دليل على وجود حساسية اكتئابية حصرية وعدوانية «فالمفحوص عندما يعطي تسمية اللون تكون لديه صعوبة في ادماج عناصره الاستهامية بمعنى صعوبة عملية الإرصان (جبار، 2016، ص 254)

وهذا ما أكده (Pierre. D,2009 :67) "أن الاستجابات التي تحتوي على اجابات اللونية (ابيض، أسود، رمادي) فهي تشير إلى الخوف، القلق والاكتئاب"

كما يؤكد غياب الاستجابات اللونية الحمراء في البروتوكول والتي تحاول من خلاله انكار العاطفة نظرا لمدة آلية الكبت وهذا الأمر يشير إلى سحب الاستثمارات الخارجية (جعدوني،2011)

اشارت نسبة RC التي قدرت بـ  $RC = 37.5\%$  وهي نسبة عادية بالنسبة  $40\%$  وتشير إلى الحساسية اتجاه قابلية الحالة للمثيرات الانفعالية الخارجية وقد دلت معادلة FMA على عدم نضجها العاطفي والوجداني بحيث  $FC > CF + C$

### نوعية المحتويات (Qualité des contenus):

الاستجابات الانسانية شبه غائبة في بروتوكول الحالة بحيث سجلنا استجابة واحدة غير محددة أي لا تفي بالغرض الوظيفي المنتظر حيث لم تستطع المفحوصة تحديد جنس في التصور الإنساني الذي أبدته (زوج متعاقين)، وهي منخفضة حيث تعكس صعوبة على التصور لهويته الذاتية بشكل تام أي صعوبة لإدماج وحدته النفسية الجسدية.

أما بالنسبة للمحتوى الحيواني فهي الأخرى تثبت انخفاض في نسبتها حيث تصل إلى  $25\%$  فيمكن القول إن الحالة تتواجد في مستوى éparpille متأرجح ما بين ميولات اندفاعية وعدوانية نحو الذات في أسلوب تهميش تصورها الذاتي مع عدم القدرة على التمثل كهوية مستقرة ومدمجة وتشير كذلك إلى ضعف مراقبة الأنا للواقع (Pierre,2009). وهي تشير إلى انخفاض نمطية التفكير وهذا قد يعود لاكتساح الاسقاطية البدائية الاستهامية بدوره يعكس صعوبة حدية بين حدوده الداخلية والخارجية.

كما تسجل استجابة تشريحية في اللوحة (II) أن الحدود أنا (Le je) ولا أنا (Le non-je) يتأثر عندما تكون المثيرات الخارجية قوية جدا.

وتشير الاستجابات Bot=02 في اللوحين (II, IX) دليل على العدوانية المكبوتة. كما لديها رمزية جنسية أنثوية (Les fleurs) ما يدل على انشغالها بالاتصال الجنسي أو اضطراب في الهوية الجنسية.

أما الإجابة المقدمة في اللوحة (V) من نوع (Frag) فهي تدل على النزعة العدوانية وهذا ما تؤكد استجابة الحالة في اللوحة (X) والتي كانت من نوع Obz من خلال "راه يبانلي tableau" فبالإضافة لكونها تدل على النزعة العدوانية فهي تعكس كذلك الحاجة للاتصال.

**نمط الصدى الحميمي (Type de résonance intime):**

يتميز نمط الصدى الحميمي TRI في برتوكول الحالة بهيمنة الألوان على حساب الحركات ( $K < 5C0$ ) وهذا يشير الى ان الحالة تنتمي إلى النمط الانبساطي الخالص (Extratensif Pur) المنفتح على العالم الخارجي مما يدل على الاستثمار الخارجي بدل الاستثمار الداخلي. بالنسبة لمؤشر القلق (IA) قد قدر بنسبة 12.5% وهو مساوي للمعيار النموذجي  $IA = 12\%$  وذلك لسيطرة الاكتئاب العصابي الذي قد ظهر بنسبة عالية في مقياس بيك، بالإضافة ما قد ظهر اثناء المقابلة العيادية. هذا ما يؤكد الرفض للوحة (IV) والذي يؤثر لحساسية انهيارية أمام ما تستدعيه رمزية اللوحة نظرا لصعوبة ضبط الانفعالات بحيث مباشرة يظهر انسحابها في اللوحة (VI) ما يشير إلى صعوبة أيضا في المواجهة أي مجددا تظهر بعدم امكانية اللعب الخيالي الواقعي أي التموضع باستقلالية في مجال انتقالي فحسب Winnicott قد يدل على غياب النظام الواقعي للإثارة وبالتالي مواضيع داخلية مهددة غير مؤمنة ومهددة (جبار، 2016، 379)

أما بالنسبة للاستجابات الشائعة فقد بلغت نسبتها 25% وهي نسبة منخفضة تدل على أن تفكير المفحوص لا يصاحب تفكير واقعا الاجتماعي كما يدل على العجز والانهيار. - أما فيما يخص اختيار الاختبارات فقد شكل الاختبار وضعية مقلقة ظهرت من خلال ضعف الانتاجية وسرعة الاستجابة فعبرت عن عدم ارتياح للاختبار (قاع ما عجبونيش حتى وحدا ما تعجب) أما الاختيار الايجابي فقد عبرت عنه من خلال اعجابها باللوحتين (8 و9) وفسرت ذلك "فيها الألوان بزاف عجبوني" **التفسير الدينامي للوحات:**

**اللوحة الأولى: لوحة الدخول في وضعيات جديدة**

أعطت استجابة حيوانية شائعة وهذا يدل على استجابة الحالة للمواقف الجديدة بزمن رجوع قدر بـ 25"

**اللوحة الثانية: لوحة جنسية**

انخفض زمن الرجوع فيها إلى 11" قدمت خلالها استجابة تشريحية تدل على الانفعالية الحصرية في إدراك الواقع وهذا ما يدل على مشكل جنسي

**اللوحة الثالثة: لوحة التقمص**

ارتفاع زمن الرجوع 34"أبدت الحالة خلالها استجابة بشرية غير محددة الجنس مما يدل على عدم قدرة المفحوصة على التقمص أو تمثيل الذات أمام المشابه له



**اللوحة الرابعة: اللوحة الأبوية**

انخفض زمن الرجع 14" مع رفض الحالة للوحة دليل على وجود صراع في العلاقة الأبوية ما يرافق عموماً هوية غير مميزة وغير مستقرة.

**اللوحة الخامسة: لوحة صورة الذات**

تقديم الحالة استجابة كلية حيوانية لمجرد شكل موجب وشائعة وبالتالي يوجد مشكل في هذه البطاقة وهذا يدل على نقطة ايجابية حول الذات بزمن رجع قدر ب 25".

**اللوحة السادسة: لوحة جنسية**

بلغ زمن الرجع لهذه اللوحة 11" مع رفض الحالة لهذه اللوحة دليل على تشكل صدمة مرتبطة بمشكل جنسي فهذا الرفض دليل على الكبت والتثبيط.

**اللوحة السابعة: لوحة الأمومة**

تقديم استجابة لونية مرتبطة بFrag دليل على قابلية انهيارية اكتئابية حيث يعكس حسب رمزية اللوحة إلى هوية تتضمن مواضيع أمومية مهددة ومتوترة بزمن رجع قدر ب 21".

**اللوحة الثامنة: لوحة التكيف العاطفي**

انخفاض زمن الرجع إلى 08" بتسجيل استجابة نباتية والتي تدل على وجود نزوة عدوانية مكبوتة وهذا يدل على وجود اشكالية عاطفية والتي توحى بعدم التكيف العاطفي.

**اللوحة التاسعة: لوحة الصورة الأمومية**

نسجل كذلك استجابة نباتية مما يدل على وجود نزوة عدوانية مكبوتة كما تدل على مشكل في تمثيل الصورة الأمومية في المرحلة ما قبل التناسلية مما يؤدي إلى الكف والتثبيط مع ارتفاع زمن الرجع 19"

**اللوحة العاشرة: لوحة العائلة**

بلغ زمن الرجع 28" تسجيل غياب اللون واستجابة ذات مضمون Obj مؤشر نكوصي نزوي عدواني يدل على صدمة وقلق اتجاه المواضيع الخارجية

**7.2.1 التحليل العام للحالة الثانية:**

استناداً على معطيات المقابلة نصف موجهة تبين أن الحالة بدأت معاناتها النفسية منذ طفولتها والدليل على ذلك أول ما بدأت كلام عنه هو طفولتها التي سادها العنف والعدوانية من الأم وكذا معاشتها للحرمان العاطفي الأمومي مما نتج عنه توظيف نفسي في غاية الهشاشة، وما زاد الطين بلة المعاش

الصعب الذي تعيشه في الوقت الحاضر جراء مرافقتها لأم الزوج المصابة بالزهايمر حيث عبرت الحالة عن معاناتها من خلال الإرهاق والتعب والعزوف عن التجميل وكذا الرغبة في الموت فكلها أعراض تعكس المزاج الاكتئابي لدى الحالة وهذا ما ظهر جليا في اختبار بيك للاكتئاب حيث بلغت درجتها 48 درجة و هي تدل على الاكتئاب الشديد جدا ، كما لاحظنا كذلك تكرار الدرجة (03) بكثرة في الاختبار مع وجودها الدرج (3) في البنذ (09) للأفكار الانتحارية يؤكد ما جاء في المقابلة العيادية ، ضف إلى ذلك خصائص بروتوكول اختبار رورشاخ للحالة هي خصائص بروتوكول المكتتب حسب (Rorchach)

## 2-تحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

سيتم من خلال هذا العنصر التطرق إلى النتائج العامة المتوصل إليها عن طريق الأدوات الدراسة المعتمدة ومناقشتها على ضوء الفرضيات

### 1.2 مناقشة الفرضية الأولى: تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من القلق

#### 1.1.2 من خلال المقابلات

من خلال المقابلات العيادية التي تم إجرائها مع الحالتين، فقد تبين أن المعاش النفسي لزوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر يتسم بعدم الاستقرار النفسي والحركي والذي كان واضحا جليا من خلال الأعراض السريرية عند الحالة الأولى المتمثلة في (الضيق والانقباض، خفقان القلب وصعوبة التنفس، التوتر والخوف من المستقبل والتوقع للأسوأ، نقص الأمان والطمأنينة، أما بالنسبة للحالة الثانية فلم نسجل أي أعراض للقلق ولكن اختبار رورشاخ باعتباره اختبار إسقاطي بنيوي أعطى مؤشرات للقلق الغير الظاهر لدى الحالة الثانية كل هذا أثر بشكل كبير على الحالتين مما أدى إلى قمع الانفعالات والعجز عن التعبير عنها. والذي نتج عنه أنا هش ومهدد، خاضع للاستثمارات الخارجية انعكس على الحياة الجنسية للحالتين والتي تمثل في انخفاض الطاقة الليبيدية وغياب الرغبة. كما لعب التاريخ الطفولي المشحون بالمعاناة النفسية للحالة الثانية دورا كبيرا بحيث تمثلت هذه المعاناة في سوء المعاملة والعنف وعدم التقدير والتي بدورها كانت من العوامل التفجيرية لهذه الأعراض والتي تدل على وجود تنظيم عصابي وذلك من خلال حدة الكف المسيطرة على التركيبة النفسية والتي كشفت عن جهاز دفاعي صارم والذي يشل حركية العاطفة فكل ما تم ذكره يشير إلى وجود قلق مرضي من نوع القلق العصابي والذي عرفه

Freud على أنه قلق ناتج عن تهديد داخلي و صراع قائم بين الهو و الأنا الأعلى كما أقر على الآلية المسببة للقلق بصفة خاصة و للعصاب بصفة عامة هو الكبت (le refoulement).

وهذه المعطيات العيادية تؤكد على وجود القلق لدى الحالتين

### 2.1.2 من خلال فحص الهيئة العقلية:

فقد تجلت أعراض لدى الحالة الأولى تمثلت في:

- صعوبة الاستقرار النفسي الحركي
- التوتر
- الكبت والكف العقلي (l'inhibition intellectuelle)
- صعوبة التركيز وأخذ القرارات
- اختناق التنفس وخفقان القلب
- اضطرابات في النوم
- تفكير منصب على الحاضر
- الخوف من المستقبل

وهذه المؤشرات تدل على وجود القلق.

### 3.1.2 من خلال الاختبار الإسقاطي رورشاخ:

- انتاجية مقبولة وضعيفة مع خطاب محدود غلب عليها التحفظ والتردد مما يدل على القلق والانزعاج أمام المادة الاختبارية
- ظهور الكف النفسي بصورة واضحة في البروتوكولات مما يدل على عواطف عاجزة ودفاعات نفسية صلبة لمواجهة القلق المثار.
- حضور الرفض في البروتوكولات يعتبر كآلية دفاعية وقمع قوي الناتج عن صعوبة المواجهة وعدم القدرة على السيطرة

طول زمن الرجوع في بعض الاستجابات دليل على القلق وعن كبت الرغبات الممنوعة

- ارتفاع D في البروتوكول دليل على ارتفاع درجة التكثيف la condensation
- انخفاض نسبة (G) في البروتوكول تدل حسب (Pierre; 2009) على القلق وعن الرغبات المكبوتة
- ارتفاع نسبة المحددات الشكلية بما فيها +F تدل على نكوص الأنا وهي من الآليات الدفاعية الموجودة في التنظيم العصابي للقلق

- ظهور استجابات من نوع FC يدل على عدم الاستقرار الانفعالي

- اقتران الاستجابات اللونية بالشكل يدل على الطبع النكوصي الذي يميز التنظيم العصابي للقلق.
  - يترجم وجود استجابات تشريحية عن وجود قلق عصابي
  - وجود استجابات لأجزاء جسم الانسان تدل على العدوانية والتي تكون مصاحبة للمعاش للقلق العصابي
  - نذرة الحركة هو درجة الكبت الذي يلزم التوظيف النفسي يدل على القلق العصابي حسب Pierre
  - غياب الارصان العقلي دليل على صلابة وجمود التفكير وهي التي تؤدي الى القلق العصابي
  - ضعف الحياة الجنسية وانخفاض النشاط الليبيدي دليل على وجود القلق
  - دلت معادلة النضج الانفعالي FMA إلى عدم النضج، وتشير  $FC < CF + C$  وتدل على القلق العصابي حسب (Saziouk)
  - أكد وجود مؤشر القلق مرتفع عند الحالة الأولى يدل على القلق العصابي
- ومن خلال هذه المعطيات فقد أظهرت البرتوكولات على وجود قلق. بحيث ظهر بصفة جلية عند الحالة الأولى أما الحالة الثانية فقد ظهرت مؤشرات القلق من خلال اختبار رورشاخ وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى التي تنص على (تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من القلق) حيث اتفقت هذه الفرضية مع دراسة مريم عبد اللاوي 2019 حول المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسنين حيث توصلت إلى أن المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسنين يتميز بالقلق، وهذا راجع إلى الضغط المستمر والمزمن جراء الضغوطات التي تعايشها الحالتين في الحياة اليومية جراء مرافقة أم الزوج المصابة بمرض الزهايمر، كما يرجع كذلك إلى العجز والضعف والشعور بالذنب من جراء الخوف من التقصير في حق أم الزوج المصابة بالزهايمر ، بحيث تشكل وضعية المرافقة واجب ديني وهو ما يضعنا أمام الزامية المرافقة وضرورتها أمام الواجب الديني (عبد اللاوي، 2019: 91) كما قد يرجع القلق للنشاط المفرط للجهاز السمبتاوي الذي يعمل على افراز وسيط كيميائي يسمى ادريالين (زواوي، 2012: 20) ، كما لعب الجانب الاجتماعي دورا في ظهور القلق عند الحالتين وذلك من خلال ما أسماه فرويد بالقلق الخفي الناتج عن الخوف من الأنا الأعلى وهو خوف اجتماعي والذي له دور كبير في احداث القلق العصابي أحيانا بالإضافة الى معاناة بعض العائلات داخل محيطها يضاف اليها قلقا منبعه المجتمع

ففي بعض الأحيان يعيش العائلة قلقا يكون مصدره المجتمع حيث يسودها الإحساس بعدم الأمان، بعض العائلات وبعض المجموعات التي لديها انتماء يؤثر عليهم المناخ الاجتماعي فينتج عنه مظاهر للنكوص (ALBERERHNE. K, 2004 : 47). كما تجدر بنا الإشارة إلى ان الحالة الأولى تعرضت الى نوبات هلع متكررة حيث يعتبر اضطراب نوبا الهلع العرض الرئيسي الأول للقلق العصابي حيث تطورت بعد ذلك الى قلق مزمن وهو ثاني عرض رئيسي للقلق العصابي بحيث تجلت أعراضه في اضطرابات النوم الإرهاق

والوهن عدم الاتساق الحركي .... أما بالنسبة لرغبة الحالتين من الهروب من المنزل (la figure) فهذا يعود حسب (Freud) إلى أحد العوامل الثلاثة المساهمة في ظهور القلق والمتمثلة في الإحساس بعدم القدرة على مواجهة القلق والمتمثل مصدره في أم الزوج (زواوي، 2012).

فكل هذا يصب في محتوى أن وضعية المرافقة لأم الزوج المصابة بالزهايمر لها انعكاساتها في المعاش النفسي للحالتين والتي تمثلت في ظهور القلق العصابي.

## 2.2 مناقشة الفرضية الثانية: تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض

### الزهايمر من الاكتئاب

#### 1.2.2 من خلال المقابلات:

كشفت المقابلات العيادية المطبقة على حالي الدراسة، عن وجود حالة من الانهيار والعجز، الإحباط والعزلة، نقص التقدير الذات وحضور مشاعر الذنب، انخفاض مسجل في الاهتمام والشعور باللذة تقريبا في كل النشاطات بما في ذلك الحياة الجنسية والتي ترجع إلى غياب الرغبة وانخفاض الطاقة الليبيدية، الإحساس بالتعب واستنزاف الطاقة والارهاق مما يدل على الاحتراق النفسي، الأرق والشعور باليأس مما نتج عنه تفكير في الموت إلى درجة التفكير بجدية في الانتحار وهذا ينطبق على الحالة الثانية فقط، صعوبة الارصان العقلي وعجز التعبير الانفعالي، كما لعب التاريخ الطفولي المشحون بالمعاناة دور في ظهور هذه الأعراض "فالدراسات تنص على أن "التعرض للإساءة في مرحلة الطفولة ينبأ بأعراض الاكتئاب والتفكير في الانتحار" (ماجدة، 2007) بالإضافة إلى وجود آليات دفاعية من نوع التجنب، الكف، الكبث، وحذف قيمة الذات. فكل هذه الأعراض تجعلنا أمام جدول إكلينيكي للتنظيم العصابي والمتمثل في اضطراب الاكتئاب.

#### 2.2.2 من خلال فحص الهيئة العقلية:

- نقص التقدير الذاتي
- الشعور بفقدان الأمل
- صعوبة أخذ القرارات
- الإحساس بالتعب وفقدان الطاقة

- مشاعر الذنب
  - الإحساس بالتعب والإرهاق وفقدان الطاقة
  - انخفاض مسجل في الاهتمام والشعور باللذة تقريبا نحو كل النشاطات
  - البكاء وأفكار تشاؤمية
  - أفكار انتحارية عند الحالة الثانية
  - الانعزال
  - الكف الانفعالي، الكبت، التجنب، انشطار الموضوع
  - اضطرابات في النوم
- وهذه الخصائص كلها تميز البروفيل النفسي للمكتئب

### 3.2.2 من خلال اختبار إرون بيك للاكتئاب Beck DI-I:

من خلال النتائج المتحصل عليها من اختبار بيك للاكتئاب، تم التأكد على وجود التوظيف العصابي الذي ظهر على حالات الدراسة، حيث تحصلت الحالة الأولى على 36 درجة مما يدل على وجود إكتئاب شديد

أما الحالة الثانية فقد تحصلت على 48 درجة مما يدل على وجود اكتئاب شديد جدا وهذا وفقا لمفتاح التصحيح لسلم بيك BDI-II

وانطلاقا من هذه النتائج، نستنتج أن كلتا الحالتين تعانين من اضطراب الاكتئاب الشديد

### 4.2.2 من خلال اختبار رورشاخ:

- إنتاجية ضعيفة مما يدل على الكف فحسب Rorschach يدل على التعب والاكتئاب
- ظهور D ضعيفة تدل على عدم الاهتمام بالمشاكل العملية والوظيفية والحاجة إلى الاتصال وهي من خصائص المكتئب
- حضور DbI في البروتوكول يفسر وجود نقص أساسي وهشاشة الأنا (Fragilité de Moi) ووجود نزعة العدوان، وهذا ما يميز العصابي المكتئب
- محددات شكلية مرتفعة فيري (Rorchach, 1942) (فهي من العوامل التي تميز البروتوكول الاكتئابي
- ظهور استجابات من نوع FC دليل على الحاجة إلى السند (l'étayage)

- قلة الاستجابات الحركية تدل على صعوبة التقمص حسب Pierre دليل على صعوبة في الجانب العلائقي
- ظهور استجابات في بروتوكول الحالة الثانية من نوع Kobj-Kan فهو يدل حسب (Saziouk) للاستسلام والإحباط والعيش في تجربة الخوف
- ظهور استجابات تشريحية يدل على الاهتمام الزائد بالصحة الجسدية وتوهم المرض وهو ما يتفق مع أعراض الاكتئاب.
- حضور الاستجابة من نوع 'C' في البروتوكولات تدل على الاكتئاب
- الرفض دليل على الحساسية الانهيارية وصعوبة ضبط الانفعالات وهي من خصائص المكتئب
- انخفاض الاستجابات الانسانية دليل على صعوبة التقمص ما يميز التنظيم العصابي الاكتئابية
- انخفاض الاستجابات الحيوانية يدل على العدوانية نحو الذات في أسلوب تهميش تصورها الذاتي
- ظهرت نسبة الاستجابات الشائعة Ban منخفضة يدل على عدم التكيف منخفض عدم تكيف التفكير مع المعاش وكذلك العجز والانهيار
- انخفاض نسبة RC دليل على القابلية للإيحاء للمثيرات الخارجية، ما يؤدي الى استثمار الخارجي بدل الداخلي وهي من اهم خصائص المكتئب
- غياب الاستجابات الجنسية يدل على فقر الحياة الجنسية وانخفاض الطاقة الليبيدية
- إن كل هذه الدلالات التشخيصية المستخلصة من اختبار رورشاخ تدل على اضطراب الاكتئاب
- إن كل هذه المؤشرات التي استخرجناها من المقابلة نصف موجهة وفحص الهيئة العقلية ونتائج اختبار الرورشاخ تدل على التنظيم العصابي للمكتئب وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية التي تنص على (تعاني زوجة الابن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر من الاكتئاب) بحيث التقت صحة هذه الفرضية مع نتائج دراسة عبد اللاوي مريم 2019 للمعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسنين والتي أسفرت نتائجها على أن المعاش النفسي للراشد المتكفل بوليه المسنين يتميز بالاكتئاب.
- ولعل أهم عامل الذي ساهم في ظهور الاكتئاب هو الأدوار الاجتماعية المنوطة به المرأة الماكثة في البيت بحيث أن الدراسة الكلاسيكية التي قام بها (Bowen and Harris,1978) تبين بوضوح أن كون المرأة تبقى في البيت تربي ثلاثة أطفال يقل عن 14 سنة بدون ان يكون زوجها الى جانبها يساندها فهذا يشكل كوكب من العوامل التي تجعل المرأة عرضة للإصابة بمرض الاكتئاب وهذا في دراسة أقيمت على مجموعة النساء في حي فقير بلندن (Tousignant,1999: 156). كما يلعب العامل الثقافي

والاجتماعي دورا كبيرا في ظهور الاضطرابات النفسية عند المرأة بما في ذلك الاكتئاب (Taleb.M.2016:130) بحيث تظهر ذلك من خلال المحاولات الفاشلة المتكررة في التكيف مع الوضعية الضاغطة والتي تتمثل في الاستثمار المبالغ فيه وذلك من خلال الخضوع والقبول للعالم الخارجي واللذان يعدان عنصران أساسيان في تعزيز الإحساس بالعجز والذي أدى بالحالتين إلى التعامل مع أحداث الحياة بتشاؤم وانهزامية مما ينتج عنه أنا هش ومهدد، كما قد تعود الحساسية المفرطة حسب جايت(1974) أما بيك فيرجع الصيغة السلبية عند المكتئب إلى أسباب الفقد المتزايد من الوالدين في الطفولة أو ربما بسبب شدة الأحداث السلبية (زواوي ، 2012 ، ص33) وهذا ما أكده التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة الثانية والذي لعب التاريخ الطفولي دورا كبيرا في ظهور أعراض الاكتئاب إلى درجة التفكير الانتحاري وهذا ما أكده (كارل ابراهام Ibraham)، أن حالة الاكتئاب التي يشعر بها الراشد هي عملية ترجيح (réactivation) حزن مشابهة قد تلقاها الشخص وهو طفلا وأن السبب الأساسي للاكتئاب هو كحرمان من الحب والاستجابة المؤلمة لهذا الحرمان (زواوي ، ص33) . كما قد يرجع الاكتئاب إلى عوامل فيزيولوجية كعدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم في الجسم، نقص في معدلات المادة الكيميائية للسير وتونين، اضطراب في الغدة النخامية وكذا زيادة هرمون الكورتيزول وهرمون الميلاتونين (بن منصور، 2015 : 70-71)، كما ركز (Skil Khawt 2006) على أن الناقلات العصبية في الإصابة بالاضطرابات المزاجية تكون في النقص النسبي للنورالينفرين وهي إحدى الكانيتو كلامينات التي تسبب الاكتئاب. أما غياب الرغبة المسجلة لكلتا الحالتين فهذا قد يعود لتذبذب الهرمونات الجنسية. (حميمي ،دس : 07) فكل هذه لعوامل تعتبر مفجرة لأعراض الاكتئاب

### 3.2 مناقشة الفرضية الثالثة : تؤثر مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المصابة بالزهايمر على معاشها

#### النفسي

تبين من خلال الدراسة الحالية أن مرافقة لمريض الزهايمر هي عملية مواجهة للضغط اليومي المستمر والمكثف، ما يجعلها تعد تحديا كبيرا، والذي أصطلح على تسميته بالعبء (le fardeau) (Mikolajazak,2020)، فالمرافقة هي وضعية نفسية، اجتماعية، علائقية ودينية، أي أنها وضعية تسيرها أبعاد وتؤثر فيها عوامل وهذا ما جاء في دراسة (Simon Pennec2010) حول أنماط رعاية الأباء المسنين وأنواع القرابة التي تضمن الرعاية للمسنين في حالة إعاقة، والتي أسفرت نتائجها على أن عملية الرعاية يؤثر عليها البعد السوسيو-اقتصادي للشخص المسن أو أسرته، وفي نفس الصدد جاءت



(دراسة خوجة يوسف 2018) والتي حدد خلالها عوامل التكفل الأسري بالمرضى بالزهايمر والتي تمثلت في عامل القرابة بما فيه العلائقي بالدرجة الأولى، عوامل مادية وثقافية ، عوامل دينية كتأثير القيم الإسلامية على شخصية المتكفل.

فكل هذه العوامل تنعكس على المعاش النفسي للمرافق والذي يكون في غالب الأحيان من جنس أنثى، حيث أكدت دراسة (قاسي وغربي 2021) " التكفل الأسري بالشخص المسن الفاقد للاستقلالية" إلى أن عملية التكفل يساهم فيها مختلف أفراد الأسرة جزئياً إلا أنه يتم الاتكال على فرد واحد في مختلف جوانب الرعاية وغالبا ما تكون (الزوجة، زوجة الابن)، ونظرا لصعوبة هذه المهمة فإنها تتطلب جهدا مضاعفا والتي يمنعها من الاستمتاع بالراحة والاسترخاء ومشاركتها الاجتماعية كما تجدر بنا الإشارة إلى أن هذه المهمة بالرغم من صعوبتها إلا أنها ضمنا تعتبر مجانية متاحة في الأسرة، وهذا ما أسمته (Cristina Carrasco 2007) في دراستها بالتكاليف الغير مرئية.

وهذا راجع لتركيبه البيولوجية الخاصة بالمرأة التي تحول دون استخدام لاستراتيجيات تكيفية في تسيير الانفعالات خلال وضعية مرافقة مريض الزهايمر، وهذا ما أكدته دراسة (بن ختيش وبوشدوب، 2022) والتي أسفرت نتائجها على أن الإناث يغلب عليهن الجانب الوجداني الانفعالي كما أنهن يملن إلى اجترار الانفعالات السلبية والتركيز على خبراتهن الانفعالية أثناء مرافقة قريب مريض بالزهايمر وهذا مقارنة مع الذكور.

وانطلاقا من هذا نستنتج أن مهمة مرافقة المسن يقع عبئها على جنس الأنثى والتمثلة في دراستنا الحالية في زوجة الابن والتي تؤثر بشكل كبير على حياتها النفسية ، فالإلمام بالمرض لا يحمي حيثيات العلاقة الخاصة بعلاقة المرافق هذا ما يجعله يدخل في دوامة من العواطف والانفعالات تمتاز باليأس، الحزن، الإحساس بالذنب والذي يرتبط بالصراع القائم بين دوافع الهو والأنا الأعلى مما يحفز الدفاعات اللاشعورية المتمثلة بالعدوان الموجه نحو الذات كميكانيزم دفاعي كمحاولة لإعادة التوازن النفسي (جعديوني، 2011)، إضافة إلى القلق العصابي الذي ربطه أريك فروم بالحاجات الأساسية والانتماء والهوية والحاجة إلى الاطار التوجيهي، وعدم اتباعها بسبب الظروف السيئة والصراع الاجتماعي. ولعل من بين هذه الحاجات الأساسية هي الثناء والتقدير الاجتماعي، حيث يعتبر تقدير المجتمع لمهام الفرد الاجتماعية أهم أبعاد التقدير الذاتي للفرد، كما تلعب المساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي دورا كبيرا في نفسية الفرد، حسب

(Clément et Livio 2005) فإن المتكفل الملازم للقريب فاقد الاستقلالية لمدة طويلة ومع غياب المساعدة يكون عرضة للانهايار العصبي.

وعليه فإن وضعية المرافقة تؤثر على التوظيف النفسي للمرافق (le fonctionnement) psychique حيث تجعله فريسة لمشاعر الذنب، الغضب، الشعور بالإحباط والعجز واللذان يعدان الأرضية الأولى لمشاعر الاكتئاب والحزن والضيق المرافقة له وهذا ما يجعله عرضة للاضطرابات النفس-المرضية والتي بدورها تتعكس على التوظيف العائلي (le fonctionnement familiale) ففي دراسة لـ (Bown 1987) يقول أنه كلما كان مستوى الضغوط والقلق مرتفعاً كلما كان أفراد العائلة أكثر ميلاً للانعزال وينغلقون على بعضهم البعض" (A.karine,2004:47) وفي نفس السياق يضيف (Nicol. C,2003:95) أنه كلما كانت العائلة ذات مستوى اقتصادي وعاطفي ضعيف، كلما كان الطفل عرضة للتداخل في روابط وثيقة جداً مع والديه حيث أنه يصبح يلعب دور اتكاء نرجسي"

وكاستنتاج عام من خلال هذه المعطيات ومن أدوات الدراسة العيادية (المقابلة العيادية واختبار بيك ورورشاخ) فنقول أن هناك علاقة ارتباطية بين المرافقة لمريض الزهايمر والاضطرابات النفس-المرضية ولعل ما يؤكد هذه العلاقة الارتباطية الموجودة بين درجة استقلالية المسن المصاب بالزهايمر ودرجة الإرهاق وجودة الحياة عند المرافق والتي قد تصل حسب (Mikolajazak,2020) إلى الاحتراق النفسي le Brun-out بحيث كلما انخفضت درجة استقلالية المسن زاد الإرهاق وبالتالي انخفاض جودة الحياة عند المرافق مما يؤدي به للإصابة بالاضطرابات النفسية والتي تجعله يحتاج إلى علاج دوائي على الأقل.

ومن هذا المنطلق نؤكد صحة الفرضية الثالثة التي تنص على أن مرافقة زوجة الابن لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر يؤثر على معاشها النفسي. حيث التقت هذه الفرضية مع كل من دراسة (بن خشيش 2022)، (مريم عبد اللاوي 2019). التي أسفرت نتائجها على وجود علاقة ارتباطية بين بعض المتغيرات السلبية (كالإكتئاب، القلق، تأنيب الضمير، انخفاض تقدير الذات، عدم التكيف) والتكفل بالمسن المريض بالزهايمر كما اتفقت هذه الفرضية كذلك مع كل من دراسة (مريم عبد اللاوي 2019)، (مريم سراي 2016) على سلبية المعاش النفسي لعينات الدراسة.

## 3-الاستنتاج العام

بعد دراستنا للحالتين واستنادا إلى تحليل المقابلات العيادية النصف موجهة وكل من اختبار بيك ورورشاخ، وجدنا أن معاش الحاليتين يتسم بالإرهاق النفسي والجسدي الناتج عن الوضعيات الاجهادية المصاحبة للعناية المقدمة لأم الزوج ، هذا ما جعلهما تعيشان وضعية تتسم بالقلق لعدم تحملها عبء المرافقة، التمسنا من خلال الملاحظة العيادية ( البكاء، الاستقرار النفسي الحركي بالنسبة للحالة الأولى) بالإضافة إلى ذلك وجدنا أن وضعية المرافقة وضعية اكتئابية وذلك من خلال التعقيدات السيكولوجية و التي تم الكشف عنها من خلال اختبار بيك واختبار رورشاخ والمتمثلة في أفكار تشاؤمية وانتحارية، قلة النشاط، انخفاض تقدير الذات ، مشاعر الذنب، الخوف من المستقبل، الحزن العميق الذي يصل إلى درجة الانهيار ظهر من خلال رغبة الحاليتين في الهروب من المنزل.... فكلها زملة من الأعراض تصنف ضمن الجدول الاكلينيكي لمتلازمة قلق-اكتئاب (le syndrome anxieux dépressif) وهذا وإن دل على شيء فإنه يدل على تأثير المعاش النفسي لزوج ابنة جارية مرافقتها لأم الزوج المصابة بالزهايمر. يتسم بالإرهاق النفسي والجسدي الناتج عن الوضعيات الاجهادية المصاحبة للعناية المقدمة لأم الزوج بالإضافة الى الحزن العميق التي تصل إلى درجة الانهيار (ظهر من خلال الهروب من المنزل وعدم العودة.

الخاتمة

## الخاتمة

تناولت الدراسة الحالية بالبحث فئة مهمة من فئات المجتمع، إنها فئة المسنين حيث ركزت هذه الدراسة على موضوع المعاش النفسي لزوجات الابن التي ترافق أم زوجها المصابة بمرض الزهايمر. فالالتفات إلى هذه الفئة من المرافقين ومحاولة فهمهم في ضوء واقعهم الاجتماعي-الثقافي وواقع تجربة المرافقة بكل حيثياتها إنما هو اعتراف بأهمية الدور الذي يقمن به.

مرض الزهايمر من الأمراض المزمنة والتي تنتج عن ضمور في القشرة الدماغية ويعرف على أنه مرض عصبي انحلاي يتميز بالتدهور التدريجي لأنسجة المخ والوظائف المعرفية المرتبطة بها تؤدي إلى اضمحلال امكانات التوافق النفسي والاجتماعي ويصاحبه اضطرابات نفسية وسلوكية

إن إصابة المسن بمرض الزهايمر تجعله يفقد جل قدراته الوظيفية وامكانياته التكيفية، مما يستدعي مرافقته باستمرار وفي مختلف جوانب الحياة وهذا ما يجعل من هذه المهمة عبئا على كاهل من يقوم بها وقد بينت الدراسات السابقة أن المرافقة تؤثر بدرجة كبيرة على الصحة النفسية للمرافقين.

أكدت الدراسة الحالية نتائج الدراسات السابقة وتبين أن مرافقة زوجة الابن لأم زوجها المصابة بالزهايمر تؤثر بدرجة كبيرة على معاشها النفسي حيث أن هذه التجربة بكل ما تحمله من مشاعر الحزن، الغضب، الإحساس بالذنب والشعور بالدونية تؤثر على المرافق وخاصة في حالة غياب الدعم مما يجعل المرافق عرضة للاضطرابات النفس-مرضية خاصة القلق والاكتئاب.

تقع مسؤولية ترسيخ المشاعر الإيجابية نحو المسن ورفع الاستعداد لدى الأفراد لرعايته على العلماء والباحثين وخاصة المتخصصين في العلوم الإنسانية والاجتماعية، لأن المسن وخاصة إذا كان مصابا بالزهايمر فهو في أمس الحاجة إلى التكفل به داخل أسرته في جو من الحب والاحترام، ومن هذا المنطلق يجب الاهتمام بدراسة عملية المرافقة خصائصها والظروف التي تتم فيها كما يجب الاهتمام أكثر بالمرافق ودعمه حتى يتمكن من ايجاد التوازن في حياته الشخصية ويتمكن من الاستمرار في العناية بالمسن.

نرجو أن تكون هذه الدراسة قد أصابت ولو جانبا من حقيقة المشكل المطروح، وأن تكون نبيراسا نيرا للطلبة الباحثين فيما يحتاجون إليه من معارف ومعلومات تفيدهم.

## التوصيات والاقتراحات:

- انشاء مراكز للتكفل النهاري وهذا من شأنه التخفيف نوعا ما المشقة على مرافقيهم وأسرههم لخلق وقت للراحة واسترجاع الطاقة للمرافق.
- انشاء جمعيات خاصة بمرافقي مرضى الزهايمر.
- وضع برامج التربية الصحية التي تهدف إلى تكوين مرافقي مرضى الزهايمر.
- كيفية تحقيق حياة صحية جسمية ونفسية واجتماعية ذات جودة أو تحسين درجة الشعور بجودة الحياة من خلال تزويدهم بمهارات تمكنهم من فهم احتياجات ومشكلات مريض الزهايمر وسبل التعامل السليم معهم.
- تقديم خدمات تكميلية للأسر المرافقة لمرضى الزهايمر (مثل المساعدة في العناية بنظافة المسن الشخصية، اطعامه والباسه ثيابه. بالإضافة إلى العناية بنظافة المنزل يعني توفير هذه الخدمات التكميلية وفقا لجدول زمني منظم.
- تقديم نصائح للمرافق بعدم اهمال حاجاته الجسدية والعاطفية والترفيه عن النفس
- اجراء دراسة استكشافية للمعاش النفسي للمرافق للمسن المصاب بالزهايمر باستخدام أدوات إكلينيكية أخرى
- اجراء دراسة مقارنة بين المعاش النفسي للمرافقة الماكثة في البيت والمرافقة العاملة لمريض الزهايمر
- اجراء دراسة استكشافية للاحتراق النفسي للمتكفل بالمسن المصاب بالزهايمر
- القيام بتكثيف وتقنين اختبار الاحتراق النفسي للمتكفل بالمسن المصاب بالزهايمر لـ « Za rit Burden » على البيئة الجزائري

قائمة المراجع

✓ مراجع باللغة العربية:

- القرآن الكريم.
- أحمد النابلسي محمد (1997). أصول الفحص النفسي ومبادئه. المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع. الإسكندرية.
- أمال صادق، وفؤاد ابو حطب (2008). نمو الانسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين. مكتبة الانجلو المصرية.
- أمزيان نعيمة (2014) آثار التغيير الاجتماعي على مكانة ودور المسن داخل الاسرة الجزائرية. مجلة العلوم الاجتماعية. العدد 02. جامعة الاغواط. الجزائر.
- آرون بيك (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة: عادل مصطفى. ط1. القاهرة: دار الآفاق العربية.
- آيت يحي نجية (2018). مرض الزهايمر وانعكاساته على الشخص المسن. مجلة مستون. المجلد 10. العدد 01. جامعة الدكتور مولاي الطاهر. سعيدة.
- الأشلول عادل عز الدين (2007). علم النفس النمو. مكتبة الانجلو المصرية. مصر.
- الحاج لكير راضية (2008). الصحة النفسية للمسنين (دراسة مقارنة بين المسن في الاسرة الممتدة والاسرة النووية) بمدينة بسكرة. جامعة الجزائر.
- العبودي صالح (2021). الاتجاهات الاجتماعية نحو الشيخوخة وتأثيرها على المعاش الاجتماعي والنفسي للمسنين. دراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية. مجلد 21، العدد 01. جامعة الجزائر 02.
- القصاص مهدي محمد (2008). علم الاجتماع العائلي. جامعة المنصورة.
- الزبيدي كامل علوان (2009). علم النفس الشيخوخة. مؤسسة الوراق. عمان.
- السيد عزيزة محمد (2014). أسرار الذاكرة الانسانية وامكانات العقل البشري. الطبعة 1. دار النشر للجامعات. القاهرة. مصر.



- الشربينه بشري أيوب (2018). علم النفس النمو الرشد والشيخوخة. منشورات جامعة تشري كلية التربية.
- العكايلة محمد سند (2006). اضطرابات الوسط الأسري وعلاقتها بجنوح الأحداث. الطبعة 1. دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان.
- المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض وتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، والاصناف السريرية والدلائل الارشادية الشخصية. منظمة الصحة العالمية. المكتب الاقليمي للشرق الاوسط . ICD10- 1999 .
- المنجد في اللغة العربية. (دتا). الطبعة 29. دار الشروق.
- بشير معمريه (2010). تقنين قائمة ارون. بيك الثانية للاكتئاب (على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية صورة الراشدين BDI-II). مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 25-26. جامعة الحاج لخضر بباتنة. الجزائر
- بوبركة مراد، حمداوي محمد (2017). مكانة المسنين ورعايتهم في الأسرة الجزائرية. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية. المجلد 10. العدد 03. جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.
- بوجمعة كوسة، بوعريشة نعيم (2019). محددات مكانة المسن في الاسرة الجزائرية. دراسة ميدانية بولاية جيجل. مجلة رؤى للدراسات المعرفية والحضارية. العدد 02 جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 02 جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل. الجزائر
- بوحسون العربي (2019). المسنين في الثقافة الجزائرية والأجنبية: مقارنة أنتروبولوجية. مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 58. جامعة تلمسان. الجزائر.
- بوحوش عمار، ليندة لطاد بن محرز، عباش عائشة، وانجه زكية (2019). منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية. المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية الطبعة 01. برلين المانيا.

- بوعريشة أمال، عدائكة سامية (2020). جودة الحياة لدى المسن (دراسة تحليلية). مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع. المجلد 04. العدد 03. جامعة بسكرة، وجامعة الوادي. الجزائر.
- بلخير سليمة، شوشان عمار (2020). المسنون والزهايمر: قراءة في تداعيات المرض وخصائص المريض. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية المجلد 05. العدد 02. جامعة تبسة، جامعة الحاج لخضر. الجزائر.
- بلخير فايزة (2012). مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين (دراسة ميدانية على عينة من المسنين المقيمين بمركز العجزة). مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. جامعة وهران. السانبا. الجزائر.
- بلموفق، امنة سرور (2017). المنتج الاسقاطي في اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع لدى مدمن المخدرات الشاب (دراسة ميدانية بمستشفى الأمراض النفسية والعقلية بأولاد منصور المسيلة دراسة الحالة) جامعة محمد بوضياف، بالمسيلة، الجزائر.
- بن ختيش، أمينة. بوشدوب، شهرزاد (2022). استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية / غير تكيفية) وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر، مجلة دراسات انسانية و اجتماعية، المجلد 11، العدد 01، جامعة وهران 02.
- بن عبد الله، محمد (2010). سيكولوجية الشخصية المغاربي، ديوان المطبوعات الجامعية.
- بن علال، فاطمة الزهراء (2018). الأم في المخيال الشعبي الجزائري. دراسة انثروبولوجية بمنطقة تلمسان، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراة ل م د جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان.
- بن قسمية، رزيقة (2021). المشكلات الأسرية وديناميكية التغيرات السوسيو-اقتصادية في الأسرة الجزائرية، اطروحة لنيل شهادة الدكتوراة LMD في علم الاجتماع العائلي، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- حافري، زهية غنية (2016). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي، سطيف 2، الجزائر.

- تاقولميت فريدة (2009). تقييم الوظائف المعرفية لدى المصاب بالعتة من نوع الزهايمر بتقنين اختبار **Mini-Mental Stade Examinassions Folsten** على البيئة الجزائرية. جامعة الجزائر.
- تالي جمال (2017). **المسن في الاسرة الجزائرية. حاجات متجددة ومشكلات متعددة**. العدد 01. مجلة التغير الاجتماعي. جامعة خيضر. بسكرة.
- جاب الله الطيب، لعموري نصيرة، بطاوي بهية (2021). **المشكلات النفسية والاجتماعية لدى كبار السن وآليات التكفل بهم**. المجلد 06. العدد 01. جامعة البويرة. الجزائر.
- جابر نصر الدين، عمارة خيدر (2016) **بنية العائلة الجزائرية**. معارف مجلة علمية محاكمة. العدد 17. جامعة بسكرة. الجزائر.
- جبار شهيدة (2016). **الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري**. اسهامات اختبار الرورشاخ وال**TAT** (مقاربة سيكوديناميكية). اطروحة لنيل شهادة الدكتوراة في علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي. جامعة وهران. الجزائر. جامعة باريس ديكارث. باريس.
- جعدوني زهراء (2011). **الاعتداء الجنسي**. دراسة سيكوباتولوجية للتوظيف النفسي للمعتدي الجنسي. رسالة لنيل شهادة الدكتوراة في علم النفس العيادي والمرضي، كلية العلوم الاجتماعية. جامعة وهران. الجزائر.
- جميلة زرفة، يمينة هديل (2020). **اضطراب الاستقلالية الذاتية في ظل تطور مرض الزهايمر**. مجلة الحوار الثقافي. المجلد 10. العدد 01. ص 256-275. جامعة لونسي علي. البليدة 02.
- حمزة رشيدة (2015). **تقييم اللغة الشفهية عند المصاب بالزهايمر**. مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص ارطوفونيا عامة LMD. جامعة العربي بن مهدي. أم البواقي. الجزائر.
- خروفة زهاوي (2015). **المسن في الأسرة الجزائرية: مقارنة في تحليل العلاقات في ضوء التغيرات الحاصلة في الأسرة**. مجلة التنمية البشرية. العدد 05. جامعة وهران. 02.

- داوود منى (2018). مستوى التكفل النفسي بمرضى الزهايمر، (دراسة ميدانية على عينة من المسنين بالمسيلة). مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر. جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- ديفيدسون هلين وكلوبفر برونو (2003). تكنيك رورشاخ. ترجمة عبد الفتاح. حسين مكة المكرمة. منشورات أم القرى.
- رجب رضا عبد القوي (2018). جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية وعلاقتها بمستوى رعايتهم لدويهم المسنين. مجلة الخدمة الاجتماعي. الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين المجلد 01. (159). الصفحة 151-188.
- رحالي باسم (2018). تأثير اضطراب الوظائف التنفيذية على الانجاز اللغوي الشفهي لدى المصاب بالزهايمر. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في تخصص الارطوفونيا. جامعة العربي بن مهدي. أم البواقي. الجزائر.
- سامي عبد القوي (2017). علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم. الطبعة 02 مكتبة الأنجلو المصرية. مصر.
- سليم ابو عوض (2008). التوافق النفسي للمسنين. الطبعة 01. دار اسامة للنشر والتوزيع.
- سينج مالهي ' رانجيت وروبرت دلبيو' ريزنر (2005). تعزيز تقدير الذات. المملكة العربية السعودية. مكتبة جرير.
- شوشان عمار، بلخيري سليمة (2022). المسنون والزهايمر قراءة في تداعيات المرض وخصائص المرض. المجلد (5)، العدد (2)، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية. جامعة العربي التبسي - تبسة، جامعة الحاج لخضر باتنة (1).
- صباح عياش (2021). المعاش النفسي لدى المسنين. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي. جامعة 08 ماي 1945. قالمة.
- صبيح عبد المنعم، احمد مليحة عوني، القيصر (1985). علم الاجتماع العائلي. مطبعة جامعة بغداد. مكتبة لسان العرب. العراق.

- عباس محمد عوض (1999). علم النفس النمو الطفولة، المراهقة، الشيخوخة. دار المعرفة الجامعية. مصر.
- عبد اللاوي مريم (2019). المعاش النفسي لدى الراشد المتكفل بوليه المسن. عبر اختبار مينتوسوتا متعدد الواجه للشخصية MMPI-2 والمقابلة. دراسة عيادية لثلاث حالات. مذكرة لنيل شهادة الماستر في شعبة علم النفس العيادي. جامعة محمد بوضياف المسيلة. الجزائر.
- غيوب حكيم (دتا). تشرد المسنين في المجتمع الجزائري. جامعة الجزائر.
- فاروق احمد المصطفى (2008). الانتروبولوجيا ودراسة التراث الشعبي. دراسة ميدانية. دار المعرفة الجامعية.
- فاصولي زينب (2021). المسنين في المنطقة العربية: الفجوة بين الواقع ومتطلبات التكفل، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 15. العدد 02. جامعة الجزائر 02.
- فراطسة سمير (2016). المكانة الاجتماعية للمسنين في ظل الشريعة الإسلامية. مجلة افاق لعلم الاجتماع 06. العدد 02 جامعة البليدة 02.
- فؤاد عبد المنعم احمد، حقوق المسنين وواجباتهم في الاسلام مع بيان الحماية النظامية لهم بالمملكة العربية السعودية. اكااديمية النايف العربية للعلوم الامنية
- قاسي نادية، غربي راضية (2020). التكفل الاسري بالشخص المسن الفاقد للاستقلالية (دراسة ميدانية على عينة من الاسر بالجزائر العاصمة). مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية. المجلد 06. العدد 02. جامعة محمد بن احمد وهران 02.
- قرطي فايزة (2017). السلطة والصراع في واقع الحياة الزوجية. تخصص علم الاجتماع العائلي. البوابة الجزائرية للمجلات العلمية العدد 06 الرقم 02. الصفحة 147-138. جامعة وهران 02.
- قيطاس احمد (2021). وظيفة المعتقد في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي. (دراسة وصفية تحليلية بولاية مستغانم). اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراة الطور الثابت ل م د 06. في علم النفس العيادي. جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم.

- كبداني خديجة (2016). الشيخوخة في الجزائر. مقارنة سوسيو ثقافية. انسانيات. العدد 72-73
- لبيديري مليكة، بودودة مليكة (2020). المسنون وواقع التنمية المستدامة في الفضاءات العمومية لمدينة الجزائر (دراسة ميدانية لوضعيته الاندماج والتهميش). مجلة التنمية وادارة الموارد البشرية بحوث ودراسات. المجلد 08. العدد 02. المدرسة متعددة التقنيات للهندسة والمدرسة العليا للسياحة. الجزائر.
- لورون بوتي (2012). الذاكرة اسرارها والياتها. ترجمة عز الدين الخطابي. هيئة ابوظبي للسياحة والثقافة كلمة. ابوظبي.
- مالكي حنان (2011). الخصائص السوسيوولوجيا للأسرة الجزائرية التقليدية والحديثة. مجلة العلوم الإنسانية. العدد 22. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر
- محمد خليفة عبد اللطيف (1997). دراسات في سيكولوجية المسنين. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
- مذكور الخامسة (2022). الرعاية الاسرية للمسن طبقا للأحكام القانون 12/10. مجلة الاحياء. مجلد 22. العدد 30. كلية العلوم الإسلامية. جامعة باتنة 01.
- مروى محمد شحاتة. بعض الاقتراحات العلمية للتعايش مع مريض الزهايمر. تطبيقات للأهل ومؤسسات الرعاية. مكتبة انجلوا المصرية. مصر.
- ميموني معتصم بدر (2003). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- هيشور محمد لمين، سقني عبلة (2021). الأسرة وفئة المسنين في المجتمع الجزائري - قراءة سوسيوولوجية حول التكفل ورعاية فئة المسنين بين الثابت والمتغير. مجلة المداد. المجلد 11. العدد 02. جامعة ابن خلدون تيارت وجامعة محمد لمين دباغين سطيف 02. الجزائر.
- يوسف خوجة فريدة (2018). عوامل التكفل الاسري بالسن المصاب بالزهايمر. (دراسة ميدانية لحالتين داخل أسرهم). مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي. جامعة العربي بن مهيدي ام البواقي. الجزائر.

✓ المراجع باللغة الأجنبية:

- ACHOURI-RASSAS Affef (2021). **Étude du polymorphisme de l'Apoe dans les démences chez une population tunisienne .**
- ADDI Lahouari (1999). **Les mutations de la société Algérienne, famille et lien social dans l'Algérie contemporaine.** La découverte. Paris.
- AFEEZ ABIOLA Hazzan (2022). **Family caregiver quality of life and the care provided to older people living with dementia: qualitative analyses of caregiver interviews.**BMC Geriatrics: <http://doi.org/10.1186/s12877-022-02787-0>
- AGNES Rigault (2001). **La maladie d'Alzheimer et l'Apraxie (Réduction psychomotrice de l'apraxie d'habillement).** Institut supérieur de rééducation psychomotrice ISPR.
- AKON, A & ANSART (1999). **Eds. Le dictionnaire de sociologie.** Le robert-Seuil. Paris.
- AMYOT. A (2008)" **trois cas de figure sur la psychothérapie des personnes âgées : travailler avec un narcissisme fragilisé"** psychothérapies.
- AUBELINE Vinay (2017). **La famille aux différents âges de la vie.** Approche clinique et développementale. Dunod.
- BARBARA Delacourt et autres (2021). **Compas : une application innovante pour soutenir la communication centrée sur la personne entre les personnes âgées atteintes de démence et leur proche-aidant.**

- BENAMSILI Lamia (2020). **Le vécu psychologie des enfants Orphelins de mère**. Revue Académique des etudes Sociales et Humaines. Vol 12.N°01.Section B.Université Abderhmane Mira Bejaia. ALGERIE.
- BENMAIL.B (1993). **La psychiatrie aujourd'hui**. Office des publications universitaires.
- BENDEHMANE. H (1984). **Personnalité maghrébine et fonction paternelle au Maghreb**. La pensée universelle. Paris.
- BENREDJEB.R (2003). **Psychologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent**. Edition presse. Paris.
- BERGERET. J et all (1974). **Abrégé de psychologie pathologie**. Masson. Paris.
- BERGERET.J (2004). **Psychologie et psychopathologie théorie et clinique**, Masson, Paris, 2004
- BILLE. M (2002). " **A quoi servent les grands-parents ? Des grands-parents pour introduire au sacré**. Dialogue.
- BOUAZIZ Karima (2020). **Conditions vie et état de santé de la population âgée en Algérie**. (La revue algérienne des études de population). Vol 03.
- BOUCEBCI.M(1984). **Maladie mentale et handicap mental**. Enel. Alger.
- BOUROUBA Romya: **polycopie du cours de psychopathologie du 1 ère année Master physiologie cellulaire et physiopathologie**. Université Farhat Abbas Sétif 01 Algérie
- BOUTEFNOUCHET.M (1980).**la famille algérienne**. Snec. Alger.



- CARASCO Cristina (2007). **Les soins invisibles et du travail des femmes**. Edition Antipades. " Nouvelles questions féministes. Vol 26.
- CATHY Assenheim (2021). **Je suis épuisée, Anxiété, surmenage, burnt-out, le guide pour reprendre le contrôle**. De Boeck Supérieur S A.
- CHABERT Catherine (1997). **Le rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique**. Dunod.
- CHRISTIAN Heslon (2021). **Psychologie des âgés de la vie adulte, vie plurielle et quête de soi**. Dunod.
- DANIEL Coum (2021). **Pertes / ruptures et séparation dans les liens familiaux. Quelles épreuves, quels changements. Quelles inventions**. Édition ères.
- DENISS Brouille (2011). **Vieillessement cognitif normal, maintenir l'autonomie de la personne âgée**. Groupe De Boeck. s. a.
- ELODIE Claiseau (2009). **La maladie d'Alzheimer : de l'autonomie à la dépendance**. Institut supérieur de rééducation psychomotrice.
- EMMA Poon (2019). **A Systematic Review and Meta-Analysis of Dyadic Psychological Interventions for BPSD**. Quality of Life and/or Caregiver Burden in Dementia or MCI.1
- ENCYCLOPEDIE (1971). **2000 familles, Histoire de la famille**. éditions modernes. Paris.
- ENGASSER. O (2015). " **c'est un jeu pour la survie : le syndrome de Godot dans la démence**" clinique.

- EVELYNE Pewzner (2011). **Introduction à la psychopathologie de l'adulte**. 3<sup>ème</sup> édition. Paris. Armand Colline.
  
- François de Singly (2016). **Le soi, le couple et la famille**. Armand Colin.
  
- GEMMANT Michel, VANNOTTI Marco, ZELLWEGER J-P (2001). **La maladie chronique : une allient à l'histoire des familles**. Thérapie familiale. Vol 22.
  
- GZIL F, HIRCH E (2012). **Alzheimer, éthique et société**. Eres. Toulouse.
  
- HEMMING Jo (2018). **How psychology works. Applied psychology visually explained**. First American edition. New York.
  
- HAMANI Djibo AB et autres (2021). **Présentations cliniques actuelles de la démence syphilitique : étude de 9 observations au service de neurologie du CHU de Conakry**. NPG – Neurologie Psychiatrie Gérontologie .
  
- IVAN Boszommeney-Nagy (1995). **Psychothérapies familiales**. Presses universitaires de France.
  
- JEAN-LOUIS Pedinielli ; Lydia Fernandez (2006). **La recherche clinique** recherche en soins infirmiers n°84. France.
  
- JEAN-MARC Talpin (2017). **Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique**.2ème édition. Armand Colline.
  
- KOHILA.A, JONES G.N (1999). **Adaptation parentale chronique** liners. In: A.J. Gorecz Ny A.J.&. M. Hermsen.
  
- LA COSTE-DUJARDIN. C (1990). **Des mères contre les femmes**.

Bouche. Alger.

–LISE lücker ; Frédérique Hovaguimian ; Arnaud Naville ; Fabienne Town Goebli (2003). **La maladie d'Alzheimer. Parcours du combattant.** Faculté de Médecine de Genève–Immersion en communauté

– Luis Ploton (2009). **À propose de la maladie d'Alzheimer Fondation nationale de gérontologie.** « Gérontologie et société » .1vol ;32 / n° 128–129. Crain. Info

–MANOUKIAN.A (2011). **La sexualité des personnes âgées.** Ed. Lamarre.

–MARIANNE Dollander, Claude de Tychev (2002) **La santé psychologique de l'enfant, Fragilité et prévention.** Paris.

–MEDHAR. S (1992). **Tradition contre développement** EMA. Alger

–MICHEL– Louis Rouquette (2009). **La pensée sociale.** Perspectives fondamentales et recherches appliquées. Édition ères.

–MICHELE Emmanuelli et Claude de Tychev (2017). **Manuel du test de Rorschach.** 2<sup>ème</sup> édition. Rus la direction de Jaquelin Richelle. Paris.

–MOHAMMED Taleb (2016).**la dépression.** Un problème majeur de santé publique. Édition Juba.

–MOIRA Mikolajczak, EMMANUELLE Zech et ISABELLE Roskam (2020). **Burn –out professionnel, parental et de l'aidant. Comprendre, prévenir et intervenir.** De Boeck Supérieur S.A.

–MOUATASSEM Mimouni Badra (2018). **Les personnes âgées en Algérie et du Maghreb : enjeux de leur prise en charge.** (59) famille : pratiques et enjeux sociétaux. Insaniyat.

- NACER Benhalla (2013). **Expression et caractéristiques de la névrose en Algérie**. L 'harmattan.
- NATHALIE de Katharine (2019). **30 grandes notions de psychologie clinique et psychopathologie psychanalytique**. Dunod. Malakoff.
- NICOLE Catherine (2003). Psychopathologie de la scolarité de la maternelle à l'université. Edition Masson .Paris.
- OLIVEIRA Perdra (2010). **Le rapports père / enfants et le développement psychosocial de sujet**. Thèse de doctorat en psychologie université lumière. Lyon 2.
- PERRO Roger (2015). **Les méthodes projectives**. Impression Armadille/ Creapsy. Alger.
- PERRON Roger (2015). **Genèse de la personne**. Edition. Impression Amerdil/Creapsy. Alger.
- PHILIPPE de Mzet et Didier Houzel (1996). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Malorne S.A/ Editeur.
- ROBIN Stéphane (2014). **Autonomie des personnes âgées**. Ed. Poitou– Charentes. Paris.
- RONCHIN. M (1992). **Les méthodologies de la psychologie** PUF. Paris.
- ROUSSILLON. R (2007). **Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale**. Masson.
- SILLAMY. Norbert (2003). **Dictionnaire de la psychologie Larousse**. France.

- TOUALBi. N (2000). **L'identité au Maghreb**. L'errance. Casbah. Alger.
- TRARI Zahia (2013). **Polymorphisme génétique et risque cardiovasculaires dans la maladie d'Alzheimer**. Diplôme en Magister en génétique moléculaire des populations humaines. Université Tlemcen. Algérie
- Touchon et portet (2000) . **Guide pratique de la maladie d'Alzheimer**. Édition\_ Masson.Paris.
- TOUSIGNANT (1999). **Les origines Sociales et culturelles des troubles psychologies**. Presses universitaire de France. Paris.
- VANDERHEYDEN.Jean-Emile, Bernnes (2009). **La prise en charge des démences approche transdexeplinaire du patient et de sa famille**.
- VALERIE Glaude (2013). **Le Burn-out Maternel**. (ASPH).
- VINCENT de Gaulejac (2020). **Dénouer les nœuds socio psychiques** [quand le passé agit en nous] Odile Jacob. Mars.

الملاحق

الملحق رقم (01): المعايير التشخيصية للعتة من نوع الزهايمر حسب DSM-IV-TR

المعايير التشخيصية للعتة من نوع الزهايمر حسب DSM-IV-TR

**A.** Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
  - a. aphasie (perturbation du langage)
  - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
  - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
  - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

**B.** Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

**C.** L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

**D.** Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)

3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

**Sans perturbation du comportement** : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

**Avec perturbation du comportement** : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

**À début précoce** : si le début se situe à 65 ans ou avant.

**À début tardif** : si le début se situe après 65 ans.



ملحق رقم (02): المعايير التشخيصية لمرض الزهايمر حسب: NINCDS-ADRDA

المعايير التشخيصية لمرض الزهايمر حسب: NINCDS-ADRDA

**1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :**

- syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le Mini-Mental State Examination, le Blessed Dementia Scale ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques
- déficit d'au moins deux fonctions cognitives
- altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- absence de trouble de conscience
- survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans
- en l'absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs

**2. Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par :**

- la détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habilités motrices (apraxie) et perceptives (agnosie).
- la perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement.
- une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement.
- le résultat aux examens standards suivants :
- normalité du liquide céphalo-rachidien.
- EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes.
- présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive.

**3. Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :**

- période de plateaux au cours de l'évolution
- présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies

neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche.

- crises comitiales aux stades tardifs
- scanner cérébral normal pour l'âge

**4. Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :**

- début brutal
- déficit neurologique focal tel que hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce.
- crise convulsives ou troubles de la marche en tout début de la maladie.

**5. Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :**

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;
- et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

**6. Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :**

- les critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;
- et la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie

الملحق رقم (04): قائمة بيك الثانية للاكتتاب للحالة الأولى

العمر .....الجنس.....

المهنة .....المستوى التعليمي.....

تعليمات

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الآخرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (التغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية).

1	الحزن	0- لا أشعر بالحزن ① أشعر بالحزن معظم الوقت 2- أشعر بالحزن طول الوقت 3- أشعر بالحزن الى درجة لا أستطيع تحمل ذلك
2	التشاؤم	0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي 1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقه أكثر مما تعودت ② أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي 3- أشعر بأنه لا امل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الامور سوءا
3	الفشل السابق	0- لا أشعر بأنني شخص فاشل 1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي ② كلما نظرت الى حياتي السابقة ارى الكثير من الفشل 3- أشعر بان شخص فاشل تماما
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0- استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل ① لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه 2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل 3- لا أستطيع الحصول على اي استمتاع بالحياة كما تعودت ان استمتع من قبل
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0- لا أشعر بالذنب ① أشعر بالذنب عن العديد من الاشياء التي قمت بها، او اشياء كان يجب ان اقوم بها ولم اقم بها 2- أشعر بالذنب في معظم الاوقات 3- أشعر بالذنب في كل الأوقات
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	0- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى 1- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى ② أشعر بأنني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى 3- أشعر بأنني سوف أتعرض دائما للعقاب أو الأذى
7	عدم حب الذات	0- شعوري نحو نفسي عادي ① فقدت الثقة في نفسي

		<p>1- أصبحت بطيئة مثل في نفسي</p> <p>3- لا أعجب نفسي</p>
8	نقد الذات ولومها	<p>0- لا أفكر ولا أوم نفسي</p> <p>1- أفكر وأوم أكثر مما تعودت</p> <p>2- أفكر وأوم على كل أعطائي</p> <p>3- أفكر وأوم على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة</p>
9	الأفكار أو رغبات الاشجارية	<p>0- ليس شيء أو أفكار لا انتهاز</p> <p>1- لدي أفكار لا انتهاز ولكن لا يمكنني تنفيذها</p> <p>2- أريد أن أنتحر</p> <p>3- أنتحر لو سمحت لي الفرصة</p>
10	التكاهن	<p>0- لا ألتفتي لأكثر مما تعودت</p> <p>1- ألتفت بالرفعة في التكاهن</p> <p>2- ألتفتي لأكثر مما تعودت</p> <p>3- ألتفتي بكثرة جدا</p>
11	التهيجان والانتارة (عدم الاستقرار)	<p>0- أشعر بالتهيجان والانتارة بدرجة عالية</p> <p>1- أشعر بالتهيجان والانتارة أكثر مما تعودت</p> <p>2- أتهدج وأتور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا</p> <p>3- أتهدج وأتور إلى درجة شاقصني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما</p>
12	فقدان الاهتمام أو الانشغال الاجتماعي	<p>0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العامة</p> <p>1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العامة</p> <p>2- كلفت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى</p> <p>3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء</p>
13	التردد في اتخاذ القرارات	<p>0- اتخذ القرارات بنفس كلامتي التي تعودت عليها</p> <p>1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات</p> <p>2- ألتفتي بصعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت</p> <p>3- لا أستطيع اتخاذ القرار</p>
14	انعدام القيمة	<p>0- أشعر أنني عديم القيمة</p> <p>1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون</p> <p>2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين</p> <p>3- أشعر أنني عديم القيمة تماما</p>
15	فقدان الطاقة على العمل	<p>0- اتخذ القرارات بنفس كلامتي التي تعودت عليها</p> <p>1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات</p> <p>2- لثمة صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه</p> <p>3- أجد مني طاقة للعمل أي شيء</p>
16	تغيرات في نظام النوم	<p>0- لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي</p> <p>1 أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>1 ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2 أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير</p> <p>2 ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير</p> <p>3 أ- أنام معظم اليوم</p> <p>3 ب- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى</p>

17	القلبية للغضب أو الانزعاج	<p>0- لفتنب بدرجة خفيفة</p> <p>1- لفتنب أكثر مما تعودت</p> <p>2- لفتنب أكثر بكثير مما تعودت</p> <p>3- تكون في حالة غضب طوال الوقت</p>
18	تغيرات في الشهية	<p>0- لم يحدث أي تغير في شهيتي</p> <p>1- أكل مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2- هي أكثر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>3- شهيتي أقل بكثير مما تعودت</p> <p>2- شهيتي أكثر كثيرا مما تعودت</p> <p>3- ليست لدي شهية على الإطلاق</p> <p>3- ما كنتي رغبة قوية إلى الطعام طوال الوقت</p>
19	صعوبة التركيز	<p>0- أستطيع التركيز كما تعودت</p> <p>1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت</p> <p>2- من الصعب أن أركز على أي شيء لمدة طويلة</p> <p>3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>
20	الإرهاق أو الإجهاد	<p>0- لمت أكثر زهقا أو إجهادا مما تعودت</p> <p>1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد من عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها</p> <p>2- أوهني الإرهاق والإجهاد من عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها</p> <p>3- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها</p>
21	فقدان الاهتمام بالجلس	<p>0- إن اهتمامي بالجلس عانتي في هذه الأيام</p> <p>1- إن ألق اهتماما بالجلس هذه الأيام مما تعودت</p> <p>2- إن ألق اهتماما بالجلس بدرجة كبيرة في هذه الأيام</p> <p>3- فقدت الاهتمام بالجلس</p>

الملاحق رقم (04): قائمة بيك الثانية للاكتتاب للحالة الثانية

العمر .....الجنس.....

المهنة .....المستوى التعليمي.....

تعليمات

تتضمن هذه القائمة 21 مضموعة من العبارات، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة ويغاية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الآخرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تطبق عليك بصورة متساوية، وضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (التغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة ب (التغيرات في الشهية).

1	الحزن	0- لا أشعر بالحزن 1- أشعر بالحزن معظم الوقت 2- أشعر بالحزن طوال الوقت 3- لا أشعر بالحزن في درجة لا أستطيع تحمل ذلك
2	التشاؤم	0- لم تضعف عملي فيما يتعلق بمستقبلي 1- أشعر بضعف عملي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت 2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي 3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا
3	الفشل السابق	0- لا أشعر أنني شخص فاشل 1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي 2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل 3- أشعر بأن شخصين فاشل تماما
4	فقدان الاهتمام بالحياة	0- استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل 1- لا استمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه 2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل 3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0- لا أشعر بالتائب 1- أشعر بالتائب عن العديد من الأشياء التي فعلت بها، أو الأشياء التي يجب أن أفعلها ولم أفعل بها 2- أشعر بالتائب في معظم الأوقات 3- أشعر بالتائب في كل الأوقات
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	0- لا أشعر أنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى 1- أشعر أنني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى 2- أشعر أنني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى 3- أشعر أنني سوف أتعرض دائما للعقاب أو الأذى
7	عدم حب الذات	0- شعوري نحو نفسي جاني 1- فقدت الثقة في نفسي

		<p>2- أصبت بخيبة أمل في نفسي</p> <p>3- لا أحب نفسي</p>
8	نقد الذات ولومها	<p>0- لا لقد ولا ألوم نفسي</p> <p>1- لقد وكثير مما تعودت</p> <p>2- لقد وألوم على كل إعطائي</p> <p>3- لقد وألوم على كل ما يحدث بسببي من تشيئه سيئة</p>
9	الإفكار أو رغبات الاستثنائية	<p>0- أظن أنني لست لائقاً للإفكار</p> <p>1- أظن أنني لست لائقاً للإفكار ولكن لا يمكنني تفعلها</p> <p>2- أظن أنني لست لائقاً للإفكار</p> <p>3- أظن أنني لست لائقاً للإفكار</p>
10	النكاه	<p>0- لا أظن أنني لائقاً مما تعودت</p> <p>1- أظن أنني لائقاً مما تعودت</p> <p>2- أظن أنني لائقاً مما تعودت</p> <p>3- أظن أنني لائقاً جداً</p>
11	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	<p>0- أظن أنني لست لائقاً للهيجان والاثارة</p> <p>1- أظن أنني لست لائقاً للهيجان والاثارة كثيراً مما تعودت</p> <p>2- أظن أنني لست لائقاً للهيجان والاثارة كثيراً مما تعودت</p> <p>3- أظن أنني لست لائقاً للهيجان والاثارة كثيراً مما تعودت</p>
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	<p>0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية</p> <p>1- فقدت اهتمامي بالآخرين أو بالأنشطة العادية</p> <p>2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى</p> <p>3- فقدت اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى</p>
13	التردد في اتخاذ القرارات	<p>0- اتخذت القرارات بنفس كفاءة التي تعودت عليها</p> <p>1- اتخذت قراراتي في اتخاذ القرارات</p> <p>2- اتخذت قراراتي في اتخاذ القرارات كثيراً كثيراً مما تعودت</p> <p>3- لا أستطيع اتخاذ القرار</p>
14	العدم القيمة	<p>0- أظن أنني لست لائقاً</p> <p>1- أظن أنني لست لائقاً كما تعودت أن أكون</p> <p>2- أظن أنني لست لائقاً تماماً</p> <p>3- أظن أنني لست لائقاً تماماً</p>
15	فقدان الطاقة على العمل	<p>0- اتخذت القرارات بنفس كفاءة التي تعودت عليها</p> <p>1- اتخذت قراراتي في اتخاذ القرارات</p> <p>2- اتخذت قراراتي في اتخاذ القرارات كثيراً كثيراً مما تعودت عليها</p> <p>3- اتخذت قراراتي في اتخاذ القرارات كثيراً كثيراً مما تعودت عليها</p>
16	تغيرات في نظام النوم	<p>0- لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي</p> <p>1- أظن أنني لست لائقاً مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2- أظن أنني لست لائقاً مما تعودت إلى حد ما</p> <p>3- أظن أنني لست لائقاً مما تعودت إلى حد ما</p>

3 ب - استيقظ من نومي متعباً صباحاً أو مساءً أو كثيراً ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى

<p>0-أصعب بدرجة عالية 1-أصعب أكثر مما تعودت 2-أصعب أكثر بكثير مما تعودت 3-أكون في حالة غضب طوال الوقت</p>	<p>القابلية للغضب أو الزعاج</p>	<p>17</p>
<p>0-لم يحدث لي تغير في شهوتي 1 أقل مما تعودت إلى حد ما 1 ب- هي أكثر مما تعودت إلى حد ما 2-أشبهني أقل بكثير مما تعودت 2 ب- شهوتي أكثر كثيرا مما تعودت 3-أبست لدي شهوة على الإطلاق 3 ب- حتى رغبت قوية إلى الطعام طوال الوقت</p>	<p>تغيرات في الشهية</p>	<p>18</p>
<p>0-أستطيع التركيز كما تعودت 1-لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت 2-بين الصعب أن أركز على أي شيء لمدة طويلة 3-أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>19</p>
<p>0-لمت أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت 1-أصاب بالإرهاق أو الإجهاد من عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها 2-يعوقني الإرهاق والإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها 3-أبدا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها</p>	<p>الإرهاق أو الإجهاد</p>	<p>20</p>
<p>0-إن اعتمادي بالجنس عادي في هذه الأيام 1-أنا أقل اعتمادا بالجنس هذه الأيام مما تعودت 2-أنا أقل اعتمادا بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام 3-أفقدت الاعتماد بالجنس</p>	<p>فقدان الاعتماد بالجنس</p>	<p>21</p>



الملحق رقم (05): لوحات اختبار رورشاخ



Plaat I



Plaat II



Plaat III



Plaat IV



Plaat V



Plaat VI



Plaat VII



Plaat VIII



Plaat IX



Plaat X



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب  
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

## التصريح الشرقي

الحاصل بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لاجاز بحث علمي  
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله:

الطالب (ة): ..... درقاوي صارة.....

الهامل (ة) لبطاقة تعريف الوطنية رقم: 119950433001440008... الصادرة في تاريخ: 08.05.2017.....

دائرة: ..... لبرومة..... ولاية: ..... للمصالح.....

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم: ..... العلوم الاجتماعية.....

شعبة: ..... علم النفس..... تخصص: ..... علم النفس العمادي.....

والمكلف باجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

..... المعاش التنموي لزوجات الأبن المرافقة لأم الزوج المصابة بمرض الزهايمر (دراسة عيادية لحالتين).....

أصح شرقي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاق المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في اجاز مذكرة  
لماستر المذكورة أعلاه

أنا الممضي المسمى المسمى درقاوي صارة

المهنة: ..... ماستر أكاديمي.....

مفوض بحالة المستتية

عين تموشنت في: ..... 2022/09/14.....

انضام المعنى

د. درقاوي صارة  
104469142  
2022/09/14

2022/09/14

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de L'enseignement Supérieur et de La  
Recherche Scientifique  
Université Aïn Témouchent Bâtiment Bousheib  
Facultés des Lettres et Langues et Science Sociales



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

## إقرار بالقابلية للمناقشة

من أجل نيل شهادة الماستر للسنة الجامعية 2022/2021 يشهد المشرف أنه قد تابع وراجع العمل النهائي

للمذكرة الموسومة: المطابق النقوش الرومية في المرافقة للم

الزواج الخطابة بالزواج من إدراكه عيارية للم

من إعداد: الطالب (ة) حزرتاوي صباينة والطالب (ة) علم النقوش العبادي

تخصص: علم النقوش العبادي

قابلة للمناقشة  غير قابلة للمناقشة  قابلة للمناقشة بعد التمديد

الملاحظات:

وعليه أعلن أن القرار أعلاه قد اتخذ تحت كامل مسؤوليتي.

حزرتاوي بوعين تموشنت، في: 04 جويلية 2022

الإمضاء: زاوي أمال



عين تموشنت في 11 / 02 / 2022

رقم ..... / الملاحق ج ب - 2022 / 2021

## طلب تربص

فرض منكم التفصل بقول داخل مؤسستكم/ميتكم

المؤسسة/الهيئة : العيادة الخاصة لإحصائية الدفسانية بن عمارة عائشة عين تموشنت

الطالب (ة) : د. د. ريماء وصي صيارج

تاريخ الميلاد : 1985 / 03 / 06

المسجل في السنة الثانية - ملتزم ، تخصص : علم النفس العيادي

وذلك لإجراء بورة تدريبية داخل مصالحكم الخاصة والتي تهدف إلى اقتراض تطبيق المعارف التي يتم تربصها لهم داخل مؤسستكم وهذا تحضيرا لمنكرة التخرج

تاريخ فترة التدريب : 2022 / 03 / 15 - 2022 / 05 / 15

خلال هذا التدريب ، الطالب ملزم بتقديم كل المساعدة اللازمة لتنفيذ السليم للبرنامج المتكامل إليه

كما ان الطالب مدعو للامتثال الصارم لفواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالفواعد والإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا ، سيدي ، خالص شكرنا ولحياتنا.

المسؤول التربوي  
تسم العلوم  
الاجتماعية

المؤسسة المستقبلة  
Dr. B. NAMARA  
Psychologue Clinicienne  
114 rue MEZZIANE Med  
3000 Loges/Ain-Temouchent

الأستاذ: بلعاج بوشعيب

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت

مقرر رقم 01 مؤرخ في 18 ماي 2022 يتضمن الترخيص بمناقشة مذكرة ماستر

إن مدير جامعة بلحاج بوشعيب- عين تموشنت،

- بمقتضى المرسوم الرئاسي المؤرخ في 24 رجب عام 1442 الموافق لـ 08 مارس 2021، الذي يتضمن تعيين السيد عبد القادر زيادي مديرا لجامعة عين تموشنت.
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 20-338 المؤرخ في 06 ربيع الثاني عام 1442 الموافق لـ 22 نوفمبر 2020 المتضمن إنشاء جامعة عين تموشنت.
- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 08-265 المؤرخ في 17 شعبان عام 1429 الموافق لـ 19 غشت 2008 الذي يحدد نظام الدراسات للحصول على شهادة الليسانس وشهادة الماستر وشهادة الدكتوراه لاسيما المادة 9 منه.
- وبموجب القرار رقم 362 المؤرخ في 09 جوان 2014 الذي يحدد كفايات إعداد ومناقشة مذكرة الماستر، لا سيما المادتين 10 و11 منه.
- وبموجب القرار رقم 911 المؤرخ في 03 أكتوبر 2015 والمتضمن تأهيل الماستر بعنوان السنة الجامعية 2021/2022 بجامعة عين تموشنت.
- وبعد الاطلاع على محضر اللجنة العلمية لقسم العلوم الاجتماعية رقم 2021/05 المؤرخ في 17 ماي 2022

يقرر ما يلي:

المادة 1: ترخص بموجب هذا المقرر مناقشة مذكرة الماستر، في علم النفس العامي المحاضرة من طرف:

الطالب (ة) ..... ذوّاري طارق  
والطالب (ة) .....

والموعومة بـ: المايش النغمي لزوجة الوين الراقية - لام الزوج المصراية

الزمائس اد رابحة عيادية طالتين

المادة 2: تشكل لجنة المناقشة من:

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
1	سعدون سميرة	أ. محاضر - أ	جامعة عين تموشنت	رئيسا
2	زاوي آمال	أ. محاضر - أ	جامعة عين تموشنت	مشرفا، مقررا
3	مقداد أميرة	أ. محاضر - أ	جامعة عين تموشنت	ممتحنا

المادة 3: يكلف رئيس قسم العلوم الاجتماعية بتنفيذ هذا المقرر الذي تُسلم نسخة منه إلى المشرف على المذكرة فور توقيعه.

المادة 4: تحفظ نسخة من هذا المقرر في الملف البيداغوجي للطلاب المعني، وينشر في النشرة الرسمية لجامعة عين تموشنت.

5 أ سبتمبر 2022

خُـرر بعين تموشنت، في: .....



عميد الكلية / نائب عميد الكلية / نائب رئيس القسم

عن المدير، ويتفويض منه

