



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين شمس
تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

قلق الموت والاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة

دراسة عيادية لحالتين بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب - ولاية عين
تموشنت

تحت إشراف الأستاذ:

أ. زاوي أمال

من إعداد وتقديم الطالبتين:

- حميش عالية

- يعقوبي مريم

تاريخ المناقشة: 2024/06/23

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

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

السنة الجامعية 2023-2024

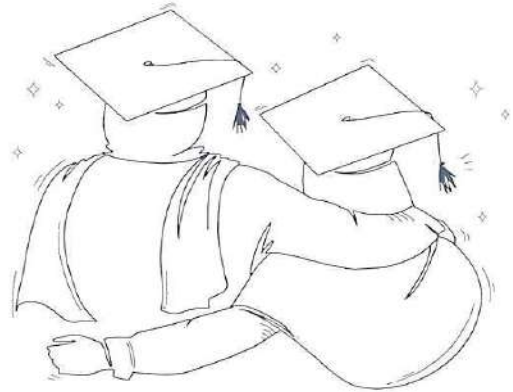
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَأَنْ لَّيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَى ﴿٣٩﴾

وَأَنْ سَعَيْهِ سَوْفَ يُرَى ﴿٤٠﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

سورة النجم، الآية 39-40



إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

(وقل إعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنين)

صدق الله العظيم

إنه لا يطيب الليل إلا بشكره ولا يطيب النهار إلا بطاعته.. ولا تطيب اللحظات إلا بذكره.. الله عز وجل جلاله

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة.. نبي الرحمة ونور للعالمين

" سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم "

إنتهت الرحلة.. لم تكن سهلة وليس من المفترض أن تكون كذلك.. ومهما طالت فستمضي بخلوها وما أنا الآن وبعون الله تعالى أتمم هذا العمل المتواضع.

وفي اللحظة الأكثر فخرا أهدي إلى من أحمل إسمه بكل افتخار.. الذي حصد الأشواق عن دربي ليمهد لي طريق العلم.. طاب بك العمر يا سيد الرجال وطبت لي عمرا يا أبي الغالي .. أرجو من الله أن يمد عمرك لتري ثمارا قد حان قطافها بعد طول إنتظار، وستبقى كلماتك نجوم أهندي بها اليوم وغدا وإلى الأبد..

إلى الغالية التي كانت أملي إلى القلب الحنون والشمعة التي كانت نورا لي في الليالي المظلمة، إلى قدوتي الأولى ومعنى الحب والتفاني.. والتي ساندتني طول مسيرتي وهونت علي الطريق، إلى بسمة الحياة وسر الوجود إلى من كان دعاؤها سر نجاحي.. التي طالما تمنيت أن تقر عينها برويتي في يوم كهذا.. اللهم أحفظها لي وأرزقها العفو والعافية.. أمي الحبيبة.

إلى خيرة أيامي وصفوتها إلى من مدت لي أيديهم في ضعفي.. إلى ضلعي الثابت الذي لا يميل.. إلى من رزقت بهم سندا وملادي الأول والأخير.. أختي وأخوي " محمد"، و" عبد الإله"، و" ياسمين".

إلى صديقة المواقف لا السنين شريكة الدرب والطموح البعيد.. إلى من كانت دوما موضع إتكاء عثرات حياتي.. " عالية".

إلى كل الأهل والعائلة الكريمة كل بإسمه ومقامه..

سنوات التعب سندا .. إلى كل إلى رفاق الخطوة الأولى والأخيرة إلى من كانوا في عابر في حياتي ترك أثرا جميلا...

مريم



إهداء

الحمد لله حيا وشكرا وامتنانا على البدء والختام

(وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنْ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ)

أرى مرحلتي الدراسية قد شارفت على الانتهاء بالفعل، بعد تعب ومشقة دامت سنين في سبيل الحلم والعلم حملت في طياتها أمنيات الليالي، وأصبح عنائي اليوم للعين قرة، ها أنا اليوم أقف على عتبة تخرجي أقطف ثمار تعبتي وأرفع قبعتي بكل فخر، فاللهم لك الحمد قبل أن ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضا، لأنك وفقنتني على إتمام هذا النجاح وتحقيق حلمي.

وبكل حب أهدي ثمرة نجاحي وتخرجي:

إلى الذي زين اسمي بأجمل الألقاب، من دعمني بلا حدود وأعطاني بلا مقابل إلى من علمني أن الدنيا

كفاح وسلاحها العلم والمعرفة، داعمي الأول في مسيرتي وسندي وقوتي وملاذي بعد الله فخري

واعترازي: **والدي "محمد"**.

إلى من جعل الله الجنة تحت قدميها، واحتضني قلبها قبل يديها وسهلت لي الشدائد بدعائها والتي أحبها: **والدتي "فاطمة الزهراء"**.

إلى من بهم أكبر وعليهم اعتمد ومن بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها وإلى من عرفت معهم معنى الحياة: **إخوتي وأختي "آية"، جمال وجواد"**.

إلى من تحلت بالأخاء وتميزت بالوفاء والعطاء رفيقتي في المشوار: **صديقتي "مريم، أسومة العابدي"**.

وإلى كل أفراد عائلتي **"حميش، قليزة"**

وأیضا وفاء وتقديرا واعترافا مني بالجميل أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة المخلصة التي لم تألوا جاهدتا في مساعدتنا في مجال البحث العلمي الأستاذة الفاضلة: **زاوي آمال** على هذه الدراسة وصاحبة الفضل في توجيهنا ومساعدتنا، فجزاها الله كل الخير.

وأخيرا من قال أنا لها " نالها " وأنا لها إن أبت رغما عنها أتيت بها، ما كنت لأفعل دون توفيق من الله، ها هو اليوم العظيم هنا اليوم الذي أجريت سنوات دراستي شاقة حاملة بها حتى تواليت بمنه وكرمه لفرحة التمام، فالحمد لله الذي ما تيقنت به خيرا وأملا إلا وأغرقتني سرورا وفرحا ينسيني مشقتي.





الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات والصلوة والسلام على خير البريات، رب العباد
الذي أدارنا بالعلم وزيننا بالحلم، وأكرمنا بالتقوى وأنعم علينا بالعافية، وأعاننا في
إتمام هذه الدراسة وتقديمها على الشكل الذي هي عليه اليوم، والسلام على رسولنا
الكريم محمد بن عبد الله خاتم الأنبياء والمرسلين ومن تبعه بإحسان إلى يوم الدين
و عرفانا بالمساعدات التي قدمت لنا حتى يخرج هذا العمل إلى النور، نتقدم بجزيل
الشكر والتقدير والعرفان للأستاذة الفاضلة " زاوي أمال " التي قبلت تواضعا
وشرفا وكرما منما الإشراف على هذا العمل، فلما منا خالص التقدير والإحترام على كل
ما قدمته لنا من توجيهات وإرشادات، وعلى كل ما خضتنا به من جهد ووقت طوال
إشرافها على هذه الدراسة.

ولا ننسى أن نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب
أو من بعيد، وإلى كل من أمدنا بيد العون ولو بكلمة طيبة مشجعة.



ملخص الدراسة باللغة العربية :

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاكتئاب ومستوى قلق الموت والإغتراب النفسي لدى الأم المكتئبة بالمؤسسة الإستشفائية الدكتور بن زرجب ولاية عين تموشنت. تكونت عينة الدراسة من حالتين (02) أمهات مكتئبات تم إختيارهم بطريقة قصدية. ولتحقيق أهداف الدراسة، إعتدنا المنهج العيادي القائم على دراسة حالة، وإستخدمنا ثلاثة مقاييس هما مقياس قلق الموت (دونالد تمبلر) المعرب من طرف (عبد الخالق، 2013) ومقياس الإغتراب النفسي من إعداد (رغداء نعيسة، 2012)، ومقياس بيك للإكتئاب المعرب من طرف (عبد الستار إبراهيم، 1990)، وقد أظهرت نتائج دراستنا وكانت بين تأثير قلق الموت في ظهور الإغتراب النفسي وتأثير الإغتراب النفسي في ظهور قلق الموت لدى الأم المكتئبة ووجود مستوى عال من قلق الموت ومستوى عال من الإكتئاب، أما الإغتراب النفسي جاء بمستوى متوسط، وتمت مناقشة هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة والأدبيات النظرية.

الكلمات المفتاحية للدراسة: قلق الموت، الإغتراب النفسي، الأم المكتئبة.

Résumé de l'étude :

Cette étude visait à détecter le niveau de dépression, le niveau d'anxiété de mort et l'aliénation psychologique chez les mères déprimées à l'hôpital Dr Ben Zargib, Ain Tamouchant. L'échantillon de l'étude est composé de deux **(02) mères dépressives** qui ont été sélectionnées au hasard. Pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons adopté l'approche clinique basée sur l'étude de cas, et nous avons utilisé trois échelles : l'échelle d'anxiété de mort (**Donald Templer**) adaptée par (**Abdel Khalek, 2013**), l'échelle d'aliénation psychologique (**Raghdaa Naissa, 2012**), et l'échelle de dépression de Beck adaptée par (**Abdel Sattar Ibrahim, 1990**). Les résultats de notre étude ont montré qu'entre l'effet de l'anxiété de mort sur l'émergence de l'aliénation psychologique et l'effet de l'aliénation psychologique sur l'émergence de l'anxiété de mort chez une mère dépressive et la présence d'un niveau élevé d'anxiété de mort et d'un niveau élevé de dépression, alors que l'aliénation psychologique est venue à un niveau modéré, et ces résultats ont été discutés à la lumière des études antérieures et de la littérature théorique.

Mots-clés : Anxiété de mort, aliénation psychologique, mère dépressive.

Abstract :

This study aimed to detect the level of depression, the level of death anxiety and psychological alienation in depressed mothers at Dr. Ben Zargib Hospital, Ain Tamouchant. The study sample consisted of two (02) **depressed mothers** who were randomly selected. To achieve the objectives of the study, we adopted the clinical approach based on a case study, and we used three scales: the Death Anxiety Scale (**Donald Templer**) adapted by (**Abdel Khalek, 2013**), the Psychological Alienation Scale by (**Raghdaa Naissa, 2012**), and the Beck Depression Scale adapted by (**Abdel Sattar Ibrahim, 1990**). The results of our study were between the effect of death anxiety on the appearance of psychological alienation and the effect of psychological alienation on the appearance of death anxiety in the depressed mother and the presence of a high level of death anxiety and a high level of depression, while psychological alienation came at an intermediate level, and these results were discussed in the light of previous studies and theoretical literature.

Keywords: Death anxiety, psychological alienation, depressed mother.

الصفحة	الموضوع
ب-ت	إهداء
ث	شكر وتقدير
ج-خ	ملخص الدراسة
د-ز	قائمة المحتويات
س	قائمة الجداول
ش	قائمة الأشكال
ص	قائمة الملاحق
الفصل الاول : مدخل تمهيدي إلى الدراسة	
02-01	مقدمة
05-04	إشكالية الدراسة
05	تحديد فرضيات الدراسة
05	أسباب ودوافع إختيار الموضوع
06	أهمية الدراسة
06	اهداف الدراسة
06	تحديد التعاريف الإجرائية
08-06	الدراسات السابقة
11-09	التعقيب على الدراسات السابقة
الجانب النظري	
الفصل الثاني: قلق الموت	
14	تمهيد
14	القلق :
14	مفهوم القلق
14	أنواع القلق
14	القلق الواقعي أو الموضوعي
15	القلق العصابي المرضي
16-15	التوجهات النظرية المفسرة للقلق
16	قلق الموت :
16	نبذة تاريخية عن قلق الموت
17	مفهوم قلق الموت

17-18	أنواع قلق الموت
18	مكونات قلق الموت
19	أسباب قلق الموت
20-19	أعراض قلق الموت
21-20	النظريات المفسرة لقلق الموت
22-21	علاج قلق الموت
22	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الإغتراب النفسي	
24	تمهيد
24	لمحة تاريخية عن الإغتراب النفسي
25-24	تعريف الإغتراب النفسي
26	أنواع الإغتراب النفسي
28-26	أبعاد الإغتراب النفسي
29-28	مراحل الإغتراب النفسي
30-29	أسباب الإغتراب النفسي
32-30	النظريات المفسرة للإغتراب النفسي
33-32	مواجهة الإغتراب النفسي
33	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: الإكتئاب	
35	تمهيد
35	لمحة تاريخية عن الإكتئاب
37-35	مفهوم الإكتئاب
38-37	أعراض الإكتئاب
40-38	أسباب الإكتئاب
42-40	النظريات المفسرة للإكتئاب
44-43	إنتشار إضطراب الإكتئاب لدى المرأة
44	تشخيص الإكتئاب
47-45	علاج الإكتئاب
47	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية	

50	تمهيد
50	الدراسة الاستطلاعية
50	أهداف الدراسة الإستطلاعية
50	نتائج الدراسة الإستطلاعية
51	الدراسة الأساسية
51	منهج الدراسة
51	حدود الدراسة
52-51	عينة الدراسة
58-52	أدوات الدراسة
58	خلاصة
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
60	تمهيد
60	دراسة الحالة الأولى
60	تقديم الحالة الأولى
62-61	ملخص المقابلات مع الحالة الأولى
63	تحليل محتوى المقابلات مع الحالة الأولى
64	التحليل العام للمقابلات للحالة الأولى
65-64	عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الأولى
66-65	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى
69-66	عرض وتحليل نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الأولى
69	دراسة الحالة الثانية
69	تقديم الحالة الثانية
71-70	ملخص المقابلات مع الحالة الثانية
72	تحليل محتوى المقابلات مع الحالة الثانية
73-72	التحليل العام للمقابلات للحالة الثانية
74-73	عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثانية
74	عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية
77-75	عرض وتحليل نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الثانية
81-78	مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات
82	خلاصة
84	الخاتمة

قائمة المحتويات

85	التوصيات والإقتراحات
94-87	قائمة المصادر والمراجع
108-96	قائمة الملاحق

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	الجدول يوضح خصائص أفراد العينة	52
02	الجدول يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	54
03	الجدول يبين توزيع عبارات أبعاد مقياس الاغتراب النفسي	55-54
04	الجدول يوضح درجات بدائل الاغتراب النفسي	56
05	الجدول يوضح بيانات صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب	57
06	الجدول يمثل مستوى الاكتئاب حسب درجته	58
07	الجدول يبين جدول المقابلات العيادية مع الحالة الأولى	61
08	الجدول يوضح شبكة الملاحظة للحالة الأولى	62
09	الجدول يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك للإكتئاب للحالة الأولى	65-64
10	الجدول يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى	66-65
11	الجدول يوضح نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الأولى	68-66
12	الجدول يبين جدول المقابلات العيادية مع الحالة الثانية	70
13	الجدول يوضح شبكة الملاحظة للحالة الثانية	71
14	الجدول يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك للإكتئاب للحالة الثانية	74-73
15	الجدول يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية	74
16	الجدول يوضح نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الثانية	77-75
17	الجدول يبين درجة استجابات المجموعة البحثية	78

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
26	يوضح مخطط لأنواع الإغتراب النفسي	01
42	يوضح مخطط للنموذج المعرفي للاكتئاب	02

الصفحة	إسم الملحق	رقم الملحق
96	مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر	01
99-96	مقياس الاغتراب النفسي	02
104-100	مقياس بيك للاكتئاب	03
105	شبكة الملاحظة	04
107-106	دليل الأسئلة المستخدمة في المقابلات مع الحالتين	05

المقدمة

تعد الضغوط الانفعالية سببا في ظهور عديد الاضطرابات النفسية أبرزها القلق الذي انتشر بكثرة في مختلف المجتمعات، حيث تتفاوت نوعية وشدة القلق من شخص لآخر وذلك بناء على العوامل النفسية والاجتماعية المتغيرة التي تؤثر على كل فرد ومن أهم أنواعه نجد قلق الموت الذي يتولد عن مشكلات تتمحور حول الخوف من الفقد، إذ يرى أرنيسست بيكر (Ernest biker) أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف في إطار واحد وهو الخوف من الموت. (فاروق السيد عثمان، 2001: 74).

وقد أثبتت العديد من الدراسات والإحصائيات أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال وهذا لا ينحصر فقط على قلق الموت، فقد وجد بايكل في دراسته سنة 1990 أن نسبة الاكتئاب لدى المرأة هي ضعف النسبة لدى الرجل. (محرز، 2019: 9)، ويظهر قلق الموت كواحد من أبرز المخاوف التي تورق النساء المكتنبات، حيث تجد الأم المكتنبة نفسها محاصرة بين مشاعر الخوف من فقدان الحياة والخوف من ترك أفراد أسرتها وخصوصا أولادها دون رعاية، وبشكل قلق الموت عائقا كبيرا أمام قدرتها على العيش بصورة طبيعية، ويعمق من مشاعر اليأس والعجز ويؤثر على تفاعلها مع أولادها وعائلتها، هذا القلق يمكن أن يكون معوقا كبيرا أمام محاولات التكيف مع الحياة اليومية، حيث يتداخل مع قدرتها على القيام بمهامها المعتادة والتفاعل مع الآخرين. وقد تتضخم هذه المخاوف لتصبح شبعا يطارد المرأة باستمرار، مما يزيد من عزلتها النفسية والاجتماعية.

في الوقت ذاته قد تشعر الأم المكتنبة التي تعيش عزلة نفسية واجتماعية إلى شعورها بالاغتراب النفسي، حيث يرى "وايت White" على أنه اغتراب عن الذات حيث يرتبط ارتباطا موجبا بالاغتراب عن المجتمع ومنهم من يذهب إلى أن الاغتراب غريبة عن الذات. (عباس يوسف، 2005: 38)، ويظهر الاغتراب النفسي كأحد أبرز التحديات التي تواجه الأم المكتنبة حيث تشعر بأنها منفصلة عن ذاتها وعن الآخرين، وكأنها تعيش في عالم منفصل لا تستطيع التواصل معه بفعالية. وهذا الشعور قد يتفاقم ويؤدي إلى فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، وتراجع القدرة على التواصل مع العائلة والآخرين، مما يعمق من الشعور بالعزلة والوحدة. فالاغتراب النفسي يمكن أن يكون له تأثيرات سلبية واسعة على حياة المرأة، حيث يؤثر على جميع جوانب حياتها. لهذا فإن التعامل مع الاغتراب النفسي لدى المرأة المكتنبة يتطلب فهما عميقا للعوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم في هذا الشعور.

ان تداخل هذه الحالات النفسية بشكل معقد وتعزيز كل منهما الآخر قد يخلق دائرة مفرغة تعيش فيها هذه الأم بين الاكتئاب والمعاناة النفسية حيث يمكن لقلق الموت أن يعزز مشاعر الاغتراب، إذ تشعر المرأة أنها غير مفهومة أو مدعومة في مخاوفها العميقة، فيما يزيد من شعورها بفقدان المعنى والهدف في الحياة.

لهذا تناولنا في هذه الدراسة موضوع قلق الموت والاغتراب النفسي لدى الأم المكتنبة، ومن أجل الإلمام بمتغيرات الموضوع وعناصره، قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى جانبين هما: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

- الجانب النظري: احتوى على أربعة فصول:

- **الفصل الأول:** وهو فصل تقديم الدراسة أو " **الفصل التمهيدي** " يتم فيه تحديد إشكالية الدراسة، تحديد فرضيات الدراسة، وثم أهمية وأهداف الدراسة، وأيضا تحديد التعاريف الإجرائية في الدراسة وفي الأخير التطرق إلى الدراسات السابقة متعلقة بالموضوع والتعليق عليها.
 - **الفصل الثاني:** تطرقنا في هذا الفصل إلى " **قلق الموت** " وتناولنا فيه القلق بصفة عامة من تعريف وانواع والتوجهات النظرية المفسرة له، ثم إنتقلنا إلى قلق الموت بتقديم لمحة تاريخية عنه ثم تعريفه ومكوناته وأسبابه وأعراضه، وأهم النظريات المفسرة له وعلاجه لنختم الفصل بملخص عامة.
 - **الفصل الثالث:** تناول هذا الفصل مفهوم " **الاغتراب النفسي** " حيث تضمن لمحة تاريخية عن الاغتراب النفسي، وتعريفه وأنواعه وأبعاده ومراحله وأسبابه، وأهم النظريات المفسرة له ومواجهته، ثم خلاصة الفصل.
 - **الفصل الرابع:** تطرقنا في هذا الفصل إلى " **الاكتئاب** " بتقديم لمحة تاريخية عنه ثم مفهومه وأعراضه وأسبابه وأهم النظريات المفسرة له، وانتشار اضطراب الاكتئاب لدى المرأة وتشخيصه وعلاجه، ثم خلاصة الفصل.
 - **الجانب التطبيقي:** يتم التطرق فيه إلى فصلين:
 - **الفصل الخامس:** وهو فصل " **الإجراءات المنهجية للدراسة** " حيث احتوى هذا الفصل على الدراسة الاستطلاعية وأهدافها وملخص نتائجها والدراسة الأساسية التي تمثلت في المنهج المستخدم في الدراسة وتحديد الإطار الزمني والمكاني والبشري للدراسة وعينة الدراسة وأدوات الدراسة وخصائصها السيكو مترية.
 - **الفصل السادس:** خصص " **لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة** "، وقمنا فيه بعرض وتحليل النتائج المتوصل إليها للحالات مع تقديم التحليل العام لها، ثم قمنا بمناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.
- وخلصنا في النهاية بخاتمة مع عرض مجموعة من التوصيات والاقتراحات وعرض لقائمة المصادر والمراجع المعتمد عليها في الدراسة.

الفصل الأول

مدخل تمهيدى للدراسة

- إشكالية الدراسة.
- تحديد فرضيات الدراسة.
- أسباب ودواعي إختيار الموضوع.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- تحديد التعاريف الإجرائية.
- الدراسات السابقة.
- تعقيب على الدراسات السابقة.

الإشكالية:

يعاني الإنسان في العصر الحالي مجموعة من المشكلات النفسية وضغوطات كثيرة في حياته نتيجة الصعوبات التي يعيشها بحيث تختلف في خطورتها ودرجتها مما يجعل الفرد يعيش في حالة قلق وتوتر وانعدام الاستقرار النفسي والاجتماعي.

يرى **(عبد الخالق)** أن التفكير في المستقبل أساس أحد مصادر القلق، ويعتبر الموت بطبيعته لكل كائن حي خبرة مستقبلية، لكنه لن يستفيد منها في حياته الخاصة، وأن الموت ينهي ارتباطه بالحياة، لذا فإن التفكير فيه امر صعب، ويفاقم الاضطرابات النفسية على كاهل الإنسان، ويؤدي الإنسان القلق من الموت أعراض اكتئابية، وجمود في التفكير. **(أريج خليل محمد الفيق، 2016: 3).**

ويعتبر قلق الموت انفعال سلبي ناتج عن الإحساس بمشاعر سلبية التي تجعل بعض الأفراد دائمي التفكير به تحسبا لخطر الموت القريب، فهو يعد استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل وتوقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت، إن تشكل هذه الحتمية قلقا وخوفا لديه نتيجة لتعلقه بالحياة **(عبدي نسرين، 2022: 1)** يرى الكثير من العلماء أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى الموت حقيقة، ففي دراسة **جامس ثورسون وآخرون (1998)** فقد هدفت إلى الكشف عن علاقة الجنس والعمر بقلق الموت وقد بينت أن استجابات الكبار في السن اتجاه ما بعد الحياة ممثلة بقلق الموت مرتفعة وان للعمر تأثير على ارتفاع مستوى قلق الموت **(Thorson, Powell, Samuel, 1998: 1173-1174)**، وفي دراسة أخرى أعدها **(ثورثون)** وآخرون هدفت إلى معرفة فحص الفروق العمرية في قلق الموت بين النساء صغيرات السن وكبيرات السن على مقياس قلق الموت كانت النتائج التي توصل إليها الباحثين أن الدرجة الكلية للمقياس أعلى بصورة دالة بالنسبة لصغيرات السن، خصوصا فيما يتعلق بأبعاد الألم وحدوث خسارة أو فقدان لجزء من الجسد والتفكك والاضطرابات النفسية **(لعماري، شريفي، 2021: 9)**، فقلق الموت قد يزداد عند الإصابة بالاضطرابات النفسية كالاغتراب النفسي والاكتئاب والقلق، عدم تقدير الذات، وفقدان المزاج. والاضطراب ظاهرة إنسانية عامة تحمل في طياتها الجانب الإيجابي والجانب السلبي شائعة في كثير من المجتمعات بغض النظر عن النظم والإيديولوجيات والمستوى الاقتصادي والتقدم المادي والتكنولوجي فالإنسان هو المخلوق الوحيد الذي يستطيع ان ينفصل عن نفسه، وقد ينفصل عن مجتمعه أو عالمه، وقد يعيش الإنسان الاغتراب ويكابه بصفته جزء من حياته ومكونا من مكوناته النفسية والاجتماعية والوجدانية دون أن يعي أنه يعيش حالة من الاغتراب النفسي. **(عيد محمد إبراهيم، 2002: 7)** أما الاغتراب النفسي هو حالة يعبر بها الفرد عن نفسه بأنه أصبح يعيش مخلصا لتوقعات الحياة وهو في الحقيقة لا يسعى لفعل أي شيء مؤمن به، ومن الممكن ان يكون السبب في ذلك يرجع إلى مثالية الفرد لا تتفق وظرف المجتمع الذي يسير بشكل معاكس لأفكاره ومشاعره حيث استهدفت دراسة **جون (1981)** الاغتراب النفسي وعلاقته بأمراض الضغوط التعرف على العلاقة بين الاغتراب النفسي وبعض الامراض كالتوتر والاكتئاب والمرض العضوي والمرض النفسي المصاحبة للفشل الوظيفي باعتباره أحد الضغوط. وأعد الباحث استبانة متعددة الصور لقياس التوتر والاكتئاب وعدم وجود علاقة ارتباطية بين الاغتراب والمرض النفسي والتوتر والمرض العضوي **(John, 1986: 08)**. فالالاكتئاب هو من أكثر الأمراض النفسية والمهددة لوحدة الفرد النفسية والجسمية، كما عرفة **(بيك)** بأنه حالة انفعالية تتضمن تغيرا محددًا في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها، ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت **(الخالدي، 2006: 380)**. وتعتبر المرأة أكثر استهدافا وتعرضا للاكتئاب وقد

أثبتت الأبحاث المنضبطة أن هناك زيادة حقيقية في معدل الاكتئاب لدى المرأة وهذا راجع إلى التكوين العاطفي للمرأة، وخبرات التعلق والفقد والتغيرات البيولوجية المتلاحقة فقد وجد بايكل (1990) أن نسبة الاكتئاب لدى المرأة هي ضعف النسبة لدى الرجل وقد تأكد هذا الباحث أن هذا الارتفاع في الإصابة بالاكتئاب ليس راجعاً إلى سلوك البحث عن المساعدة الذي تتسم له المرأة أي أن هذه الزيادة حقيقية وليست ناتجة عن مجرد اختلاف في درجة القبول بالمرض النفسي ومحاولة البحث عن علاج له، وقد وجدت تلك الزيادة في الإصابة بالاكتئاب تحدث لدى النساء المتزوجات وفي السن بين 25 إلى 45 (الذين لديهم أطفال) ويرجع أن يكون للعوامل الاجتماعية والنفسية دور مهم في إحداث الاكتئاب (محرز، 2019: 09)، إذن يعد قلق الموت والاعتراب النفسي من المشكلات النفسية الخطيرة التي من الممكن أن تواجهها الأمهات المكتئبات.

- وتبعاً لما سبق صغنا الإشكالية التالية :

- هل يؤثر قلق الموت في ظهور الاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة؟

وقد يتفرع من هذه الإشكالية تساؤلات فرعية :

- ما هو مستوى الاكتئاب لدى الأم المكتئبة؟

- ما هو مستوى قلق الموت لدى الأم المكتئبة؟

- ما هو مستوى الاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة؟

- تحديد فرضيات الدراسة :

الفرضية الرئيسية :

يؤثر قلق الموت في ظهور الاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة.

- أسباب ودواعي اختيار الموضوع:

- الميل والرغبة في تناول هذا الموضوع.

- السعي لمعرفة الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى قلق الموت والاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة.

- الرغبة في اكتشاف وتوسيع معارفنا حول الموضوع بصفتنا أخصائيات نفسانيات في الميدان من أجل تقديم أكبر مساعدة للأمهات المكتئبات التي يعانين كذلك من الاعتراب النفسي وقلق الموت.

- قلة الدراسات الحديثة والأبحاث العلمية المتضمنة موضوع قلق الموت والاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة (في حدود اطلاعنا).

- أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في أهمية متغيراتها:

- لفت اهتمام بدراسة قلق الموت الناتج عن الاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة.

- التعرف على ظاهرة الاغتراب النفسي من حيث علاقته بقلق الموت والاكتئاب ومدى استمكانه من سلوكيات المرأة وتأثيره على أنماط حياتها المختلفة.
- قد تساعد الدراسة الحالية في التعرف على مستويات القلق المبكر من الموت لدى الأمهات المكتئبات وأساليب التغلب عليه.
- الخروج بنتائج واقتراحات تساعد في التخفيف من شدة قلق الموت والاغتراب النفسي لدى الأم المكتئبة.
- لفت أنظار الباحثين إلى أهمية الموضوع وضرورة البحث فيه.
- **أهداف الدراسة :** تهدف الدراسة الحالية لتحقيق جملة من الأهداف تتمثل فيما يلي :
- معرفة تأثير قلق الموت في ظهور الاغتراب النفسي لدى الأم المكتئبة.
- معرفة مستوى قلق الموت لدى الام المكتئبة.
- معرفة مستوى الاكتئاب لدى الأم المكتئبة.
- معرفة مستوى الاغتراب النفسي لدى الأم المكتئبة.
- **تحديد التعاريف الإجرائية :**

قلق الموت: ويعرف إجرائياً بأنه أفكار غير سارة حول توقف الحياة والابتعاد عن الحياة الدنيا، مما يؤدي إلى وقوع الشخص في قلق الموت، ويقاس بالدرجة التي تحصل عليها الحالة من خلال استجابتها على مقياس قلق الموت.

الاغتراب النفسي: ويعرف إجرائياً بأنه هو حالة يشعر فيها الشخص بالانفصال عن ذاته أو العزلة العاطفية، وقد ينجم عن تغييرات حياتية مفاجئة أو تعرض لضغوط نفسية قوية، ويمكن الاستدلال عليها من خلال الدرجات المتحصل عليها من استجابة الحالة على فقرات المقياس المعد في هذا الغرض والذي يتضمن الأبعاد المعبرة عن الاغتراب النفسي.

الاكتئاب: يعرف إجرائياً بأنه هو الإحساس بالحزن العميق سببه عوامل مختلفة وظهور أعراض جسمية وسلوكية ونفسية وعقلية على المرأة نتيجة هذا الحزن، ويقاس بالدرجة أو المستوى الذي تحصل عليه الحالة في مقياس بيك للاكتئاب.

- الدراسات السابقة :

دراسة ثورثون وآخرون: حيث قام بدراسة عن الفروق العمرية لقلق الموت بين النساء الصغيرات السن أعمارهن 22 عاماً، وكبيرات السن أعمارهن 81 عاماً على مقياس قلق الموت وكانت الدرجة الكلية للمقياس أعلى بصورة دالة بالنسبة لصغيرات السن، خصوصاً فيما يتعلق بأبعاد الألم وحدث خسارة أو فقدان لجزء من الجسد والتفكك والاضطرابات النفسية. (لعماري، شريف، 2021: 9)

دراسة جون(1981): هدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين الاغتراب النفسي وبعض الأمراض كالتوتر terision والاكتئاب depression والمرض العضوي physicalillness والمرض النفسي

mental illness المصاحبة للفشل الوظيفي باعتباره أحد الضغوط، وأعد الباحث استبيانته متعددة الصور لقياس التوتر الاكتئاب والمرض النفسي والمرض العضوي، ومقياس للاغتراب واستخراج الصدق والثبات لهما الطرق الشائعة وبعد المعالجة الإحصائية المتمثلة باستخدام معامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار توصل إلى النتائج التالية: وجود علاقة بين الاغتراب والاكتئاب عدم وجود علاقة ارتباطية بين الاغتراب والمرض النفسي والتوتر والمرض. (John, 1986: 08)

دراسة **بايكل (1990)**: أن نسبة الاكتئاب عند المرأة هي ضعف النسبة في الرجل وقد تأكد هذا الباحث أن هذا الارتفاع في الإصابة بالاكتئاب ليس راجعا إلى سلوك البحث عن المساعدة الذي تنسم له المرأة أي أن هذه الزيادة حقيقية وليست ناتجة عن مجرد اختلاف في درجة القبول بالمرض النفسي ومحاولة البحث عن علاج له وقد وجد أن تلك الزيادة في الإصابة بالاكتئاب تحدث في النساء المتزوجات وفي السن بين (25 إلى 45) الذين لديهم أطفال ويرجح أن يكون للعوامل الاجتماعية دور مهم في أحداث الاكتئاب. (محرز، 2019: 09)

دراسة **إبراهيم (1995)**: هذه الدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت والإصابة ببعض الأمراض العضوية الأخرى (كالسكري، والسرطان، ضغط الدم، المفاصل، الربو). على عينة اشتملت على مجموعات سوية كعينات ضبط وأخرى مرضية (تجريبية) وتكونت العينة التجريبية من (102) ذكور (98) إناث، من مرضى الأمراض العضوية، وتكونت المجموعة الضابطة من (21) ذكور و(19) إناث. قام الباحث بتطبيق مقياس تمبلر لقلق الموت، والمترجم إلى اللغة العربية من قبل الباحث أحمد عبد الخالق، وقد أشارت النتائج إلى أن العينة التجريبية، قد حصلت على متوسطات أعلى، من العينة الضابطة في قلق الموت. (فقيري، 2015: 10)

دراسة **محمد المهدي (2001)**: عنوان المرأة والاكتئاب أثبتت لدراسة أن هناك زيادة حقيقية في معدل الاكتئاب لدى المرأة لا تقبل الشك. ويعود السبب في ذلك إلى إما في نقص معرفة كثير من الأطباء بموضوع الإضرابات النفسية عموما والاكتئاب بوجه خاص في (الدول النامية) ومما يزيد الأمر صعوبة أن الاكتئاب لدى نسبة غير قليلة من النساء ربما لا يظهر في صورة صريحة ولكن يظهر في صورة شكاوى جسدية مثل الصداع المستمر وآلام بالجسد.... ويكون في الأصل حالة اكتئاب نفسي ولكنه متخفي (Masked Depression) اما الأسباب المتعلقة بالمریضة نفسها فهي أن هناك صعوبة لدى المرأة في المجتمعات النامية للتصريح بأنها تعاني اضطرابا نفسيا لأن هذا يحمل وصمة اجتماعية نظرا لاقتران المرض النفسي بالجنون لدى عامة الناس، ولهذه الأسباب فإن 20% فقط من النساء المصابات بالاكتئاب ينلن حظهن من العلاج الدوائي وإن لم تأخذ علاجا كافيا فتتحول الحالة إلى اكتئاب مزمن (Chronic Depression). (محرز، 2019: 18-19).

دراسة **أبو صالح (2013)**: قامت بدراسة للكشف عن مستوى الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين وتكونت عينة الدراسة من 56 فردا، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، طبقت عليهم عدة أدوات وهي: مقياس الاغتراب النفسي إعداد محمد إبراهيم عيد، ومقياس قلق الموت إعداد زينب شقير، فأسفرت النتائج عن ارتفاع مستويات الاغتراب النفسي لدى عينة الدراسة، وتبين وجود علاقة بين الاغتراب النفسي وقلق الموت. (أريج، 2016: 47).

دراسة **مختار ونورالدين (2017)**: الكشف على مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري، والتعرف إلى فروق في مستوى الشعور بقلق الموت تبعا لمتغير الجنس والسن والمستوى التعليمي والحالة

الاجتماعية تكونت العينة من 106 فرد ذكورا وإناثا. طبق عليهم مقياس قلق الموت عبد الخالق (2003) أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة وكما أظهرت على وجود فروق في درجة قلق الموت تبعا لمتغير الجنس، بالإضافة على عدم وجود فروق في درجة قلق الموت تبعا لمتغير كالحالة الاجتماعية، لمستوى التعليمي، والسن. (مختار، نورالدين، 2017: 176).

دراسة يوكسل وآخرون (2017) : هدفت الدراسة إلى التحقق من المستويات الفردية من قلق الموت ومعنى الحياة في ضوء بعض المتغيرات مثل الجنس، العمر، الناحية الأكاديمية، الحالة الاجتماعية... حيث تكونت عينة الدراسة من (82 ذكور 103 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (25-55) سنة.

تم جمع البيانات باستخدام نموذج المعلومات الشخصية، مقياس قلق الموت، واستبيان معنى الحياة وقد أظهرت النتائج أنه كلما ارتفع معدل قلق الموت فإنه بالمقابل ينخفض مستوى معنى الحياة بالنسبة للشخص. كما بينت الدراسة أن قلق الموت لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية ... وأشارت الدراسة أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال. (Yüksel & all, 2017 :165).

دراسة العمر (2016): هدفت الدراسة إلى أهمية التعرف إلى مستوى كل من قلق الموت والأمن النفسي لدى أفراد عينة الدراسة، والتعرف على العلاقة الارتباطية بين قلق الموت والامن النفسي، ومعرفة الفروق بين متوسطات درجات الطلبة أفراد عينة البحث على مقياس قلق الموت والأمن النفسي تبعا لمتغير السنة الدراسية. وطبق الباحث دراسته على عينة مكونة من (463) طالبا وطالبة من كلية التربية بجامعة دمشق، وطبق عليهم مقياس قلق الموت من إعداد الباحث ومقياس الأمن النفسي من إعداد (العوض، 2013) وذلك بعد تحققه من صدقها وثباتها. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى: أن انخفاض مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة وارتفاع مستوى الامن النفسي لدى عينة البحث، ووجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة على مقياس قلق الموت ودرجاتهم على مقياس الامن النفسي، ووجود فروق بين متوسط درجات الطلبة على مقياس قلق الموت لصالح طلبة السنة الأولى. (ميرنا، علا، 2023: 71).

دراسة السلامي (2018): هدفت إلى التعرف على أثر الاغتراب النفسي على مستوى أداء المعلمات من وجهة نظرهن بمكتب التعليم بالبرك في محایل عسير بالمملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من (20) معلمة من المعلمات بمدارس التعليم العام بمكتب التعليم بالبرك في محایل عسير تم اختيارهن بطريقة عشوائية، تمثلت أداة الدراسة في مقياس الاغتراب النفسي من اعداد الباحثة، ومقياس الأداء الوظيفي من اعداد الباحثة. بينت نتائج الدراسة أن مستوى الاغتراب النفسي لدى المعلمات جاء بدرجة متوسطة ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين الاغتراب النفسي ومستوى الأداء الوظيفي لدى المعلمات. (منذر، 2019: 114-115).

دراسة عبد الستار إبراهيم (1997): هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق والاكتئاب والعداوة في المملكة العربية السعودية، وشملت عينة هذه الدراسة على (1024) من الإناث و(989) من الذكور، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- الإناث هن أكثر إصابة بكل المتغيرات المرضية مقارنة مع الذكور.
- ازدياد الفروق بشكل جوهري بين طالبات الثانوية والطالبات الجامعية، بينما كانت أقل الدرجات في الاكتئاب لدى النساء العاملات.
- العامل الجنسي سواء ذكرا أم أنثى ليس هو المسؤول في حد ذاته عن ارتفاع الاكتئاب.

- الأمراض النفسية والاجتماعية لا تنتشر فقط لدى الكبار والمسنين دون من هم أصغر سناً، فهي تنتشر أيضاً بين الشباب سواء الأمر متعلقاً بالذكور والإناث. (ربيعاً، فهيمة، 2015: 24)

- **التعقيب على الدراسات السابقة :** من خلال الدراسات السابقة (العربية، الجزائرية، الأجنبية) التي تطرقنا عليها في الدراسة تبين لنا أنه :

من حيث الهدف: أن جل الدراسات السابقة تناولت نفس الهدف الرئيسي لمتغيرات الدراسة (قلق الموت، الاغتراب النفسي، الاكتئاب) من حيث التعرف على مستوياتهم ودرجاتهم وكذلك معرفة تأثير قلق الموت والاضطراب النفسي على الأم المكتئبة وكذلك الكشف عن علاقتهم ببعض المتغيرات الديمغرافية.

دراسة كل من أبو صالح (2013)، مختار ونورالدين (2017)، بايكل (1990)، يوكسل وآخرون (2017)، محمد المهدي (2001)، دراسة العمر (2016) تشابهوا في الأهداف من خلال الكشف والتعرف عن مستوى قلق الموت والاضطراب النفسي وعن مستوى الاكتئاب لدى المرأة وأيضاً ببعض المتغيرات الديمغرافية كالعمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية.

وأما دراسة جون (1981)، إبراهيم (1995) هدفت في معرفة العلاقة بين قلق الموت والاضطراب النفسي وعلاقتها ببعض الأمراض العضوية الأخرى وأيضاً دراسة أبو صالح (2013) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الاغتراب النفسي وقلق الموت لدى المعلمين.

بالإضافة إلى دراسة ثورثون وآخرون (دون سنة) هدفت إلى دراسة الفروق العمرية لقلق الموت بين النساء الصغيرات السن وكبيرات السن.

أما دراسة السلامي (2018) هدفت إلى التعرف على أثر الاغتراب النفسي على مستوى أداء المعلمات، وأيضاً دراسة عبد الستار إبراهيم (1997) هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق والاكتئاب والعداوة.

من حيث عينة الدراسة: أن أغلبية الدراسات اتفقت في نوع العينة واختلفت من حيث الحجم والبيئة وكذلك من حيث موضوع الدراسة.

فدراسة يوكسل وآخرون (2017) تكونت عينة الدراسة من (82 ذكور، 103 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (25-55) سنة، ودراسة أبو صالح (2013) تكونت عينة من 56 فرداً (معلمين)، أيضاً دراسة العمر (2016) حيث تكونت عينة الدراسة من 463 طالباً وطالبة.

أما دراسة إبراهيم (1995) تكونت عينة الدراسة من العينة التجريبية (102 ذكور، 98 إناث)، وتكونت المجموعة الضابطة من (21 ذكور، 19 إناث)، ودراسة مختار ونور الدين (2017) تكونت عينة الدراسة من 106 فرداً ذكوراً وإناثاً، ودراسة عبد الستار إبراهيم (1997) شملت هذه الدراسة على (1024 إناث، 989 ذكور).

كذلك نجد دراسة بايكل (1990) تكونت عينة الدراسة من نساء متزوجات يتراوح أعمارهم ما بين (25 إلى 45) سنة، دراسة السلامي (2018) تكونت عينة الدراسة من 20 معلمة، وتناولت دراسة ثورثون وآخرون (دون سنة) تكونت عينة الدراسة من نساء صغيرات السن أعمارهم 22 عاماً وكبيرات السن أعمارهم 81 عاماً.

من حيث الأدوات :

نجد أن دراسة يوكسل وآخرون (2017) استخدم مقياس قلق الموت واستبيان معنى الحياة، ودراسة جون (1981) تم استخدام مقياس للاغتراب وكذلك استخدام معامل ارتباط برسون وتحليل الانحدار، وأيضا دراسة السلامي (2018) تمثلت أداة الدراسة في مقياس الاغتراب النفسي ومقياس الأداء الوظيفي من إعداد الباحثة، أما دراسة العمر (2016) طبق مقياس قلق الموت من إعداد الباحث مقياس الأمن النفسي من إعداد العوض (2013).

أما دراسة أبو صالحه (2013) مقياس الاغتراب النفسي إعداد محمد إبراهيم عيد ومقياس قلق الموت إعداد زينب شقير، أما دراسة إبراهيم (1995) تم استخدام مقياس تمبلر لقلق الموت، كذلك نجد دراسة مختار ونور الدين (2017) تم استخدام مقياس قلق الموت من إعداد عبد الخالق (2003).

من حيث المنهج :

أن أغلبية الدراسات السابقة الموجودة أعلاه تناولت استخدام المنهج الوصفي مثل: دراسة أبو صالحه (2013) تم استخدام المنهج الوصفي.

من حيث النتائج :

من خلال ما تم ذكره في الدراسات السابقة توصلنا إلى نتائج علمية رغم اختلاف موضوع الدراسة وعينة الدراسة وطرق الدراسة وهي كالآتي:

توصلت دراسة يوكسل وآخرون (2017) إلى أنه كلما ارتفع معدل قلق الموت فإنه بالمقابل ينخفض مستوى معنى الحياة بالنسبة للشخص. كما بينت الدراسة أن قلق الموت لا يختلف باختلاف المتغيرات التالية العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الناحية الأكاديمية ... وأشارت الدراسة أن هناك ميل لدى النساء للشعور بقلق الموت بدرجة أكبر من الرجال.

وأما دراسة أبو صالحه (2013) فأسفرت نتائجها عن ارتفاع مستويات الاغتراب النفسي لدى عينة الدراسة، وتبين وجود علاقة بين الاغتراب النفسي وقلق الموت.

كما جاءت نتائج دراسة مختار ونورالدين (2014) إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى عينة الدراسة وكما أظهرت على وجود فروق في درجة قلق الموت تبعا لمتغير الجنس، بالإضافة على عدم وجود فروق في درجة قلق الموت تبعا لمتغير كالحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، والسن.

وورد في دراسة جون (1981) وجود علاقة بين الاغتراب والاكتئاب عدم وجود علاقة ارتباطية بين الاغتراب والمرض النفسي والتوتر والمرض.

وتوصلت دراسة بايكل (1990) إلى أن نسبة الاكتئاب عند المرأة هي ضعف النسبة عند الرجل.

وأما دراسة إبراهيم (1995) قد أشارت إلى أن العينة التجريبية قد حصلت على متوسطات أعلى من العينة الضابطة في قلق الموت .

وبينما كشفت دراسة ثورثون وآخرون أن الدرجة الكلية للمقياس أعلى بصورة دالة بالنسبة لصغيرات السن على كبيرات السن فيما يتعلق بأبعاد الألم.

وتوصلت دراسة محمد المهدي (2001) أن هناك زيادة حقيقية في معدل الاكتئاب لدى المرأة لا تقبل الشك.

أما دراسة العمر (2016) قد أشارت إلى أن انخفاض مستوى قلق الموت لدى أفراد عينة الدراسة وارتفاع مستوى الأمن النفسي لدى عينة الدراسة.

كما جاءت نتائج دراسة السلامي (2018) إلى أن مستوى الاغتراب لدى المعلمات جاء بدرجة متوسطة.

وتوصلت دراسة عبد الستار إبراهيم (1997) إلى أن الإناث هن أكثر إصابة بالمتغيرات المرضية مقارنة مع الذكور وأن العامل الجنسي سواء ذكر أو أنثى ليس هو المسؤول بحد ذاته عن ارتفاع الاكتئاب كما بينت نتائج هذه الدراسة أن الاكتئاب جاء بأقل درجات لدى النساء العاملات.

مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة : من خلال مقارنة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة الأخرى نوضح فيما يلي :

- اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في بعض متغيرات الدراسة واتفقت في العينة.
- تطابقت دراستنا مع دراسة أبو صالح (2013) ودراسة جون (1981) من حيث متغيرات الدراسة (قلق الموت، الاغتراب النفسي والاكتئاب) وعلاقتها ببعضهما البعض.
- انسجمت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الهدف للكشف عن تأثير قلق الموت والاغتراب النفسي وعن العلاقة بينهما.
- ومن حيث أداة البحث نجد اختلاف في المقاييس التي استخدمت بخصوص مقياس قلق الموت إلا دراسة إبراهيم (1995) مثل مقياس دراستنا (مقياس تمبلر) ومن ناحية مقياس الاغتراب النفسي وقلق الموت هناك اختلاف.
- من حيث المنهج تم الاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة وذلك في الدراسة الحالية واختلف مع الدراسات السابقة بحيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي.

الجانب النظري

الفصل الثاني

قلق الموت

تمهيد.

❖ القلق:

- مفهوم القلق.

- أنواع القلق.

➤ القلق الواقعي أو الموضوعي.

➤ القلق العصابي المرضي.

- التوجهات النظرية المفسرة للقلق.

❖ قلق الموت:

- نبذة تاريخية عن مفهوم قلق الموت.

- مفهوم قلق الموت.

- مكونات قلق الموت.

- أنواع قلق الموت.

- أسباب قلق الموت.

- أعراض قلق الموت.

- النظريات المفسرة لقلق الموت.

- علاج قلق الموت.

خلاصة الفصل.

تمهيد :

قال الله تعالى : "كل نفس ذائقة الموت" (آل عمران 185) يعي الناس تماما أن وجودهم سينتهي أخيرا دون معرفة الزمان أو المكان أو الطريقة التي يموتون بها. ومن الممكن القول بأن الخوف من الموت أمر شائع وعام لدى الناس، فالموت يقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى، ولأسباب متعددة، سواء كانت هذه الأسباب بيئية خارجية كموت شخص قريب منا، أو نفسية داخلية كمرض يصيبنا كالإكتئاب مثلا.

1. القلق :

(1)- مفهوم القلق :

لقد تعددت تعاريف علماء النفس للقلق، فلكل واحد وجهة نظر يؤمن بها :

يعرفه مسرمان : " بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة لدوافع ومحاولات الفرد للتكيف." (محمد جاسم محمد، 2004 : 241).

وتعرفه فوزي إيمان سعيد: " أنه خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر أو التهديد، أو إنما توجس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثا خطيرا يوشك أن ينزل به، وغالبا ما يجهل الإنسان طبيعة الخطر الذي يستشعر تهديده على نحو محدد." (فوزي إيمان سعيد، بدون سنة : 92).

كما يعرفه أحمد عكاشة : " بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع الخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات يأتي في نوبات تتكون في نفس الفرد." (أحمد عكاشة، 1988 : 38).

أما (sillemey) فيعرفه: " بأنه حالة عاطفية متميزة بعدم الارتياح، وذلك لترقب خطر غير محدد والذي نحن عاجزون أمامه ." (n.sillemey, 1983 : 28).

أما سبيلبرجر فيعرف القلق (1983): " بأنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللامبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها." (جاسم محمد عبد الله مرزوقي، 2008 : 37).

(2)- أنواع القلق :

عادة ما يقسم علماء النفس القلق إلى نوعين رئيسيين هما :

-القلق الواقعي أو الموضوعي: وهو النوع الذي يدرك الإنسان أن مصدره خارجي، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو لأذى يتوقعه الشخص مستقبلا، ويسميه العلماء عدة أسماء مثل القلق الواقعي، أو القلق الصحيح، والقلق السوي. وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الإنسان. (الأقصري يوسف، 2002 : 21).

ويطلق عليه أحيانا القلق السوي، ويحدث في مواقف التحسب وتوقع حدوث ما لا تحمد عقباه كالخوف من الفشل، أو فقدان شيء، وأحسن الأمثلة لهذا الشعور هو قلق الطالب أثناء الامتحان أو قبله. (كفافي علاء الدين، 1990 : 236).

-**القلق العصابي المرضي:** هو رد فعل لإدراك ظروف غير معروفة وواضحة، يحتمل وجودها أو عدم وجودها قد ينشأ عن توقعات يصعب إثبات وجودها. وقد يرتبط بخيالات وهمية غير معقولة صادرة من اللاشعور، وهو قلق يشتد ويزيد عن القلق الطبيعي وينتج عنه عدم القدرة على التركيز وتراجع كفاءة الإنسان وضعف قدراته على مواجهة الحياة وحل المشكلات لأنه يؤدي إلى إعاقة التفكير والسلوك واضطرابات في الشخصية، وينقص تفاعل الإنسان مع بيئته وتعامله مع الناس، ويصيبه بأمراض جسدية أو نفسية وهو في حد ذاته يحتاج إلى العلاج. (صموئيل، دون سنة: 24).

أما دافيد شيهان 1988 فقد صنف القلق إلى نوعين أساسيين:

- **القلق الخارجي المنشأ Exogènes:** الذي ينشأ أو ينتج من الخارج ويستطيع الفرد أن يميز دائما مصدرا مقبولاً لا يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه.
- **القلق الداخلي المنشأ Endogènes:** هو القلق يولد مع الشخص ولديه استعداد وراثيا له. وهو عادة ما يبدأ بنوبات قلق تأتي بدون إنذار أو سبب ظاهر، فيشعر هنا الفرد كأن الأمر يدهمه من داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية. (العطية، 2011: 21)

وتحدث عبد الخالق عن القلق الهائم الطليق، المسمى بالقلق العام، غير محدد الموضوع. ولكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددًا بمجال أو موضوع معين خاص، أو تثيره مواقف ذات قدر من التشابه **كقلق الامتحان**، أو قلق الاختبار أو التحصيل. المرتبط بمواقف الاختبار التي تثير في الفرد الشعور بالخوف والهم في مواجهة الاختبارات. أما **قلق الجنس** مرتبط بأنواع المخاوف والهموم المتصلة بالجنس في حالته السوية. **القلق الاجتماعي** وهو قلق الحديث أمام الناس يتصل بالمواقف الاجتماعية الخاصة، وخشية مواجهة الجمهور والارتباك نتيجة الخوف من الفشل أو ارتكاب الأخطاء عند الحديث ويكون مصحوبا باضطرابات جسدية، كفقدان القلق... أما **قلق الموت** فهو نوع من أنواع القلق الهائم أو الطابق أو العام يتمركز حول موضوعات متصلة بالموت. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987: 31-33).

(3)- التوجهات النظرية المفسرة للقلق :

هناك عدد معتبر من النظريات التي تناولت القلق ومن بينها ما يلي:

3-1 نظرية التحليل النفسي: يعتقد المحللون النفسيون، وأكثرهم شهرة سيغموند فرويد أن المخاوف والرغبات الصعبة التعامل والتعايش معها تدفن في اللاوعي بدلا من حلها. وعندما تحاول هذه الرغبة أو الخوف أن تعبر عن نفسها ينتج عنها القلق. ويرجع فرويد اضطرابات القلق لبعض النساء اللاتي عالجهن إلى رغبات جنسية لم تستطعن التعايش معها أو مناقشتها لأنها لا تعتبر من شيم السيدات. (مكزي، 2013: 26)

أما أدلر Adler فقد أرجع القلق إلى شعور الفرد بالنقص ومحاولة التفوق. أما أريك فروم From فيرى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتفرد والاستقلال من جانب الوالدين. ويذهب أتورانك O.Rank إلى أن القلق يرجع إلى صدمة الميلاد. (فايد حسين، 2008: 24).

3-2 النظرية السلوكية: ترى أن القلق سلوك ناتج عن عملية التعلم أو أنه استجابة اشتراطية مكتسبة تستثار بمثير محايد حيث يكتسب هذا المثير المحايد القدرة على استدعاء القلق ويكون هذا عند اقترانه بعده مثيرات طبيعية أو مثير طبيعي واحد يكون هذا مقترن بعملية اشتراطية وفقا لقوانين التعلم ومن هنا يكون

المثير المحايد من قبل هو المثير الذي يؤدي بالفرد إلى القلق ومن ثم أصبح بذلك مثيرا شرطيا. (عبد المطلب القريطي، 1998: 130).

3-4 النظرية المعرفية: من وجهة نظر المعرفية يعتقد أن العامل الأساسي في نشوء القلق واستمراره وتفاقمه يتبع من عمله إلى أن الاستعراضات تلعب دورا حاسما في القلق حيث أشاد ارون بيك (1885) أن أفكار الفرد تحدد ردود أفعاله وإلى ضوء محتوى التفكير يتضمن القلق حديثا سلبيا مع الذات وضيقا مسيطرا. (ناهد سعود، 2005: 47).

II. قلق الموت :

1- نبذة تاريخية عن مفهوم قلق الموت :

تنبع جذور دراسة قلق الموت من فحص مسألة الموت، وقد اهتمت الديانات السماوية جميعا أي اهتمام بموضوع الموت، فلموت أهمية مركزية في كل ديانة، وفي كل نسق فكري فلسفي متماسك، ولقد استخدم النوم على أن شبيه طبيعى للموت، فصور قدماء اليونان النوم على أنه أخ توأم للموت، كذلك صور القرآن الكريم النوم بأن الوفاة الأولى للإنسان في الحياة ولكنها وفاة مؤقتة. (عبد الخالق، 1987: 39).

مرت إشكالية الموت والوعي بها والحلول الدينية والفلسفية المقترحة للتصدي لها بمراحل تطويرية متدرجة وموازية لتطور الوعي الفردي الاجتماعي للإنسان عبر التاريخ.

ففي العصور البدائية لم يكن الموت بعد لازمة ضرورية للوضع البشري، إذ كان يعتقد أن الإنسان ولد خالدا، لكن الآلهة هي التي بعثت بالموت بعد ان أخذتها الغيرة من الإنسان الذي طردها من الأرض.

أما المصريون القدماء فاتخذوا من التحنيط وسيلة للتخليد وإنكار الفناء، فالموت لديهم تغيير للشكل فحسب، وهو وسيلة لإعادة الحياة من جديد، ثم جاء "سقراط" (470-399) ق م ليقول: "ألم تعلموا ان الطبيعة حكمت علي بالموت منذ لحظة ميلادي"، وأمن "أرسطو" (384-322) ق م بخلود العقل الذي يأتي إلى الإنسان من الخارج، إنه العنصر الإلهي في الإنسان، وهو وحده الذي لا ينفى عند الموت. (فارس كمال نظمي، 2007: 175).

وعلى الرغم من أن علم النفس قد نشأ في أحضان التقاليد الاجتماعية والفلسفية، حيث كان الموت مشكلة بارزة، فإن العلم الجديد كانت لديه أولويات أخرى لبحثها.

وفي عام 1901 قدم « mechinkof » وهو حاص على جائزة نوبل في البيولوجيا الطبية، مصطلح "علم دراسة الموت والاحتضار"، وفي الخمسينات من هذا القرن، بدأ اهتمام علم النفس بشكل مفصل بالموت والموضوعات المرتبطة به، وفي عام 1970 أسست مجلة النهاية، مجلة الموت والاحتضار، وهناك أيضا مجلة التربية المتصلة بالموت، كما صدرت في السنين الأخيرة بحوث متعددة عن خبرة الاقتراب من الموت.

ولقد ارتبط التطور في مجال دراسة قلق الموت، بتطوير أدوات موضوعية للقياس، فوضع "بويار" مقياس الخوف من الموت في رسالته للدكتوراه عام 1964، وقدم « Timbler » مقياس قلق الموت نتاجا لرسالته التي قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967 وهو من أفضل المقاييس المتاحة، ثم زادت

البحوث في قلق الموت في العقدين الآخرين زيادة كبيرة يلمسها المطلعون على مجلة "التقارير السيكولوجية". (احمد محمد عبد الخالق، 1987: 40).

(2)- تعريف قلق الموت :

إن قلق الموت يعتبر نوع من أنواع قلق العام، حيث يشعر بهذا النوع أفراد بدرجة أكبر من غيرهم، وذلك لتكوينهم النفسي الأكثر حساسية من غيرهم، فإن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفقا لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة متباينة فبالتالي فإننا جميعا نخشى الموت بدرجات متفاوتة.

قلق الموت هو "الخوف الشديد من الموت، وعادة ما ينطوي على خوف غير طبيعي حول ما إذا كان الشخص سيظل موجودا أم لا بشكل من الأشكال بعد الموت الجسدي". (Morse, 2000, :20).

اختلفت وتعددت آراء الباحثين حول مفهوم قلق الموت، فهناك عدة تعريفات نذكر منها:

- تعريف "تمبلر" (Templer): هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه. (بشير معمرية، 2007: 212)
- تعريف "هولتر" (holter): استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانفعال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت.
- تعريف "هونيلورواس" (H.wass): خبرة انفعالية تتضمن الخوف من فقدان الذات وفقدان الهوية. (بشير معمرية، 2009: 298)
- تعريف "ديكستين": التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذا الحقيقة. (أحمد محمد عبد الخالق، 1998، ص39)
- تعريف "ارنيست بيكر" (Ernest biker): يرى أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها: يمكن أن تصنف في إطار واحد وهو الخوف من الموت. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص: 74)
- هو حالة انفعالية سلبية مضايقة تنتاب الفرد عند التفكير في الموت أو التأمل في حقيقته أو توقعه ويعجل بذلك مثل المرض أو فراق عزيز بالموت أو بالإشراف عليه. (عادل شكرى محمد كريم، 2006، ص: 27)
- قلق الموت هو حالة نفسية يمر بها الفرد ناتجة عن التفكير المستمر في الموت والخوف الزائد منه ليصبح بمثابة هاجس يسيطر على حياة الفرد وفكره. (بوفرة، شعنبي، 2017: 179)

من خلال التعاريف السابقة، نتوصل إلى أنها تشترك في نقطة أساسية وهي ان قلق الموت يتركز حول شعورية الفرد ومرتبطة بحياة الإنسان وبالموت إذ انه يتولد لديه عدم الاستمرارية وقرب النهاية وهو شعور مقلق يقضي على سعادة الإنسان نتيجة شعوره بقرب موته.

(3)- أنواع قلق الموت:

- لقلق الموت نوعان، حيث يعتمد في التمييز بينهما على أساس:
- حدة قلق الموت
- شدة هيمنة فكرة الموت، على تفكير الشخص، وهما:

1-3 قلق الموت المزمن: وهو الذي تطول مدته وتزداد فيه معاناة المريض.

2-3 قلق الموت الحاد: تظهر فيه مجموعة أعراض تكون عنيفة ملحة، ولكن في زمن قصير وترتبط بخبرات كموت قريب أو مرض شديد. (فقيري، 2015 : 77 - 78)

4- مكونات قلق الموت:

تعددت مكونات قلق الموت من باحث لآخر:

حدد الفيلسوف " جاك شوورن " مكونات ثلاثة للخوف هي:

- الخوف من الاحتضار.
 - الخوف مما سيحدث بعد الموت.
 - الخوف من توقف الحياة.
- كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية نحو الموت وهي كالتالي:

- عملية الاحتضار.
- الموت الشخصي.
- فكرة الحياة الأخرى.
- النسمة السحيقة او المطبقة التي توفرت حول المحتضر.
- أما "البفتون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف متمثلة في :
- التحلل أو التفسخ.
- التوقف أو الركود.
- الانفصال.

أما "ليستر" يميز من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت تتمثل في بعدين لكل منهما قطبان كما يلي: (الموت / الاحتضار) ، (الذات/ الآخرون)

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي:

- الخوف من موت الذات.
- الخوف من احتضار الذات.
- الخوف من الآخرين.
- الخوف من احتضار الآخرين. (عبد الخالق، 1987 : 45-46)

5- أسباب قلق الموت:

إن أسباب القلق من الموت كثيرة ومتعددة وفيما يلي أسباب أسفرت عنها بعض الدراسات العلمية:
إن "ماسرمان" يقول إن القلق من الموت سببه الآلاف من الظروف :

- المرض.
- الكوارث.
- الحوادث الطبيعية.

أما "شرتلز" يرجع أسباب قلق الموت إلى :

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار .
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسدي .
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف، إذ تقاس الحياة دوماً بما حققه الإنسان .
- الخوف من تأثير الموت على أسرة الشخص وخاصة الأطفال .
- الخوف من العدم. (قواجلية، 2013: 30)

أما "مسكويه" فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت إلى:

- ظن أن للموت ألماً عظيماً غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحلله بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.

أما عن الأسباب قلق الموت فهي:

- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف من العقاب على الأعمال الدنيوية.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه. (عبد الخالق، 1998 : 191-192)

6- أعراض قلق الموت:

الأعراض البدنية: تتمثل الأعراض البدنية في:

- التوتر الزائد.
- الأحلام المزعجة.
- سرعة النبض أثناء الراحة.
- فقد السيطرة على الذات.
- نوبات العرق.

- غثيان أو اضطراب المعدة.
- تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين (شهبه الكاملة، 2018: 29)

الأعراض النفسية: تتمثل الأعراض النفسية في:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب.
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز.
- اختلاط التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (دافيد شيهان، 1998: 35)

الأعراض العصبية ونفس عصبية: تتمثل في:

- اضطرابات في السلوك.
- الحصر.
- اضطرابات النوم واليقظة.
- الاختلاج.

اضطرابات أخرى وأعراض عامة:

- اضطرابات البلع.
- اضطرابات هضمية (امساك، قيئ).
- تمزق الغشاء الفمي الرقيق.
- تعب عام أو كلي.
- جفاف الجسم.
- فقدان الشهية. (قواجلية، 2013: 35)

7- النظريات المفسرة لقلق الموت:

7-1 النظرية السلوكية: يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده ولا ينطلق في سلوك مناسب للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفاً. كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلقاً لموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية، قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال فيها. (راجح، 1994: 15-26).

7-2 النظرية المعرفية: يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما يصيبه من أمراض وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً،

وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة. (آية قواجلية، 2012: 27).

3-7 نظرية التحليل النفسي: أما فرويد (Freud) انه يرى أن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين هما أساس الحياة النفسية عند الإنسان. وهما غريزة الموت وغريزة الحياة، وكلاهما تعمل نقيضاً لعمل الأخرى؛ فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، أما غريزة الموت دافعها العدوان والتدمير والانتحار. فتتصارع غرائز الفرد وتهدده بفقد التحكم. وغرائز الموت تعمل في صمت، فحسب فرويد فإن غريزة الموت إذا ما اتجهت إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكرهية، وإذا ما اتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق الموت. (مروة، سيد، 2015: 27)

4-7 النظرية المعرفية السلوكية: أمثال أليس (Ellis) يعتبرون الاضطرابات السلوكية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريفته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (Speillger, 1983: 14)

5-7 النظرية الاجتماعية النفسية: وأهم علماء هذه النظرية (أريك سون) الذي حدد هوية الأنا عبر مراحل العمر وقد جعل المرحلة الأخيرة التكامل أو (الانسجام مقابل اليأس) وفي هذه المرحلة يتم تقبل الموت كجزء من سير الحياة وكما يذكر (Tomer, 2000: 12) بأن (أريك سون) يقدم نموذجاً فيما يتعلق بمواقف الحياة واتجاهات قلق الموت والتي تعتمد على كيفية سيطرة الشخص على هذه المرحلة من الحياة وخلال هذه المرحلة يتمتع الشخص بحياته والانجازات التي حققها ويراها كإنجاز واحد كامل وقد يتبع ذلك خسارة وندم، وأن الشخص الذي وجد معنى وانجازات ايجابية فإنه يتقبل الموت مع الإحساس بالسلام والانسجام مع مجمل حياته. ويرى (أريك سون) من الجانب الأخر أن الشخص الذي لم يشعر بالإنجازات وواجه في حياته الكثير من الندم سوف يشعر بإحساس اليأس والخوف من الموت.

6-7 قلق الموت من منظور الدين الإسلامي: يرى أحمد عبد القادر 1986 أن للموت حكمة وغاية كالحياة تماماً. والتي تهدف إلى اختبار الإنسان وامتحانه في حياة أخرى باقية. يقول الله تعالى في محكم تنزيله: (تَبَارَكَ الَّذِي بِيَدِهِ الْمُلْكُ وَهُوَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ) (الملك، الآية: 1-2). إن الموت قضاء الله وحكمته، والموت في الإسلام هو انتقال بين حيتين وليس نهاية المطاف. وإنما الآخرة هي دار المقام التي يكون فيها الخلود والدوام. المؤمن الصادق في إيمانه لا يخاف الموت لأنه يعلم أنه سينقله إلى نعيم الحياة الباقية وهو قادم لا ريب فيه. قول الله تعالى لنبيه الكريم محمد صلى الله عليه وسلم: (إِنَّكَ مَيِّتٌ وَأَنْهُمْ مَيِّتُونَ) (الزمر، الآية: 30) وقوله تعالى: (وَمَا جَعَلْنَا لِبَشَرٍ مِّنْ قَبْلِكَ الْخُلْدَ أَفَإِنْ مَتَّ فَهُمُ الْخَالِدُونَ كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبَلُّوكُم بِالنَّسْرِ وَالْخَيْرِ فَنُنَنِّهِ وَإِنَّا تَرَجُّعُونَ) (الأنبياء، الآية: 34-35) وعلى ذلك فإن الإيمان بالله تعالى وبالحياة الآخرة وبالبعث والثواب والعقاب والجنة والنار، يجعل المؤمن لا يخشى الموت أو يخافه، ويجعل لحياته في الدنيا هدف ومعنى. (مروة، سيد، 2015: 30-31)

8- علاج قلق الموت:

عموماً يستخدم في علاج قلق الموت ما يصلح لعلاج القلق بصفة عامة. كون قلق الموت نوع من أنواع القلق، ويعتبر العلاج السلوكي أنجح العلاجات للقلق بأنواعه المختلفة وأفضلها، لما يحققه من نسب عالية في الشفاء. وهذا ما توصلت إليه دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف إلى نتائج العلاج السلوكي (تقليل الحساسية المنظم والتدريب على الاسترخاء) في علاج قلق

الموت المرتفع. وظهرت فعالية العلاج السلوكي ونجاحه بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق علاجاً، وهذا ما أكدته وجهة نظرية "تمبلر" وزملائه القائلة بأن قلق الموت وحدة مرنة ومعرضة لتأثير الحوادث البيئية، ويمكن علاج قلق الموت المرتفع إذا كان عرضاً مستقلاً نسبياً ناتجاً عن خبرات بيئية غير مواتية بتقليل الحساسية المنظم.

أما إذا كان مصاحباً أولياً لحالة مرضية أكثر شمولاً كالإكتئاب أو عصاب القلق أو الوسواس القهري فيكون العلاج عرضياً *symptomatique* بالعلاج السلوكي أو العقاقير أو العلاج الكهربائي التنشجي، فقلق الموت المرتفع المصاحب للإكتئاب يمكن خفضه من خلال معالجة أعراض الإكتئاب.

-العلاج بتقنية الاسترخاء تساعد على خفض القلق والتخلص من التوتر بصفة مؤقتة، من خلال توتير مجموعة من عضلات الجسم ثم ندعها تسترخي لعدة مرات. مما يساعد على ثبات البدن وارتخاء العضلات والتنفس المنتظم...وهي طريقة مكملة وأحد طرق العلاج المذكورة سابقاً كتقليل الحساسية المنظم. (ايزاك، ماركس، 1998: 304-305).

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل أولاً القلق وتعريفه وأنواعه وأهم التوجهات النظرية المفسرة للقلق، ثانياً قلق الموت نبذة وتعريفه ومكوناته ثم أنواعه وأسبابه وأعراضه واعتمدنا في الأخير أهم النظريات المفسرة لقلق الموت وطرق علاجه.

ونستنتج أن الموت أمر مخيف ويثير مخاوف كل إنسان ويجعله يتساءل عن مصيره بعد موته، ويعد قلق الموت من بين المشكلات الصعبة التي تؤرق الفرد.

الفصل الثالث

الاغتراب النفسي

تمهيد.

- لمحة تاريخية عن الإغتراب النفسي.
 - تعريف الإغتراب النفسي.
 - أنواع الإغتراب النفسي.
 - أبعاد الإغتراب النفسي.
 - مراحل الإغتراب النفسي.
 - أسباب الإغتراب النفسي.
 - النظريات المفسرة للإغتراب النفسي.
 - مواجهة الإغتراب النفسي.
- خلاصة الفصل.



تمهيد :

الاغتراب ظاهرة إنسانية لاقت اهتماما كبيرا من علماء النفس والتربية والاجتماع والفلسفة و...، وهو ظاهرة تستوجب الكشف عن مفهومها ومظاهرها وأبعادها ومسبباتها ...

فهو خبرة يعيشها الفرد وتضرب جذورها إلى الوجود الإنساني، وأصبح مصطلح الاغتراب يحتل مكانة هامة في العصر الحالي حيث أنه بات من المألوف أن نسمح عن تفسير الحياة حاليا من خلال مفهوم الاغتراب ويقرر الكثير من الكتاب والباحثين النفسيين والاجتماعيين أن الاغتراب هو واحدة من أضخم المشكلات التي نواجهها اليوم.

1- نبذة تاريخية عن الاغتراب:

الاغتراب ظاهرة قديمة، وقد لا نبالغ إذا قلنا إنها قديمة قدم الانسان نفسه، إذ منذ اللحظات الأولى لتكون التجمعات السكانية صاحبها مجموعة من الأزمات أو المشكلات التي تنتج عنها بعض مظاهر الاغتراب التي عانى منها الفرد. (حماد أوشاوش وآخرون، 2006: 125)

يشير معجم عام النفس المعاصر إلى ان الاغتراب عملية اجتماعية تتحول فيها نشاطات الإنسان وصفاته وقدراته إلى شيء مستقل عنه ومسيطر عليه. (رضوان، 1996: 123)

ويشير هيجل (Hegel, 1977: 136-156) إلى أن الإنسان المغترب بالمفهوم التاريخي، هو ذلك الإنسان الذي يعيش في عالم ميت لا إنساني، حيث يصفه (حياة متحركة للأموات)، فهو يميز بين أنواع العديدة على مستوى الشخصية والنظم الاجتماعية والثقافية وأثار قضية جوهرية وهي: أن اغتراب الشخصية يكمن في الصدام بين ما هو ذاتي وما هو واقعي، وأن التاريخ البشري هو تاريخ صراع من أجل اعتراف الآخرين بحرية الذات واستقلالها، والصراع الذي يتحدث عنه على مستوى الشخصية، هو صراع من أجل إثبات الذات أو الحصول على اعتراف الآخر (بالأنا) دون أن يكون في وسع (الأنا) إنكار حق الآخر في الوجود والبقاء.

ويمكن تحديد ظهور مصطلح الاغتراب وتطوره إلى ثلاثة مراحل رئيسية هي مرحلة قبل (هيجل) والمرحلة الهيجلية ومرحلة ما بعد هيجل وذلك نظرا للأهمية الكبيرة للتناول الهيجلي للاغتراب ليس في الفلسفة فحسب بل في باقي العلوم الاجتماعية والإنسانية ومن ثم ينبغي العودة إليه في كل محاولة لدراسة هذا المفهوم. (مصطفى ريور، 1968: 74)

مرحلة ما قبل هيجل : حيث حمل مفهوم مختلفة تكمن في سياقات ثلاثة :

- السياق القانوني (بمعنى انتقال الاغتراب معاني الملكية من صاحبها وتحولها الى اخر)
- السياق الديني (بمعنى انفصال الانسان عن الله)
- السياق النفسي والاجتماعي (بمعنى انفصال الانسان عن ذاته ومخالفته لها كما هو سائد في المجتمع)

المرحلة الهيجلية: على الرغم من استخدام مفهوم الاغتراب قبل هيجل فإنه يعد أول من استخدم مصطلح الاغتراب استخدام منهجيا مقصودا حتى أطلق على هيجل أبو الاغتراب حيث تحول الاغتراب على يديه مصطلح فني واستخدم هيجل مصطلح اغتراب بصورة مزدوجة فهو في بعض الاحيان يستخدم للإشارة الى علاقة انفصال او تنافر التي تنشأ بين الفرد والبيئة الاجتماعية وأو كالاغتراب للذات ينشأ بين الوضع العقلي للمرء وطبيعته الجوهرية. (يوسف محمد عباس، 2004: 43)

مرحلة ما بعد هيجل : بدأت تظهر النظرة الاحادية الى مصطلح الاغتراب اي التركيز على المعنى ونجد المعنى السياسي بكل ما يهدد وجود الانسان وحرية ويصبح الاغتراب وكأنه مرض اصيب به الانسان. (خليفة، 2003: 21-22)

2- تعريف الاغتراب النفسي:

من الناحية اللغوية: الغربة والاعتراب، نقول تغرب أو اغرب بمعنى هو غريب والجمع غرباء والغزباء أيضا الأبعاد والتغريب النفسي عن البدو، وأغرب جاء يشيئ غريب أو أغرب أيضا صار غريبا والغربة النزوح عن الوطن، ومعنى غرب ذهب ومنها الغربة أي الابتعاد عن الوطن والاعتراب بالضعف والتلاشي وهو عكس النمو الذي منه الانتماء فنقول غربت الشمس العمر إذا أتت المرحلة وهي الشيخوخة ونلاحظ أيضا ارتباط الاعتراب بفقدان السند وبالتالي الضعف لأن الغريب ضعيف ولا سند له من قرابة ينتمي إليها أو ملجأ يحتتمي به. (ابن المنظور، 2002: 22)

من الناحية اللاتينية: وكلمة " اغتراب " أو " غربة"، هو الكلمة الإنجليزية " Alienation " والكلمة الفرنسية " Aliénation " ، وفي الألمانية " Entfremdung " ، وقد اشتقت كل من الكلمة الإنجليزية والفرنسية أصلها من الكلمة اللاتينية " Alienatio " ، وهي اسم مستمد من الفعل اللاتيني " alienare " والذي يعني نقل ملكية شيء ما إلى الخ، أو يعني الانتزاع أو الإزالة. (خليفة، 2005: 8-9)

الاغتراب كلمة إنجليزية " alienation " مشتقة من الكلمة اللاتينية " Alienation Mentis " التي تعني الشرود الذهني أو التوهان العقلي وهذه مشتقة بدورها من الكلمة اليونانية اكستاس، التي تعني الجذب أو الخروج من مكان ويطلق لفظ اكستاس على الطبيب المعالج الذي يعمل بالتحليل. (الجماعي، 2007: 38)

تعريف الاغتراب النفسي اصطلاحا:

تعريف بعض الباحثين والعلماء: عند هيجل العالم هو روح المطلق في حالة اغتراب حيث الحد أن الاغتراب هو انفصال متأصل في وجود الإنسان كفاعل وموضوع لأفعال الآخرين، وقد ميز هيجل بين أنواع الاغتراب العديدة على مستوى الشخصية والنظم الاجتماعية والثقافية، كما أثار قضية جوهرية وهي أن اغتراب الشخصية يكمن في الصدام بين ما هو ذاتي وما هو واقعي. (غيث محمد عاطف، 1997: 118-119).

تري "وفاء فتحي" (1996): ترى أن الاغتراب بأنها شعور الفرد بالعزلة والضياع والوحدة وعدم الانتماء وفقدان الثقة والشعور بالقلق والعدوانية ورفض القيم والمعايير الاجتماعية والاعتراب عن الحياة الأسرية والمعاناة عن الضغوط النفسية. (زهران، 2004: 103).

ويؤكد " فرويد" أن الاغتراب سمة متأصلة بذات الإنسانية، إذ لا سبيل مطلق لتجاوز الاغتراب بين الأنا والهو والأنا الأعلى لأنها مجال لإشباع كل الدوافع الغريزية، والتوافق بين الأهداف والمطالب وبين الغرائز. (بليردوح، 2016: 51).

"ايريك فروم": أول من عرف الاغتراب النفسي ويصفه بأنه " هو ما يعانیه الفرد من خيرة الانفصال عن وجوده الإنساني وعن مجتمعه وعن الأفعال التي تصدر عنه فيفقد السيطرة عليها وتصبح تتحكم فيه." (يحيوي، 2011: 27-28).

تعريف "هاينز": الاغتراب النفسي هو الاغتراب عن الاختيارات العلمية في الحياة اليومية يبدأ من الفشل في تكون الهوية وترتبط بدلالة خبرات التعلم لدى الشباب وخيرات المستقبل والاختيارات الاجتماعية ويرتبط أيضا بنمو الميول (عملة، 2009: 101).

الاغتراب النفسي هو الشعور بالتفكك والعزلة ونقص الانتماء واللامبالاة وفقدان المعنى والعجز واللامعيارية. (السميع، 2007: 17).

تعريف " بلونر" وقد أشار بأن الاغتراب هو انعكاس لتصدعات أو انهيارات في العلاقة العضوية بين الإنسان وتجربته الوجودية فهو يتعلق بما يحدث للفرد من اضطرابات نفسية وعقلية وما يستشعره من غربة عن العالم وفتوره في علاقته بالآخرين وهذا يعني الانفصال النسبي عن الذات أو المجتمع أو كليهما. (إسكندر نبيل رمزي، 1988: 203).

تعرف " رجاء الخطيب": الاغتراب النفسي بأنه: ظاهرة اجتماعية موجودة عند كل الناس ولكن بصورة متفاوتة من فرد لآخر، تختلف باختلاف المهنة ومستوى التعليم ومقدار الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيش فيها الفرد، ويتوقف ذلك على تكوين البيولوجي والنفسي والصحة النفسية التي يتمتع بها الفرد. (زهران، 2004: 104).

تعريف "هورني": تعرفه على أنه تعبيراً لما يعانيه الفرد من انفصال عن ذاته، حيث يفصل الفرد عن مشاعره الخاصة ورغباته ومعتقداته وهو فقدان الإحساس بالوجود الفعال وبالقدرة على التصميم في حياته الخاصة. (عبد السميع، 2007: 11-17).

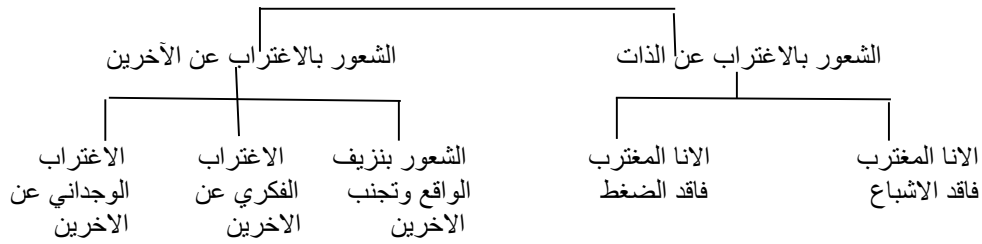
أما "محمد عبد اللطيف خليفة": فرأى أن الاغتراب النفسي مفهوم عام وشامل يشير إلى الحالات التي يتعرض فيها الشخصية للانحطاط أو للضعف والانهيار، وبناثر العمليات الثقافية والاجتماعية التي تتم داخل المجتمع، بمعنى الاغتراب النفسي يتضمن مفهوم الاضطراب النفسي حيث يشير إلى النمو المشوه للشخصية الإنسانية، أين تفقد فيها الشخصية الإحساس بالمتكامل. (رسلان وسعادة، 2017: 71).

يعرفه "أحمد خيرى" بأن: الاغتراب هو وعي الفرد بالصراع القائم بين ذاته وبين البيئة المحيطة به بصورة تتجسد في الشعور بعدم الانتماء والسخط والقلق والعدوانية، وما يصاحب ذلك من سلوك إيجابي أو شعور بفقدان المعنى واللامبالاة ومركزية الذات والانعزال الاجتماعي وما يصاحبه من أعراض إكلينيكية. (أحمد خيرى حافظ، 1980: 60).

ومن هذه التعاريف السابقة تستنتج أن الاغتراب النفسي هو شعور الفرد بالانفصال عن الآخرين أو عن الذات أو في كليهما.

(3)- أنواع الاغتراب النفسي:

لقد أعيد الباحثان مدحت عبد الحميد، رشاد الدمنهوري عام 1990 الشعور بالاغتراب النفسي كالآتي: الشعور بالاغتراب



شكل رقم (1) يوضح مخطط لأنواع الاغتراب النفسي.

وفيما يلي تصنيف لهذه العوامل المشمولة في هذا التصنيف:

الأنف المغترب فاقد الإشباع: هو الحالة التي يشعر فيها الفرد بالحرمان من الإشباع وحالة الاستقرار والقهر واللامن والوحدة والقلق وعدم الاستمتاع بالحياة أو الشعور بالإحباط وعدم الشعور بالدفء الداخلي أو التوافق مع رغبات الذات وإمكانات الواقع.

الأنف المغترب فاقد الضبط: فهو الحالة التي يستشعر فيها الفرد الشعور بالعجز وعدم الرضا وعدم القدرة على التغيير عن الذات وعدم القدرة على الاختيار وصعوبة اختيار القرار واتخاذها، والشعور بالضعف، ومفهوم الذات السالب وتشوه صورة الذات وعدم القدرة على السيطرة على الأحداث والشعور بالضياع مع تلاشي التفاؤل.

عامل الشعور بزيف الواقع وتجنب الآخرين: يعني شعور الفرد المغترب أن العالم المحيط به ليس حقيقياً بل زائفاً وأن الحقيقة ضائعة، والشعور بأن هناك مسافة نفسية بين الفرد والآخرين مع وجود الكراهية للآخرين ونقص الثقة فيهم واتساع الفجوة بين ذات الفرد وذات الآخرين والرغبة في هجر الناس والرحيل إلى جزيرة خالية واعتزال الآخرين وتجنبهم.

على الرغم من عدم اتفاق الباحثين عامل الاغتراب الفكري عن الآخرين: ويعني تناقض، وجهات نظر الفرد، مع أقرانه وأصدقائه وأسرتهم وجيرانه بل ومجتمعه كله، والشعور بعدم التكيف فكرياً أو عقائدياً مع المحيط الخارجي.

عامل الاغتراب الوجداني عن الآخرين: فيعني عدم الشعور بالحب والود اتجاه الآخرين والشعور بأن الماديات قد سيطرت على الإنسانيات وعدم الانتماء إلى المحيط الخارجي، ووجدانياً والشعور بأن الآخرين لا يكترونون بالمشاعر الشخصية والأحاسيس والانفعالات ويتسمون باللامبالاة وعدم الرغبة في المشاركة الاجتماعية مع الآخرين. (عبد الله، 2003: 322-323).

(4)- أبعاد الاغتراب النفسي:

على معنى محدد لمفهوم الاغتراب واختلاف نظرتهم لهذا المفهوم إلا أن هناك اتفاق بينهم على العديد من مظاهره وأبعاده والتي توصلوا إليها من خلال تحليلهم لهذا المفهوم وإخضاعه للقياس وكانت من أبرز المحاولات في هذا المجال محاولة ملفين **سيمان Seman (1959)** والذي قام بتطوير التعريفات الواردة في التراث السوسيولوجي والسيكولوجي والفلسفي لموضوع الاغتراب بهدف إخضاعها وتطويرها للعمل التجريبي، حيث أنه أشار إلى أن هناك خمسة أبعاد لمفهوم الاغتراب والتي تتمثل في العجز اللامعنى، اللامعيارية، العزلة الاجتماعية... الخ. وأنا بدون هذه الأبعاد لا نستطيع التمييز بين ظاهرة الاغتراب والظواهر النفسية المشابهة لها كإطواء والوحدة. (حسن إبراهيم الحمداوي، 2007: 17).

ونعرض فيما يلي أبرز أبعاد الاغتراب كما وردت في الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الموضوع وذلك على النحو التالي:

فقدان المعنى " meaninglessness " : يقصد به أن الفرد يرى الحياة لا معنى لها، وأنها تسير وفق منطق غير معقول، ومن ثم يشعر المغترب أن حياته عبث لا جدوى منها، فيفقد واقعيته ويحيا نهبا لمشاعر اللامبالاة والفراغ الوجودي. (عيد، 2005: 250).

ويشير مصطلح اللامعنى عند سيمان إلى توقع الفرد أنه لن يستطيع أن يتنبأ بدرجة عالية من الكفاءة بالنتائج المستقبلية للسلوك فالفرد يغترب عندما لا يكون واضحا لديه ما يؤمن أو يثق فيه وكذلك عندما لا يستطيع تحديد معنى لما يقوم به وما يتخذه من قرارات. (علي شتا السيد، 1998: 27).

عدم الالتزام بالمعايير (اللامعيارية أو الأنوميا) " Normlessness " : اشتق " سيمان " هذا المعنى من نظرية " دوركايم " الأنوميا ونظرية ميرتون في البناء الاجتماعي والأنومي وأشارت كلتا النظرتين إلى حالة انهيار المعايير والقيم التي تنظم السلوك وتوجهها، وبالتالي رفض الفرد للقيم والمعايير والقواعد السائدة في المجتمع نظرا لعدم ثقتها في المجتمع.

و يقصد به سيمان **seman** على أنها اهتزاز القيم والمعايير داخل المجتمع نتيجة الانهيار الذي يلحق بالبناء الاجتماعي واتساع الهوة أهداف المجتمع وقدرة الفرد على الوصول إلى هذه الأهداف. (مارشال، 2004: 214).

فاللامعيارية هي شعور الفرد بعدم وجود قيم ومعايير أخلاقية واحدة للموضوع الواحد.

العجز (اللا قوة) " Powerlessness " : ويقصد به إحساس الفرد بعدم القدرة على التحكم أو التأثير في مجريات الأمور الخاصة به أو في تشكيل الأحداث الهامة في مجتمعه وبأنه مقهور ومسلوب الإرادة والاختيار (عبد السميع، 2007: 17-18).

العجز حالة نفسية يشعر الفرد فيها بالعجز وفقدان القوة ونقص القدرة على السيطرة على سلوكه وعدم القدرة على التأثير المباشر وغير المباشر، أو الاندماج في الحوادث الاجتماعية التي تحدد مصيره وفقدان الشعور بالأمن والحرمان من الحماية وبأنه مقهور ومسلوب الإرادة والاختيار. (سرى، 2003: 122).

اللاهدف " Aimlessness " : يقصد به أن الحياة تمضي بغير هدف أو غاية، ومن ثم يفقد الفرد الهدف من وجوده ومن معنى الاستمرارية في الحياة ويترتب على ذلك اضطراب سلوك الفرد وأسلوب حياته مما يؤدي إلى التخيُّب في الحياة بلا هدف ويضل الطريق. (سنا حامد زهران، 2004: 109).

ويرتبط اللاهدف ارتباطاً وثيقاً باللامعنى، ويقصد به شعور المرء بأن حياته تمضي دون وجود هدف أو غاية واضحة، ومن ثم يفقد الهدف من وجوده ومن عمله ونشاطه وفق معنى الاستمرار في الحياة.

فقدان الشعور بالانتماء " non committed " : يعرف " طه " الانتماء بأنه: انتساب الفرد إلى جماعة معينة له ما لأفرادها من حقوق ومن واجبات (زهران، 2002: 137) ويعبر الانتماء عن شعور بالحب المتبادل والقبول والتقبل والارتباط الوثيق بالجماعة، وهو إشباع لحاجة الإنسان بالارتباط بالآخرين وتوحيده معهم، ليحظى بالقبول ويشعر بأنه فرد يستحوذ على مكانة متميزة في الوسط الاجتماعي، ويتمثل أوجه الانتماء في ارتباط الفرد بوطنه الذي يحيا فيه، وبمن يقيمون فيه: أسرته، أصدقائه، جيرانه، والذين يمثلون مجتمعه، ومن مظاهر الانتماء تبنى مجموعة من الأفكار والقيم التي تميز هذا المجتمع عن غيره من المجتمعات. (كريمة، 2011: 40).

مركزية الذات: وتتمثل في نظرة الفرد للبيئة الاجتماعية من خلال وجهة نظر ذاتية، دون الاهتمام بوجهة نظر الآخرين، وكلما زاد تركيز الشخص حول ذاته كلما قلت تفاعلاته مع الآخرين وكلما زادت احتمالات تكوينه إطار مرجعي خاص بذاته.

ويتضح أن (زلب) يرى أن الأشخاص الأكثر عرضة للاغتراب هم الأشخاص ذوي التقدير المنخفض لذاتهم وكذلك ذوي الاهتمامات الاجتماعية المنخفضة والأكثر تمركزاً حول الذات، كما استخلص أن الاغتراب ينشأ عند الأشخاص الهامشيين وهم الأشخاص الذين يجدوا أنفسهم بين ثقافتين مختلفتين وإذا ما نظرة جماعة على شخص على أنه هامشي فإنها تنبذه فيشعر بالاغتراب. (دوداج علجية، 2011 : 438).

العزلة الاجتماعية "social isolation": وتعني إحساس الفرد بالوحدة ومحاولة الابتعاد عن العلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمع، أي أنها حالة الإحساس بعدم الانتماء واللامبالاة بطريقة يشعر الفرد فيها بأنه وحيد منفصل عن نفسه وعن مجتمعه. (عواد، 2006 : 67).

يقصد بها انسحاب الفرد وانفصاله عن تيار الثقافة السائدة في مجتمعه، والشعور بالوحدة، والفراغ النفسي حتى ولو كان مع الآخرين، مع سعيه للابتعاد عن الآخرين. (زهران، 2002 : 109).

التشويو "Reification": وهو شعور الفرد بأنه فقد هويته، وأنه مجرد شيء، وأنه قد تحول إلى موضوع، وأنه لا يملك تقرير مصيره، وأنه مُقتلَع حيث لا جذور تربطه بنفسه أو واقعه.

والتشويو أيضاً مظهر من مظاهر الاغتراب يقصد به أن الفرد يعامل كما لو كان شيئاً أي فقد شخصيته التي هي مركز إنسانيته. (يونسى، 2012 : 43).

5- مراحل تشكل الاغتراب النفسي:

يتفق أغلب الباحثين على تقسيم مراحل تشكيل الاغتراب النفسي إلى ثلاث مراحل أساسية، كل مرحلة تمهد وترتبط بعلاقة وثيقة مع المرحلة التي تليها وهذه المراحل هي:

1-5 مرحلة التهيؤ للاغتراب: تعتبر المرحلة الأولى، مرحلة الاستعداد لتشكل الاغتراب النفسي وفيها يمر الفرد بثلاث مستويات متتالية هي:

فقدان السيطرة، فقدان المعايير، فقدان المعنى، فالشخص لا يمكن أن يصل إلى مستوى اللامعنى إلا إذا فقد سيطرته على المواقف التي يتفاعل معها، ولا يستطيع التنبؤ بسلوكه في المستقبل بشكل مرض، فيبدأ بالشعور بأن معايير السلوك مفروضة عليه، ويتميز سلوكه بالخضوع ومجاراة تغيير المعايير. (خليفة، 2002 : 60).

2-5 مرحلة الرفض والنفور الثقافي: وهي المرحلة التي تتوسط بين مرحلة التهيؤ والمرحلة التالية للاغتراب، حيث ينظر إلى الاغتراب في هذه المرحلة كخبرة من المعاناة من عدم الرضا والرفض، ويعرف ذلك في سياق التناقض بين ماهي فعلي وبين ما هو مثالي، يكون فيها الشخص المغترب غير راضي، معارضا للاهتمامات السائدة والموضوعات، والقيم والمعايير وأنشطة المجتمعات والتنظيمات التي يكون عضواً منها، وغالباً ما يؤدي عدم الانسجام بين الفرد ومجتمعه إلى عدم الانسجام بين الفرد ونفسه والعكس بالعكس، وتظهر في واحد أو أكثر من مشاعر القلق واليأس والكراهية والأشياء والعجز والافتقار من الأصول وضياع الغرض وفقدان التوحد والأسى. (بن علي، 2015 : 132).

3-5 مرحلة تكيف المغترب: تدعى مرحلة الانعزال الاجتماعي وفيها يدرك الفرد أنه أصبح في حالة من الانعزال عن أسرته، وأصدقائه، وأنه غير قادر على مسايرة الأوضاع، فيحاول التكيف من خلال ما يلي:

- الانسحاب من الواقع الذي يسبب اغترابه، ويتمثل في عدم المواجهة أو الهروب، أو اللامبالاة.

- الرضوخ للنظام القائم والتعاون معه قهرا وينشأ عن ذلك قبول ظاهري، ورفض داخلي ويرافقه التحلي بالصبر، الانتظار، التبرير.

- التمرد الثوري ضمن حركة شعبية من أجل تغيير جذري وتجاوز حالة الاغتراب. (علي، 2008: 521)

6- أسباب الاغتراب النفسي:

6-1 أسباب نفسية : وهي التي تناولها إقبال محمد (2011)، وتتمثل في : (إقبال محمد رشيد صالح الحمداني، 2011: 142).

- الصراع: بين الدوافع والرغبات المتعارضة، وبين الحاجات التي لا يمكن إشباعها في وقت واحد مما يؤدي إلى التوتر الانفعالي والقلق واضطراب الشخصية.

- الإحباط : حيث تعاق الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد ويرتبط الإحباط بالشعور بخيبة الأمل والفشل والعجز التام والشعور بالقهر وتحقير الذات.

- الحرمان: حيث تقل الفرصة لتحقيق دافع وإشباع الحاجات كما في حالة الحرمان من الرعاية الوالدية والاجتماعية.

- الخبرات الصادمة: وهذه الخبرات تحرك العوامل الأخرى المسببة للاغتراب مثل الأزمات الاقتصادية والحروب. (إقبال محمد رشيد صالح الحمداني، 2011: 142).

6-2 أسباب اجتماعية: ومن أهمها:

➤ ضغوط البيئة الاجتماعية: من أهمها الأسباب الاجتماعية للاغتراب النفسي هو الفشل في مواجهة هذه الضغوط وعدم التحكم بها.

➤ التطور الحضاري : هو التعبير وفق معطيات الحضارة الجديدة، وعدم توافر القدرة النفسية على التوافق معه ومع متطلبات الحياة الصناعية المعقدة والمتغيرة، يضاف إلى ذلك تعقيد القوانين وزيادة المسؤوليات الاجتماعية.

➤ المشكلات الاجتماعية: هي نقص التفاعل الاجتماعي الموجود عند الأقليات، والاتجاهات الاجتماعية السالبة والمعاناة في خطر التعصب والشعور بالنقص وانعدام الأمن.

➤ سوء الأحوال الاقتصادية: تتمثل في صعوبة الحصول على مستلزمات الحياة.

➤ الضعف الأخلاقي : الضلال، البعد عن تعاليم الدين الصحيحة وتدهور نظام لقيم والأخلاق، وتصارع هذه القيم بين الأجيال.

➤ انعدام الأمن والامان: الشعور بالخوف والضعف. (كريمة يونس، 2012: 49).

6-3 أسباب اقتصادية : يرى إبراهيم المحمداوي (2007) أنه من أخطر الأسباب التي تواجه المجتمعات النامية الحاجة لاشتراك أكبر عدد ممكن من السكان في النشاطات الاجتماعية لبناء الاقتصاد القومي وتطوير التكنولوجيا، ولاشك أن قطاع الشباب يعد من أهم القطاعات السكانية بحكم الإمكانيات الفكرية والعلمية التي تتوفر فيه لدعم حركة النمو الاقتصادي والاجتماعي وهنا ينطوي الحديث على الناحية الكمية

والنوعية، ويشير كل من "مارك وكيري" (2003) إلى أن هناك أربعة متغيرات يمكن أن تؤثر بشكل أو بآخر في التسبب بالاغتراب يمكن إجمالها في :

- التحديات ضمناً لمهام الفرد، وان هذه التحديات الكبيرة يمكن أن تنشأ وتتحول إلى صعوبات كبيرة في العمل، مما يجلب الملل واللامعنى.
- التنظيم للعمل والبيئة حيث ان المبالغة فيه يعني الكثير من القوانين والأنظمة والإجراءات بالإضافة إلى الإشراف الصارم والقاسي والمؤدي إلى نشوء الإعاقات المرهقة والمعيقة للفرد.
- التوطيد الاجتماعي لعمل الفرد وبيئته، المدركة حيث أن الإكثار منها وزيادتها ربما يؤدي إلى الانزعاج والتصادم مع عواطف الآخرين والاقربان وفقدان الاستقلالية، وان التقليل منها قد يبعث العزلة وقلة الدعم والمساندة والمساعدة. (مهريّة خليدة، 2014: 52-53).

(7) -النظريات المفسرة للاغتراب النفسي:

1-7 نظرية التحليل النفسي: الاغتراب النفسي عند "فرويد" ان مصطلح الاغتراب النفسي عند "فرويد" يعني به الانفصال، أي انفصال الفرد عن ذاته او افتقار للشعور بالذاتية. (عماد، 1995: 40).

فهو ينشأ نتيجة الصراع بين الذات وضوابط المجتمع وتعقيداته المختلفة وهذا ما يدفع الفرد إلى اللجوء للكبت كآلية دفاعية يلجأ إليها الانا كحل للصراع الناشئ بين رغبات الفرد وأحلامه وبين تقاليد المجتمع وضوابطه ولكن هذا يؤدي إلى المزيد من الشعور بالقلق والاغتراب. (يوسف، 2005: 57).

لذا فإن "فرويد" يعتقد بان الحضارة قامت على حساب مبدا اللذة ولم تقدم للإنسان سوى الاغتراب. (رشاد، 1989: 20).

ويحدد علي شتى السيد (1974) ثلاث أنواع من الاغتراب على مستوى الشخصي والتي يمكن إجمالها كالآتي:

1-1-7 اغتراب الهو: ويتمثل في سلب حريته حيث إن "حرية الهو" تعني وقوع الانا تحت ضغط الانا الأعلى والواقع الاجتماعي أي سلطة الماضي تمارس ضغطاً قويا عليه من ناحية ويزداد بالواقع من ناحية أخرى، ومن ثم يقوم الأنا بعملية السلب او الانفصال (سلب حرية الهو) او يحقق الأنا ذلك بطرق عدة أما بسلب حرية "الهو" والقبض على زمام الرغبات الغريزية، وأما بإصدار حكمه والسماح له بالإشباع أو التأجيل هذا الإشباع.

2-1-7 اغتراب "الأنا" ويكون ذا بعدين: الأول مرتبط بسلب الحركة فيما يتعلق السماح للرغبات للإشباع من الناحية، وسلب معرفته بالواقع وسلطة الماضي (الأنا الأعلى) في حالة السماح لهذه الرغبات بالإشباع من ناحية أخرى ومن ثم يكون الانا في وضع مغترب دائماً في علاقته بالهو أو الأنا الأعلى.

3-1-7 اغتراب الأنا الاعلى: ويتمثل في فقدان السيطرة على الأنا وهي الحالة التي تأتي بدورها نتيجة لسلب معرفة الانا سلطة الماضي أو زيادة الهو على الأنا الأعلى وتناقش عبد العالي (1989) الاغتراب في التحليل النفسي أن فرويد استخدم التداخي الحر في ضوء العديد من الحقائق والتي من ضمنها:

7-3-1-1 اغتراب الشعور (الوعي): فالخبرة التي يتم كبتها لتقليل الألم الناتج منها ولذلك فإن تذكره أمر صعب يحتاج الجهد الكبير للتغلب على الشعور عن الخبرات المكتومة والمقامة هنا مظهر من مظاهر اغتراب الشعور.

7-3-1-2 اغتراب اللاشعور: يشير فرويد إلى أن الخبرات المكبوتة تبدأ حياة جديدة شاذة في اللاشعور وتبقى هناك محتفظة بطاقتها فرصة للخروج وطالما أن أسباب الكبت لا زالت قائمة فإن الشعور يظل مغتربا على شكل انفصال عن الشعور ما محاولة الأنا في التوفيق بين الضغط ومتطلبات الهو وأوامر الأنا الأعلى إلا هروبا من اغتراب الفرد عن الواقع الاجتماعي. (محمد، 2001: 96).

7-3-1-3 الاغتراب عند إريك فروم (Erick Fromm): تناول الاغتراب بطريقة مختلفة والتي يمكن إنجازها بالانفصال عن الطبيعة الذي يصاحب سيطرة الإنسان عليها طابع يختلف عن طابع الانفصال الذي يصاحب افتقاد القدرة على ربط ذات الفرد بطبيعته وأخيرا محاولة الفرد لإيجاد التناسق في صفاته الإنسانية الخاصة. (خيزر، 1998: 94).

7-2 النظرية السلوكية: يرى أنصار هذه النظرية في تفسيرهم للاغتراب ان الثواب والعقاب أساس اغتراب الفرد عن سلوكاته وافعاله حتى تصبح هذه الأفعال والسلوكات شيء منفصل عنه. (أبو جدي، أمجد جميل، 1998: 16).

وينسب "سكنر" ما يسميه بالاغتراب الوجودي إلى حقيقة مؤداها، أن القليل من السلوكيات الحديثة نسبيا يتم تعزيزها إيجابيا بينما يعاقب على الكم الأكبر من هذه السلوكيات. (عبد الرحمن السيد، 1998: 59).

إن النظرية السلوكية تفسر الاغتراب وفقا للحتمية البيئية هذا يعني ان البيئة الخارجية بمفهومها الشامل (كبيئة، اجتماعية وحضارية) لها تأثير إيجابي على الإنسان، وكذلك تأثير سلبي واعتمادا على ذلك فإن الأنشطة التي يقوم بها الفرد أو تلك التي يوفرها له الآخرون، وتكون ذات طبيعة سارة تجلب الفرح والسعادة إلى نفس الإنسان أما الأحداث التي تثير المشقة والمعاناة فإنها تدي إلى القلق والتوتر أو الاغتراب. (عبد الخالق احمد ومحمد الصبورة، 1996: 147-185).

ويرى أصحاب هذه النظرية بأن المشكلات السلوكية هي عبارة عن أنماط من الاستجابات الخاطئة أو غير السوية المتعلمة بارتباطها بمثيرات منفردة ويحتفظ بها الفرد لفاعليتها في تجنب مواقف أو خبرات غير مرغوبة.

وأن الفرد وفقا لهذه النظرية يشعر بالاغتراب عن ذاته عندما ينصاع ويندمج بين الآخرين بلا رأي أو فكر محدد حتى لا يفقد التواصل معهم، وبدلا من ذلك يفقد تواصله مع ذاته. (علاء محمد الشعراوي، 1988: 241).

7-3 النظرية الإنسانية: يرى أصحاب النظرية الإنسانية ان الإنسان أكثر خبرة ودراية بنفسه، حيث يمتلك أفضل المعلومات عن ذاتهن والاغتراب يحدث عندما لا يستطيع الفرد أن يتخذ قراراته بحرية بفعل القيود المفروضة من الآخرين، فلا يستطيع حينها فهم ذاته كما هي وبالتالي لا يمكنه تحقيقها فيكون لديه مفهوم سلبي عن ذاته.

وتذكر شقير (2005) أن روجرز يرى أن الاغتراب عندما يحدث الفرد عددا من الخبرات الحسية والحشوية ذات الدلالة من دخول مرتبة الوعي، ويؤدي هذا إلى منع تحول هذه الخبرات إلى صورة للذات وإلى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات. (الصنعاني، 2004: 94).

4-7 النظرية الوجودية: أشار البنا (1999) أن فرانكل وهو من أبرز علماء هذه النظرية، يرى ان الإنسان إذا وجد معنى لحياته فإنه يرى أنها تستحق أن تعاش ويسعى لاستمرارها، فالأفراد الذين يشعرون باللامعنى في حياتهم يعانون من الفراغ الوجودي الذي يتجلى في الملل وفقدان الحماس والحيوية والنشاط، وبالتالي فوصف أعراض فقدان المعنى يمكن أن يحدد نتائج الاغتراب على مستوى الفرد، وذلك في شكل تشوه الشخصية التي يتصاعد إلى حد العدائية. (الصنعاني، 2009: 50).

5-7 نظرية الذات : تذهب كارين هورني إلى أن الاغتراب هو ما يعلنه الفرد من انفصال عن ذاته، حيث ينفصل الفرد عن مشاعره الخاصة، ورغباته ومعتقداته وطاقاته، وكذلك يفقد الإحساس بالوجود الفعال وبقوة التصميم في حياته الخاصة، ومن ثم يفقد الإحساس بذاته باعتباره كلا عضويا، ويصاحب هذا الشعور بالانفصال عن الذات، مجموعة الأعراض النفسية التي تتمثل في الإحساس باختلاف الشخصية، والخزي وكرهية الذات واحتقارها، وتصبح علاقة الفرد بنفسه علاقة غير شخصية، حيث يتحدث عن نفسه كما لو موجودا آخر منفصلا وغريبا عنه، وهو تعبير عن الحالة التي يكون فيها الفرد مدرك أو واع لحقيقة ما يشعر به، أو يرفضه، أي أنه يكون غريبا عن ذاته الحقيقية بحيث ينشأ ما تسميه تقييد تلقائي، وهي الذات التي تدفع الفرد إلى حالة من انعدام التوافق أو التطابق مع الأهداف والوسائل، وتفيد هورني بأن الخبرات المختلفة تنتج أنماط من الشخصيات والصراعات. (نصير دلان 2020: 29).

6-7 نظرية المعنى: يقدم فيكتور فرانكل نظرية تدور حول المعنى حيث يعتبره ممثلا للبعد التصميمي للوجود الإنساني وانه القاعدة المنبئة الذي يركز إليها الفرد من اجل التغلب على الاغتراب وقهره وخاصة عندما يستشعر الفرد بمعنى في جوانب حياته المختلفة، في الحب والصدقة والعمل والانجاز والفن... الخ كما يركز على المعاناة في اكتشاف المعنى ويعتبرها المحفز الأساسي لهذا الاكتشاف والذي ينادى الفرد عن الاغتراب. ويرى فرانكل بأن الوجود الإنساني هو وجوب مشوب بالقلق والاغتراب وان الإنسان ليس مخلوق متوازنا فهو لا ينشد التوازن داخل نفسه ومع البيئة ويعتبر قلقه واغترابه متأصلين ويضربان بعمق في أغواره بحيث لا يستطيع التخلص منهما بالإرضاء الوقتي، لأنه ينشد معادلة أكثر متانة للحياة والمعيشة وهو شيء سوف يمكنه من أن يرقى على الاغتراب والمعاناة. (نعيسة، 2012: 130)

من خلال استعراضنا للنظريات للنظريات المفسرة للاغتراب، يتضح أن كلا منها مكمل للآخر، وأنها تتفق فيما بينها أكثر مما تختلف في تفسيرها للاغتراب النفسي، حيث اتفقت جميع النظريات على أن الاغتراب النفسي يتمثل في الشعور بالانفصال، سواءا الانفصال عن الذات أو عن الآخر، أما اختلافها فكان في تحديدها للأسباب والعوامل المؤدية إلى الشعور بالاغتراب النفسي.

(8) -مواجهة الاغتراب النفسي:

ترى إجلال السري (1993) أن مواجهة الاغتراب يتم عن طريق تحقيق الانتماء من أهم الإجراءات التي يمكن أن نتخذها من أجل ذلك ما يلي:

- التصدي للأسباب النفسية والاجتماعية للاغتراب ومحاولة الكشف عنها مبكرا وعلاجها.
- التغلب على مشاعر الاغتراب أو قهرها والرجوع إلى الذات والتواصل مع الواقع.

- تنمية الإيجابية ومواكبة التغيير الاجتماعي والاعتزاز بالشخصية. (سناء زهران، 2004:

(116)

- تدعيم مظهر الانتماء الاجتماعي وتأكيد الهوية الاجتماعية وتوازن مع الهوية الشخصية.
- تنمية السلوك الديني وممارسة الشعائر الدينية وتطبيق المعايير الدينية في كل جوانب الحياة اليومية.
- الابتعاد عن التسلط والقسوة وكل مظاهر التربية الغير متوازنة من طرف الآباء واعتماد أسلوب التفهم والتقبل والحوار ومساعدة الأبناء في قضاء حاجاتهم لأجل إعطائهم القدرة على تحمل المسؤولية وبث روح الثقة بالنفس فيهم.
- التركيز في التعليم في جميع مراحلها على جوانب الانتماء والابتعاد عن التغريب الثقافي.
- الاهتمام بالجانب الروح للإنسان من خلال التعليم الصحيح لمبادئ التربية الدينية ففي تشريعنا الإسلامي وردت الكثير من الأساليب تساعد على مواجهة لاغتراب، إذ وقوانينه وحثت على عدم الارتباط الزوجي إلا بمن كان طيباً، كما سنت العبادات الجماعية كالحج، الفردية التي يؤديها الجميع سواء كانوا معاً أم متفرقين كالصلاة والصوم، كل ذلك حتى لا ينفرد الإنسان بنفسه ولا يحس بالغرابة والوحدة أن ما كان مستقلاً فيما يؤدي، وهذه نقطة تتشارك فيها مجمل الأديان السماوية، كما أكدت الشريعة الإسلامية على إفشاء السلام وتشميت العاطس، وعبادة المريض، وعزاء أهل الميت، ومواساة المكروب، والتصديق على المحتاج، ومواساة المكروب... وغيرها من المعاملات التي من شأنها أن تشعر الإنسان بالألفة والألفة والاجتماعية.

وقصد تحديد طبيعة الاغتراب وقياسه ومعرفة فروقات وتباين الأفراد فما يخص درجته وحدته قامت العديد من النظريات تحاول تفسير الاغتراب. (جديدي زليخة، 2012: 356-357).

خلاصة الفصل :

نستخلص من خلال ما تم تقديمه في هذا الفصل من تعريف الاغتراب والتعرف على أسبابه وأبعاده والنظريات المفسرة لهذه الظاهرة قد استطعنا إزالة اللبس من مفهوم الاغتراب كظاهرة إنسانية متعددة الأبعاد يزيد انتشاره كلما توفرت الأسباب والعوامل المهيئة له، فمن المحتمل أن يكون نقص إشباع الحاجات النفسية أحد هذه العوامل نظراً لكثرة متطلبات الحياة بشكل عام والحياة الشخصية بشكل خاص.

الفصل الرابع

الإكتئاب

تمهيد.

- لمحة تاريخية عن الإكتئاب.
- مفهوم الإكتئاب.
- أعراض الإكتئاب.
- أسباب الإكتئاب.
- النظريات المفسرة للإكتئاب لدى المرأة.
- إنتشار إضطراب الإكتئاب لدى المرأة.
- تشخيص الإكتئاب.
- علاج الإكتئاب.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

الاكتئاب هو مصطلح طبي يشمل نطاقا واسعا من الاضطرابات النفسية. في أخف حالاته فإن الاكتئاب يتسبب في مزاج هابط لا يمنعك من السير في حياتك الطبيعية، لكنه يصعب عليك القيام بالأمر ويجعلها تبدو أقل قيمة، وفي أعنف حالاته فإن الاكتئاب قد يدفع إلى التفكير في التوقف عن مسانيرة الحياة والانسحاب بقتل النفس.

(1) لمحة تاريخية عن الاكتئاب:

أشارت العديد من الكتب التاريخية إلى مفهوم الاكتئاب من خلال الامراض العقلية التي عرفت من قبل مثل الصراع والهوس التي كانت تتميز بأعراض القلق والفرع، والمعاناة، والأرض. وقد أشار "بورتن" (Burton) سنة 1631 في كتابه تحليل المنخوليا (The anatomy of meloncoly) إلى موضوع الاكتئاب ووصف أعراض هذا المرض كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة، حيث وصف أسباب الإصابة بهذا الاضطراب بذكر الإصابة بمرض جسماني، الإسراف في الدراسة والعمل الذهني، الاضطرابات العاطفية، خيبات الأمل، وهي عوامل يرى علماء النفس في التعامل معها وتحليل أسباب مرتبطة بالاكتئاب. (صباح بركات، 2015: 44).

وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم والعناية بهم، وقد كان "أبقراط" الذي أطلق عليه أبو الطب من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي، وقد ربط أبقراط بين "الجسد والروح" أو بين "الجسم والعقل"، وأكد وجود تأثير متبادل بينهما، كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب، وقام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب، وثم تصنيفه إلى نوع خارجي ونوع داخلي مثل التصنيفات الحديثة في الطب النفسي.

وتحتوي الكتابات القديمة على وصف لوسائل العلاج المتبعة في ذلك الوقت، ومنها ضرب المرضى، أو منع الطعام عنهم حتى يتم حفز الذاكرة، وإعادة الشهية للمريض، واستخدام وسائل التسلية والترفيه مثل الرياضة والموسيقى وقراءة بعض النصوص بصوت عالي. (الشربيني، 2001: 23).

ولتخطي الاكتئاب أوصى أبقراط بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم باستعمال الاسترخاء واستراتيجيات العيش الصحي، وهي مكونات مستخدمة كجزء من أسلوب العلاج الإجمالي.

وعلى مر القرون حاول الفلاسفة وأطباء آخرون تعريف الاكتئاب وفهمه واللافت أن كلمة الاكتئاب غامضة في استعمالها الشائع، إذ تكشف عن معان عدة، تماما مثل المرض نفسه الذي لا يسهل دوما تعريفه أو التعريف إليه. (كلينيك، 2002: 15).

(2) مفهوم الاكتئاب:

مفهوم الاكتئاب لغة: يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب" ويشير هذا الفعل إلى اسم "الكأبة" ويقال "اكتأب فلان" أي حزن، اغتم، أنكس، والكأبة تغيير في النفس إما بالانكسار من شدة الهم والحزن و"الكأباء" هي الحزن الشديد. (سرحان، 2001: 11).

وجاء في قاموس المحيط ل "فيرزو أبادي" كلمة الاكتئاب، كآب و"الكآبة" الغم وسوء الحال والانكسار من الحزن. (أبادي، 2004: 155).

معنى الاكتئاب في الإسلام: ورد الاكتئاب في القرآن الكريم بعدة معاني:

منها الحزن لقوله تعالى: (وابيضت عيناه من الحزن فهو كظيم). (سورة يوسف، آية رقم 84، ص 245).

منها الغم في قوله تعالى: (فنجيناك من الغم وفتناك فتونا). (سورة طه، آية رقم 40، ص 314).

ومنها الضيق في قوله تعالى: (ولقد تعلم أنه يضيق صدرك بما يقولون). (سورة الحجر، آية رقم 97، ص 267).

ومنها الضنك في قوله تعالى: (ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا). (سورة طه، آية رقم 124، ص 320).

مفهوم الاكتئاب اصطلاحاً: يعرفه إيمري (Emerry 1988) بأنه عبارة عن "خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء لنفسه والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد". (مذكور في حسن ظاهر تونسي، 2002).

-يقول أدولف ميير Meyer: الاكتئاب اضطراب وجداني يظهر بأعراض نفسية وبدنية وسريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته، تتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية ثقافية وبيو كيميائية ووراثية في حدوثه. (نجاتي، 1977: 65).

-الاكتئاب كاضطراب ليس الوحدة الكلية للإنسان، إذ أنه يشمل المعاناة الجسدية والنفسية فمن الناحية النفسية فإن الفرد تصاحبه أحاسيس الانحطاط والفراغ وعدم الفائدة والألم ونقص الانجذاب للحياة وفقدان الأمل. (Shneider, 1984: 154).

- هو عبارة عن وجود حالات تتميز بتطور الأزمات الحزينة والقصيرة إلى أزمات عميقة طويلة المدى بالإضافة إلى تراجع على المستوى النفسي الحركي وظهور اضطرابات مختلفة، اضطرابات جنسية، إمساك، جفاف الفم... إلخ. (F.Kacha, 1996: 60).

-هو اضطراب في الشخصية يمس الجانب الوجداني كما أنه اضطراب نفسي يصيب المزاج مسبباً لذلك الفرد الألم والحزن الشديد تظهر فيه أخطار الانتحار، نستطيع أن نميز فيه حالات إنهيارية عصبية مرضية وظيفية ناتجة عن رد فعل نفسي انفعالي إضافة إلى حالات انهيارية تطورية ذهانية. (Richou, 1901: 33).

-هو حالة من الحزن الشديد المستمر، ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (زهرا، 1997: 514).

-هو حالة من الحزن المستمر، لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة وأحداث مؤثرة انفعالياً قد مرت به، وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية والشعور بالإعياء والقلق

وعدم الارتياح وفقدان الاهتمام بالأشخاص والأشياء والأحداث والنشاطات والهويات والترفيه، سيادة مشاعر البأس والذنب وفقدان القيمة والثقة بالنفس واللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان القدرة على التركيز والتحكم أو الضبط والتوجيه الذاتي، كما يصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلاوس، كما تشعب لدى الحالات الحادة أفكارا أكثر سوداوية تدور حول العدمية والموت ومحاولة الانتحار. (القريطي، 1988: 141).

3) أعراض الاكتئاب:

هناك مجموعة من الأعراض العامة التي تتفاوت شدتها ووفرة ظهورها حسب نوع ودرجة الاكتئاب التي تصيب المريض، والتي تشمل الجانب الجسدي والنفسي والاجتماعي سنحاول التطرق لها في هذا الجزء:

➤ الأعراض الجسمية :

- انقباض الصدر والشعور بالضيق.
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن.
- الصداع والتعب (لأقل جهد).
- ضعف النشاط العام والضعف الحركي والبطيء.
- الرتابة الحركية.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي.
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية. (حامد زهران، : 516).
- الإمساك.
- بطء الكلام وقلته. (بن قرينة عاتكة، 2018 : 18).

➤ الأعراض النفسية :

- البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسى مع سببه.
- إنحراف المزاج وتقلبه.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص والشعور بعدم القيمة والتفاهة.
- القلق والتوتر والأرق.
- الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والشروذ حتى الذهول.
- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة.
- اللامبالاة بالبيئة ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي.

- بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد.
- بطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.
- الشعور بالذنب وإتهام الذات وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها (خاصة حول الأمور الجنسية) وتوقع العقاب.
- أفكار الانتحار أحيانا ومحاولة الانتحار في حالات الحادة، ويلاحظ أن أغلب محاولات الانتحار من الأثاث وأكثر الوسائل شيوعا هي تناول جرعات كبيرة من الأدوية. (بوغازي آمنة، 2017: 83).

➤ الأعراض الاجتماعية:

- الأفكار لإيجابية في المواقف الاجتماعية.
- الصعوبة في البدء وتكوين علاقات جديدة.
- التفاعل المحدود لديهم وقلة المشاركة مع الآخرين.
- الجمود والتصلب والافتقار إلى المهارات الاجتماعية.
- يعانون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو التجاهل لذا يتعرضون في كثير من المواقف لإحباطات متكررة.
- عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب أو الدفاع عما ينسب إليهم من أخطاء وتصرفات.
- عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية (كالعلاقة بالزوج أو الأصدقاء).
- يميلون للانسحاب.
- يشعرون بالقلق والكدر اتجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل. (عبد العزيز المعاينة وآخرون، 2002: 300).

4 أسباب الاكتئاب:

1-4 العوامل بيولوجية :

أ- الجينات الوراثية :

كشفت العديد من الدراسات الأسرية، ودراسات أجريت على التوائم عن مؤشر على وجود عامل جيني له دور مهم في نقل الاكتئاب وقد لوحظ أن الاكتئاب ينشر في عائلات دون سواها، واستنتج من ذلك أهمية العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب، وأفترض أنه جين أحادي سائد، أو متعدد الأساس الجيني، كما أفترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي، وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر بين النساء. (إبراهيم عبد الستار، 1990: 23).

ب- الأمينات الحيوية: بينت الدراسات أن هناك علاقة سببية، بين الاكتئاب والأمينات الحيوية في الدماغ وذلك من خلال:

- نقص الأمينات الحيوية مثل (الزرزبين) ينتج عنه مرض الاكتئاب.

- نقص السروتونين.

- الدوبامين الذي يؤدي ارتفاع معدله إلى الهوس، وانخفاضه إلى الاكتئاب. (موسى، 1989:23).

ج- اختلال النشاط الهرموني: وجد أن هناك اختلالات هرمونية يعاني منها مرضى الاكتئاب من خلال الآتي:

-تزايد الأعراض الإكتئابية أثناء الطمث.

- تزايد الاعراض الإكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية.

- يصاحب مرض المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض إكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات. (عبد عسكر، 1988: 26-27).

د- اختلال عمليات الأيض: وهو اختلال الناجم عن عمليات الهدم والبناء، والتي تتركز في ميتابوليا الصوديوم والبوتاسيوم.

فقد اتضح أن ازدياد مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية يؤدي إلى الهوس، كما لوحظ أن نسبة الصوديوم في حالات الاكتئاب بلغت نسبة (50%) وفي حالات الهوس بلغت (200%) عن المستوى الطبيعي. (بوعافية خالد، 2018: 29).

2-4 العوامل النفسية: إن عدم النضج الانفعالي، وثنائية المشاعر والإدراك للخبرات الحياتية المختلفة لها دور كبير في الإصابة بالاكتئاب.

ومن بين أهم الأسباب النفسية التي قد تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب لدى الفرد هي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو سجن برئ....
- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقد حبيب 1 أو صديق، أو ثروة أو الإصابة بمرض...
- الصراعات اللاشعورية، وضعف الأنا الأعلى وإتهام الذات والشعور بالذنب.
- الخبرات الصادمة. (حامد زهران، 1997: 515).

ويرى "عسكر" أن ارتفاع نسبة المكتئبين في العالم يعود للأسباب التالية :

- تزايد متوسط العمر.
- تزايد الامراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
- تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية للاكتئاب (كأدوية ضغط الدم).
- سرعة التغيير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الإكتئابية كما تساعد على استمرارها.
- التفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي، حيث وجد أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي والمنخفض وشيوع الأعراض الإكتئابية والاضطرابات الوجدانية. (عبد الله عسكر، 1988: 19)

3-4 العوامل الاجتماعية والبيئية :

إن أصحاب المدرسة السلوكية يرون أن للبيئة الاجتماعية دورا كبيرا في إصابة الفرد بالاكتئاب وذلك ضمن العلاقة بين الفرد والمجتمع فإذا كانت العلاقة إيجابية قوية تتسم بالديناميكية وبالتفهم فإنه من الصعب إصابة الفرد بالاكتئاب، فعلاقة الفرد إذن بالمجتمع الذي يعيش فيه يجعله إما راضيا أو غاضبا أو ناجحا أو فاشلا، ولهذا قد تكون الأرضية في بعض الأحيان مهياة وذلك بفعل تعرض الشخص إلى جهد انفعالي جديد بحيث أنه يجابه الموقف بما تبقى لديه من إحباط نفسي وجسدي فتصبح بذلك حياته سهلة الاستشارة مما يجعله يجد صعوبة في حياته العائلية، فالعلاقات الاجتماعية إذن تشكل منبع الضغوط الانفعالية المستمرة والتي تصبح فيما بعد مرضية وذلك نتيجة الحوادث المؤلمة (وفاة شخص غال، فقدان عمل، طلاق...)، وفي هذه الحالة قد تظهر ردود الأفعال الإكتئابية حيث يبلغ القلق ذروته ويعجز الفرد عن صد ومواجهة هذه الصراعات الانفعالية والأزمات النفسية المعاشة . (Xavier et aude Caria et autres :22).

(5)- النظريات المفسرة للاكتئاب:

1-5 النظرية البيولوجية: يرى الكثير من العلماء البيولوجيين أمثال (لوينسون، LEWINSON P وبايكلي، PAYKELLY) أن الاضطرابات الإكتئابية تحدث بسبب عوامل وراثية أو فيزيولوجية لذلك سوف نتناول هذا التفسير وفق محورين أساسيين:

1-1-5 التفسير الوراثي: أظهرت معظم الدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثي لنشأة الاكتئاب ووجود علاقة بين مدى استعداد الفرد للإصابة إذا كان أحد الوالدين أو كليهما تاريخ مرض الإصابة بالاكتئاب، وخاصة الاكتئاب الذهاني حيث يصل مدى تأثيرها إلى % 1.60 لدى المريض أما في عصاب الاكتئاب فيكون، تأثيرها ضعيف للغاية إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية الأخرى. (مدحت عبد المجيد أبو زيد، 2001: 61)

فمن بين أنصار التفسير الوراثي نجد (أنجرام، INGRAM، 1994) الذي يرى أن الأفراد المعنيين يرثون استعدادا لعمليات بيولوجية مضطربة، وتشير دراسة التوائم والتبني إلى التركيب الوراثي الذي يبدو أنه يلعب دورا أساسيا في نمو الاضطراب الاكتئابي، فرغم صعوبة تحديد العلاقة بين الاكتئاب والعامل الوراثي إلا أن البحث في مجال اضطراب الاكتئاب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير التشخيصية. (حسين فايد، 2001: 76)

2-1-5 التفسير الفيزيولوجي : يشير أنصار الاتجاه الفيزيولوجي أمثال سترونجم "g STRONGA" "M" عام 1995 وبيش "BEACH" عام 1998 إلى وجود نمطين رئيسيين لفيزيولوجية الاكتئاب فالنمط الأول يقوم على أساس اضطرابات في أيض الألكترولوني الخاص بالمرضى المكتئبين، واضطراب في توزيع الصوديوم والبوتاسيوم مع العلم أن الأشخاص العاديين لديهم صوديوم أكثر طازج الخلية العصبية وبوتاسيوم أكثر داخله، أما النمط الثاني فبني على أساس أن الاكتئاب يرجع إلى ظهور مورثات في عنصرين أساسيين هما: النور بين فرين وسيروتينين وكلاهما ناقلان عصبيان. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001: 62)

2-5 النظرية التحليلية: فسر " فرويد" و"أبراهام" الاكتئاب على أنها المرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعورا متناقضا ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية، والالتحام والنبذ، وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجها، ينكص لحاجاتها الأولية وبعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص، ولتناقض عواطفها ناحية موضوع الحب المفقود، يمتص طاقتها ويدمجها

نحو ذاتها، نحو الأنا، ومن هنا يبدأ المكتئب في الانغلاق والعدوان الذاتي، واتهام الأنا والإحساس بالدونية، والتي تطلق الميول الانتحارية. (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2010: 417)

يؤكد "FREUD" في دراسته على وجود حركة دينامية سيكولوجية داخلية تتبع فقدان الموضوع يظهر عن طريقها "التعويض" وهو عمل الحداد، يتجلى عمل الحداد في قلة الاهتمام الذي يظهره المكتئب اتجاه العالم الخارجي بعد فقدان الموضوع، حيث يبدو أن آلامه وذكرياته تستحوذ على كل طاقته حتى تأتي اللحظة التي يقرر فيها "الأنا" ما إذا كان يريد مشاطرة "الموضوع المفقود" مصيره، انطلاقاً من اعتبار مجمل الإرضاءات النرجسية التي يتضمنها البقاء على قيد الحياة، وحتى يتحقق هذا الانفصال الذي يتيح أخيراً القيام بتوظيفات جديدة، لا بد من استحضار كل الذكريات والتوقعات المرتبطة بالموضوع، وتخضع هذه الأخيرة لتوظيف انفعالي مفرط، ثم يتم انفصال الليبيدو عنها بعد ذلك ويتلخص عمل الحداد "بقتل الموت" في الذات. وإذا تعذر القيام بعمل الحداد تظهر الأعراض الإكتئابية المرضية.

(A. E. Kazdin and Al, 1983:504-510)

أما ميلاني كلاين Melaine klien فتناول الوضعية الإكتئابية من خلال أعمالها ابتداءً من 1934 التي ترى الاكتئاب الناجم عن التناقض الوجداني عندما تكون خبرة الشعور بالألم قد تم استدعاؤها. (Melaine, 1952: 97)

3-5 النظرية المعرفية: يعتقد أنصار الاتجاه المعرفي أن الأفراد المكتئبين نادراً ما يفكرون أو يتبنون أفكاراً إيجابية، فهم يفسرون مواقفهم الحياتية بطرق تعكس الانهزام الذاتي، ويمتلكون توقعات سلبية حول المستقبل. (معاوي محمود أبو غزال، 2015: 302)

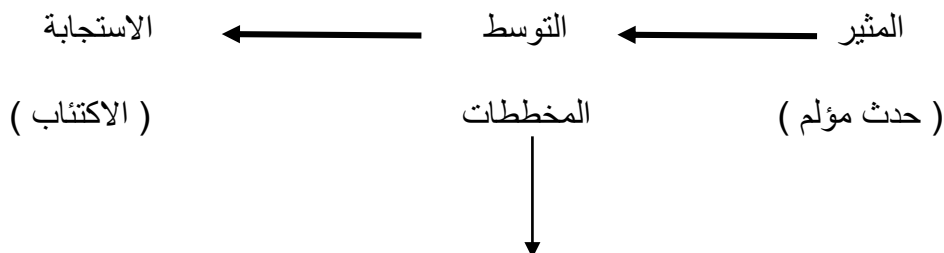
فأطلق Beck وإفترض وجود تصورات إيجابية وسلبية، حيث لاحظ أن المكتئبين يتسمون بأعراض معرفية تتمثل في نظام تفكير خاص ومقولب، كما واعتبر أن نظام تفكير المكتئب يميزه حكم سلبي حول ذاته وعالمه ومستقبله ثم تعريف هذه العرضية المعرفية باسم الثلاثية المعرفية وهي:

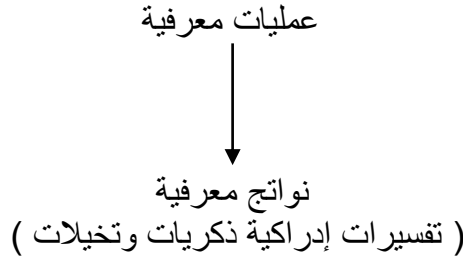
- **النظرة السلبية للذات:** حيث يحكم المكتئب على نفسه بالذم ويفكر أنه عاجز لا يصب لشيء ولا يمتلك القدرات ويستطيع تحقيق السعادة لنفسه ولغيره.
- **النظرة السلبية للعالم الخارجي:** حيث يحكم المكتئب على العالم الخارجي بأنه حاجز بينه وبين أهدافه التي يزيد تحقيقها.
- **النظرة السلبية للمستقبل:** غياب البديل حيث يحكم المكتئب على مستقبله بأنه مسدود ويسلم أن وضعه لن يتغير ويطغى التشاؤم على تصورات المستقبلية .

(DAVISON et Cgnealejm , 1986)

يعتقد "بيك" أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سلبية بالنسبة للذات والعالم الخارجي وللمستقبل، وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب. (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001: 81)

وبوجه عام فإن النموذج المعرفي للاكتئاب عند "بيك" يوضح أن مرضى الاكتئاب لديهم خلل وظيفي في معالجة المعلومات مما يؤدي ذلك بهم إلى الانفعال والسلوك غير الملائم، وأن هناك ثلاثة مستويات من المتغيرات المعرفية تتوسط بين المثيرات (الأحداث) والاستجابات (المزاج والسلوك) وهذه هي المخططات المعرفية والعمليات المعرفية، ومحتوى التفكير، وأن الأفراد المكتئبين يظهرون تحيزات معرفية سلبية على هذه المستويات الثلاثة من التفكير ويمكن توضيح النموذج المعرفي للاكتئاب.





الشكل رقم 02 يوضح مخطط للنموذج المعرفي للاكتئاب.

(طه عبد العظيم حسين، 2007 : 73)

4-5 النظرية السلوكية: حسب Lazarus فإن الاكتئاب يمكن النظر عليه على أنه وظيفة لتعزيز الخاطئ أو التعزيز غير الكافي للسلوك. (مخالفة، 2015:26)

يرجع علماء المدرسة السلوكية الاكتئاب إلى التعزيز الخاطئ أو عدم التعزيز، فما هو إلا تكرار لخبرات أليمة أو سلبية تعلمها الإنسان في طفولته ولم يستطع إزالتها من عقله. وحسب النظرية السلوكية فإن "لأم دورا حاسما في تعليم للطفل الخبرات السلبية أو الايجابية، فإن أهملت حاجاته وطلباته وغرائزه بشكل متكرر فربما يتعلم وهو في سن صغير جدا أن كل قلوب البشر قاسية وبهذا يفقد الثقة بالناس، وبهذا الأسلوب فإن الطفل ينتهج منهاجا سلبيا في الحياة فتقل طموحاته وتطلعاته ويصبح خاملا ضعيف لا يثق بأحد، وبهذا يزداد إحباطه، وتتألم عواطفه ويهتز وجدانه وتقل ثقته بنفسه، وهذا ما يعرف بالاكتئاب"

(Bergeret Jean, 1984:72)

كما قدم p.Lewinshon وجهة نظر خاصة مفادها أن التفاعلات الاجتماعية السلبية المزمنة خالية من التعزيز من المحيط الضيق على وجه الخصوص تشكل عوامل المعالج الكثير من حالات الاكتئاب، بالإضافة إلى أن الاكتئاب لا يقتصر على قلة الوقائع الإيجابية فقط، بل قد تعود إلى ضعف قدرة الفرد على ضبط التعزيز.

(Foutane et Gadour, 1984:107)

5-5 الاتجاه الحديث في تفسير الاكتئاب: يرى هذا الاتجاه أن الناس يستخدمون أسلوب الوقوع في المرض لكي يقومون بحل الصراعات أو المواقف الصعبة حين لا يستطيعون الصمود أمامها.

وهذا ليس أمرا نادرا ولكن الواقع يؤكد أن هذه الاستخدامات تحدث لا شعوريا فعندما يقع الصراع بين واجب ما وخوف من نتائج هذا الواجب في هذه الحالة يتدخل اللاشعور بغرض حل توفيق يريحه من الصراع.

اذن هذا الاتجاه يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة والعطف أو كوسيلة للفسوة والانتقام من الذين كانوا سببا لأهم في الماضي. (العفيفي عبد الحكيم، 1990: 22)

6-5 النظرية الاجتماعية: تؤدي الظروف الثقافية والاجتماعية على اختلاف اشكالها دورا واضحا في تمهيد الطريق للعديد من الأفراد للإصابة بالاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب. اذ يؤكد المنظرون الاجتماعيون على ان سبب الاكتئاب هو استجابة للفقدان ولعملية التفاعل التي تحدث بين الفرد والمجتمع، وتطور تصرفات الافراد داخل النظام الاجتماعي للعائلة وجماعة الاقران. (Burgess, 199 :332)

وغالبا ما يصاب الفرد بالاكتئاب بعد احداث الحياة والضغوط الشديدة التي يتعرض لها مباشرة او بعد مدة زمنية قليلة، وتتضمن احداث الحياة وفاة شخص عزيز او فقدان المهنة، الانتقال من المنزل، او زواج أحد افراد العائلة، او توسيع عدد أفراد العائلة والولادات أو الانفصال (Fantain &

(Fletcher ,1999 :245) ولعدم وجود مرونة في التعامل مع هذه المثيرات يصاب الفرد بالاكتئاب. (Kaplan & Sadock , 1996 : 106)

ويمكن ان يعود الاكتئاب الى عدم الاتساق في العلاقة بين الطفل ووالديه اذ ترى Reichman أن الاكتئاب يرجع الى عوامل اجتماعية، وبين شخصية، فالشخص المكتئب عادة ما يحيا في جو عائلي يكافح من اجل الحياة والمعيشة، وعادة ما تكون الام من الطراز المسيطر الجامد في حين يكون الاب من الطراز الدافئ العطوف ولكن غير المؤثر في المنزل. وفي كنف هذا الجو العائلي غير المستقر يتصارع الابناء ويشعرون بأن حياتهم غير متسقة بل ومتناقضة ايضا، وتندر فرص الابناء في التعبير عن ذواتهم والشعور بقيمتهم الذاتية ومن المنطقي ان يتأرجح الابناء بين حالات المرح والاكتئاب من جراء العيش في مثل هذا الطقس العائلي الملبد بالمتناقضات النفسية. (Kaplan & Sadock, 1983 :366)

كما يحدث الاكتئاب بسبب عدم الاستقرار الاقتصادي او الفقر او الحرمان او فقدان العمل او الخسارة التجارية او عدم قدرة الدخل على تغطية احتياجات الفرد ومتطلباته الحياتية مما يجعله عرضة للعوز والحاجة وفقدان التقدير الذاتي. وقد يعود الاكتئاب الى الوحدة والعزلة التي يعيشها الفرد والتي لا يكون هناك مفرا، اذ لا يجد الفرد شخصا يتكلم معه او شخصا يشغله. (السليفاني، 1990: 73)

(6) انتشار اضطراب الاكتئاب لدى المرأة:

تصاب النساء بالاضطرابات النفسية والسلوكية بشكل عام أكثر مما تتعرض لها بقية فئات المجتمع، على الرغم من أن المرأة أخذت تصبح شيئا فشيئا عنصرا أساسيا من قوة العمل والمصدر الرئيسي لدخل ما يتراوح بين ربع عدد الأسر أو ثلثها على مستوى العالم وأشارت دراسات حديثة إلى أن هناك فوارق في معدل انتشار الاضطرابات السلوكية والنفسية بين الرجال والنساء، فالقلق والاكتئاب يشيعان بين النساء، أما الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع بين الرجال أكثر. (تونسي، 2003 :51)

ووفقا لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية فإن 07 مليون امرأة، و3،5 مليون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا باعتبارهم يعانون من الاكتئاب الأساسي. (فايد، 2004 :08)

ولا توجد تفسيرات محددة حول ارتفاع نسب الانتشار بين النساء أكثر من الرجال الأمر الذي يمكن أن يفسر ارتفاع نسب الانتشار بين النساء. (Hautzinger, & de Jung-Meyer, 1994:184)

وقد يكون للتكوين الجسمي والعاطفي للمرأة أثر في ارتفاع نسب انتشار الاكتئاب لدى المرأة، خاصة من حيث التغيرات البيولوجية التي تترافق وارتفاع وانخفاض معدل هرمون الأستروجين في الدم. وهذا ما نلاحظه لدى النساء في بدايات حملهن أو قبل دورة الطمث أو بعدها حتى بعد انقطاعها في سن اليأس.

(1: Women's health program, 2010)

وتتعرض النساء لأنواع من الاكتئاب خاصة تمس الإناث فقط منها: اكتئاب ما قبل الدورة (Premenstrual Dysphoric Disorder) والذي يصيب حوالي 30% من النساء، والاكتئاب أثناء الحمل (Depression During Pregnancy) والذي يصيب حوالي 10% من النساء، واكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum Depression) والذي يصيب حوالي 10-20% من النساء بدرجاته المختلفة، وأخيرا اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية (Depression Postmenopausal) والذي يصيب 10-15% من النساء في هذه المرحلة من العمر. (المهدي، 2003 :12-13)

(7)- تشخيص الاكتئاب:

يلاحظ أن تشخيص الاكتئاب هو أمر في غاية الصعوبة لأنه عادة ما يصاحب العديد من الاضطرابات العصبية (كالقلق والهستيريا)، وكثيرا من اضطرابات الشخصية وكذلك العديد من الاضطرابات العضوية خصوصا تصلب شرايين المخ، وأمراض الجهاز العصبي، والقلب... الخ. (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000: 182)

وعليه يعتمد تشخيص الاكتئاب على ما يشكو منه المريض من أعراض مع وصف للمرض منذ بدايته بالاستناد إلى أسئلة الطبيب التي يكونها قصدا حتى يتم التفريق بين الاكتئاب وأمراض أخرى، وكذلك المرور بالتاريخ الشخصي للفرد منذ ولادته وحتى الفترة الراهنة بالإضافة إلى التاريخ العائلي فإذا كان هناك حالة مرضية وعلاقة المريض بأفراد العائلة مع إضافة للتاريخ الطبي ومعرفة جميع الأمراض التي يعاني منها المريض سواء كانت عضوية أو نفسية، وبعد ذلك يكون دراسة للمريض وظروفه ومقابلة أطراف مهمة في حياته لإعطاء مزيد من المعلومات وإجراء اختبارات نفسية كاختبار الشخصية أو اختبار الاكتئاب مثل مقياس "هاملتون" أو مقياس "بيك" ثم الانتقال إلى خطة العلاج. (صالح حسن أحمد الداهري، 2010: 363)

المعايير التشخيصية للاكتئاب الرئيسي حسب التصنيفات العالمية:

- المنظمة العالمية للصحة (OMS):** إن تشخيص الاكتئاب الرئيسي يعتمد على معايير عيادية هي التي ستحدد لنا التصنيفات المعروفة، وقد حددت المنظمة العالمية للصحة إطار تشخيصي يعتمد على خصائص ومعايير عامة سنوضحها كما يلي:
- تدوم النوبة الإكتئابية أسبوعين على الأقل.
 - عدم تواجد معايير نوبة هوسية مسبقة كان قد تعرض لها الفرد.
 - ألا تكون النوبة نتيجة استعمال منشطات أو أي اضطراب عضوي عقلي معروف.
 - تواجد على الأقل عرضين من الأعراض الثلاثة التالية:
 - اكتئاب المزاج يدوم طول النهار وعلى مدى أسبوعين على الأقل.
 - غياب الاهتمام واللذة للنشاطات الممتعة.
 - نقص في الطاقة أو ارتفاع القابلية للتعب.
 - تواجد على الأقل عرض من الأعراض التالية:
 - فقدان الثقة بالنفس.
 - أحاسيس الذنب الغير مبررة.
 - أفكار سوداء وانتحارية أو سلوك انتحاري.
 - عدم القدرة على التركيز وصعوبة في اتخاذ القرارات.
 - سلوكيات تهيج أو تباطؤ.
 - اضطراب الشهية.
 - اضطراب في النوم. (Sarron, 2008:116)

8- علاج الاكتئاب:

تتعدد وجهات النظر المفسرة للاكتئاب بالإضافة إلى اختلاف وتنوع في الأعراض التي يحملها المصاب بالاكتئاب وهذا ما كان السبب الذي يدفع بالعلماء إلى ابتكار وخلق طرق وأساليب علاجية بمختلف الأنواع قصد التكفل الجيد وتقديم المساعدة الكافية لهم.

- **العلاج النفسي:** تختلف الوسائل والتقنيات العلاجية لحالة الاكتئاب حسب اختلاف المدارس وحسب شدة الحالة، لكنها تهدف كلها لمساعدة الفرد على مواجهة العوامل الصعبة والتوتر في الحياة وتقوية شخصيته وإعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض وتنمية روح التفاؤل والأمل لديه ومن بينها:

- **العلاج النفسي التحليلي** : يعتبر من أقدم الطرق العلاجية، ويهتم بمعرفة الحياة الطفولية المبكرة للفرد والتي تكون وراء ظهور الاكتئاب ويتم ذلك بإتباع طرق خاصة تساعد وتسهل عملية النكوص للمراحل السابقة من العمر وتذكر الخبرات الماضية خاصة المؤلمة منها. ويتطلب هذا النوع من العلاج أن يكون لدى المريض درجة من القدرة على الملاحظة الذاتية (الاستبصار) والقدرة على التعبير اللغوي، فتساعد أيضا هذه الطريقة على فهم شعوري لجميع الميكانيزمات اللاشعورية المسببة للاكتئاب.

(Didier lachemia, 1994:98)

- **العلاج السلوكي**: تشترك طرق العلاج السلوكي للاكتئاب في اعتبارها ظاهرة الانطفاء أساسا للاكتئاب، وذلك رغم أن كل طريقة منها تنفرد بجوانب معينة، وعلى العكس من النظريات الدينامية، فإن العداوة والغضب ينظر إليهما بوصفهما تأثيرات وليست أسبابا للسلوك المشكل، وقد بنى "سيليجمان" نموذج "العجز المتعلم على أساس نتائج البحوث العلمية على الحيوان، ويتضمن في صياغته النظرية ضرورة العمل للحصول على استجابة مبكرة من المريض والتأكيد على قيمة جداول التدعيم المتغيرة والاستراتيجيات المعممة في مواجهة مشاكل الحياة لمنع تكرار الاكتئاب، وتفسر زيادة نسبة الاكتئاب بين النساء على أساس نقص التدعيم المرتبط بفقدان الحياة العائلية والزواج أو الأطفال، ولذلك يتعين أن يركز علاج مثل هذه الحالات على توقعاتهن الزائدة وأحيانا المطلقة على التدعيم من تلك المصادر وعلى تهيئة مصادر بديلة. ويركز منهج "ليفنسون" وزملائه في العلاج على المعدل النسبي للتدعيم بوصفه العامل المركزي في تكوين الاكتئاب وفي التخفيف منه، وقد يشتمل العلاج على مكون أو أكثر من المكونات التي تهدف إلى استعادة التدعيم المناسب، بما في ذلك إنقاص السلوك الزائد وزيادة الأنشطة المثيية، ويفترض أن التدعيم هو على الأقل جزئيا، دالة على الاستمتاع الذاتي للفرد وأن المنهج العلاجي الذي يدور حول النشاط وزيادة الموضوعية في الثواب، والتي تتولد عن النشاط سوف يدركان على أنهما ساران وممتعان، كما يفترض أن التدخلات السلوكية في علاج الاكتئاب لن تكون نتائجها إذا لم ينتج عن الانخراط في النشاط استمتاع. (لويس كامل مليكة، 1990: 89)

- **العلاج المعرفي**: تستهدف العملية العلاجية المعرفية استجلاء الأفكار الإكثئابية ومناقشة صلاحيتها وجدواها ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولا لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب ودور المعالج هنا هو مساعدة المريض على الوقوف موقفا نقديا من المطلق إلى النسبي ومن العموميات إلى الأفكار المحددة، ومن الأحادية إلى الاختيارية من عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العملية.

وتعد نتائج العلاج المعرفي إيجابية خاصة عندما يترافق مع استعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية أما في حالات الاكتئاب الحادة أو الشديدة يتم إضافة كلا من العلاج المعرفي والسلوكي لمنح التحسين ومنع الانتكاسة. (وليد سرحان وآخرون، 2001: 117-118)

- **العلاج السلوكي المعرفي**: يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على توجيه السلوك بغض النظر على أسبابه المكبوتة أو الخبرات الماضية، فالعلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب يكمن في تغيير سلوك المكتئب وتدريبه على سلوكات متكيفة مقبولة ومعززة من طرف الآخرين مما يحقق له الثقة النفس. ويقوم العلاج السلوكي المعرفي حسب "Beck" على استراتيجية توقعية مدروسة ومع المعتقدات المرتبطة بالأحداث المعاشة.

بحيث يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على طريقة التفكير للشخص وأحاسيسه وأنهما المسؤولان عن السلوك ولا تأثير للأشخاص أو الأحداث الماضية فيه. وحسب شرح "Beck" فهو يؤمن بتوازن الأخذ والعطاء في الحياة، وإن كان هناك خلل في التوازن، فهذا يؤدي لرد الاكتئاب، فالإنسان يخرج سلوكات على شكل واجبات والتزامات وهو بحاجة لإدخال أفعال أخرى من السعادة والرضا لتحقيق التوازن.

"إن المعالج المعرفي يبحث عن الأسباب المرضية، إذ يلجأ أولاً للبحث عن الأفكار والاعتقادات المسببة للاكتئاب ثم يقوم بتحليلها، وأخيراً بتغييرها ويعتمد المعالج في عمله على:
- التحقق من خطأ اعتقادات الفرد.

- تغيير تلك الأفكار بأخرى أكثر منطقية" (Cottraux, 1990 :215)
وينطلق العلاج من فرضية نظرية حول الاكتئاب تقول إن الآثار المرضية هي مرتبطة بالمعرفة، طريقة التفكير للمكتئب تؤدي إلى تصور سلبي للعالم المسؤول عن ظهور انفعالات عدم الرضا والاضطرابات السلوكية ومعرفة الأماكن الموجودة بين المعرفة والعاطفة والأفعال، فهو يشرح له أن الانفعال الصعب ليس سبباً مباشراً بواسطة الأفكار التي صنعتها. (Sarron ,2005)
- علاج بالشحنات الكهربائية: يقوم على وضع قطبين كهربائيين على المريض مع تمرير تيار كهربائي آخر خلال المخ، وعلى رغم من أن العلاج هذا يبدو مفيد في علاج بعض حالات الاكتئاب الحاد إلا أن تأثيره مؤقت وآثاره الجانبية عند الاستعمال المستمر تؤدي إلى الإصابة مخيبة في الذاكرة. (سعيد حافظ، 1984:101-102)

- العلاج الكيميائي: لا يفيد العلاج النفسي وحده خاصة إذا كان القلق شديداً لذا يجب إعطاء المريض كميات من المهدئات بوصفة من طبيب عقلي وذلك في بداية الأمر لتساعده على الشعور بنوع من الراحة النفسية والتي تسمح له ببدء العلاج النفسي، بالإضافة إلى هذه العلاجات تحدث بعض الباحثين عن العلاج الكهربائي الذي يفيد في بعض حالات القلق المصحوبة بأعراض سمة وكذلك العلاج الجراحي والمتمثل في عملية جراحية في المخ تقلل من شدة القلق.

هو تقديم العقاقير للفرد والتي يطلق عليها (Tranquilisant) وأهمها مشتقات "Benzodiazépine" ومنها الفاليوم "Valium" وتمستا "Temesta" وغيرها، والهدف منها هو الأثر المهدئ الذي تحدثه على الجهاز العصبي، حيث تخفف من القلق كما تسبب في استرخاء عضلات الجسم. (Pierre Oliejean, 1995:100)

يسمح العلاج الكيميائي بمساعدة المريض بالشعور بالراحة الجسمية والقدرة على متابعة علاج نفسي الذي يتطلب الحديث والتعبير عن قلقه وشعوره بالتوتر.

- العلاج الدوائي : ذكر الحجار (1989) في كتابه انه الانجع والأكثر شيوعاً في الممارسات العلاجية السيكاترية، ويميز فيه زمريتين دوائيتين رئيسيتين:

1- زمرة مثبطات أحادي أمين أكسيداز : (Maoi) وتوصف ضمن نطاق محدود وهذا نظراً لتعارضها مع بعض الأطعمة كمشتقات الحليب ومع زمرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة.

ويوجد في هذه الزمرة مجموعة هيدر الأزينات SOCARDOSCIAZD أو NAILAMID
2- زمرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائياً: وهي الزمرة الأكثر شيوعاً واستخداماً في علاج مختلف الاضطرابات الإكتئابية ونعد منها: مثل أميتربتيلين، ومجموعة DIBNZOCLOHPTENE – مجموعة مثل دوكسبين DIBENZOSEPIN

وهناك أدوية أخرى لا تنتمي لهذه الزمرة، وتستعمل لعلاج الاكتئاب المتأخر والهجائي معاً نعد منها الدواء مابروتكين. (الحجار، 1989، :92-93)
ولكن العلاج بالعقاقير لا يؤدي إلى تغييرات شاملة، لهذا لا بد من أن تصاحبه أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية.

يبقى العلاج هو السبيل الوحيد مقدم للمساعدة في التنشفي على أن يتضمن أساليب الفعالة للوقاية من جهة ويحتوي خطوات لحل المشكلة والخروج من أزمة وإعادة المريض إلى حالته الطبيعية من جهة أخرى، ما يستلزم العمل على دمج أساليب العلاجية السابقة الذكر لتحقيق العلاج اللازم.

خلاصة الفصل :

يبقى الاكتئاب أحد أهم الاضطرابات النفسية التي أصبحت تواجه الإنسان والمرأة على وجه الخصوص ما يستوجب الوقوف ومعرفة أهم الأسباب الكامنة وراء هذا الاضطراب وبحث في سبل وكيفية علاج الاكتئاب وهو ما تم عرضه وشرحه في هذا الفصل.



الجانب التطبيقي

الفصل الخامس :

الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية .

تمهيد .

- الدراسة الإستطلاعية .

- أهداف الدراسة الإستطلاعية .

- نتائج الدراسة الإستطلاعية .

- الدراسة الأساسية .

- منهج الدراسة .

- حدود الدراسة .

- عينة الدراسة .

- أدوات الدراسة .

خلاصة .

تمهيد :

الجانب النظري للدراسة الذي يمثل الأساس والمادة العلمية التي تجمع متغيرات الدراسة وتم فيه شرح الجوانب المتعلقة بموضوع دراستنا، ولكي يكتمل البحث العلمي وجب على الباحث استثمار معلوماته النظرية ولتتمكن من استغلالها جيدا لابد من وجود الجانب الميداني الذي يمثل المرحلة الثانية من البحث العلمي والذي بدوره يعطي لدراستنا صيغته العلمية.

وجملة لما تم تناوله جاء هذا الفصل متضمنا الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية ليتم من خلال هذا الأخير توضيح منهج الدراسة المعتمد وعينة الدراسة وحدود الدراسة وأهم الإجراءات المتبعة أثناء تطبيق أدوات الدراسة.

(I)- الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية ملاحظة أولية للميدان الهدف منها هو جمع أكبر قدر من المعلومات للإلمام بجوانب دراسته الميدانية، وتعرف الدراسة الاستطلاعية على أنها عبارة عن ملاحظة أولية تقام في مجتمع الدراسة عن طريق مقابلات نصف موجهة عموما، وتسمح لنا بإعادة صياغة الفرضيات وبناء وسيلة للبحث. (Choucha h, 1985 :15).

تمت الدراسة بالمؤسسة الإستشفائية دكتور بن زرجب بعين تموشنت، وهناك تم إختيار الحالات اللواتي أردن إستشارة الأخصائي النفسي، وقد تم تطبيق عليهن ثلاث مقاييس ألا وهي (مقياس قلق الموت ومقياس الإغتراب النفسي، وأخيرا مقياس بيك للإكتئاب). وذلك بغرض التأكد من صلاحية المقاييس ومعرفة ملائمتهم، ولتحديد مستوى (قلق الموت، الاغتراب النفسي، الاكتئاب) وعليه قمنا بإختيار مجموعة بحثية مكونة من 05 إلى 06 حالات تم من خلالها ملامسة النساء اللواتي يبدو عليهم مظاهر اكتئاب أول (الحزن، الكآبة...)، أما متوسط الوقت الذي تم استغراقه في الإجابة على فقرات المقاييس بلغ 30 دقيقة.

-أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف على الجوانب المختلفة للموضوع.
- تحديد عينة الدراسة واستكشاف ميدان الدراسة الاستطلاعية.
- التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي ربما تواجهنا في تطبيق أدوات الدراسة.

- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- تحديد مكان إجراء الدراسة وهي المؤسسة الاستشفائية للدكتور بن زرجب عين تموشنت.
- إختيار المجموعة البحثية لجمع المعطيات والبيانات منهما.

(II)- الدراسة الأساسية :

تم إجراء دراستنا الأساسية في المؤسسة الاستشفائية للدكتور بن زرجب بعين تموشنت، وذلك لوجود حالات تم اختيارها قصدية تابعة لفرضيات الدراسة وقد اعتمدنا في ذلك على:

1-2 منهج الدراسة :

يختلف منهج الدراسة حسب طبيعة مشكلة الدراسة التي يريد الباحث دراستها، والهدف الذي يريد الباحث الوصول إليه. وفي الدراسة الحالية اعتمدنا على "المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة" كونه يلائم دراستنا، ويساعدنا على دراستها بطريقة علمية.

يعرف المنهج بكونه الطريقة أو الأسلوب الذي يتبعه الباحث في بحثه أو دراسة مشكلته والوصول إلى حلول لها أو إلى بعض النتائج. (العيسوي، 1997: 13).

يعد المنهج الإكلينيكي (العيادي) من أفضل المناهج العلمية أدقها في دراسة الحالات الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها، حيث يقوم الباحث باستخدام أدوات البحث المختلفة للمجال النفسي، التي تمكن من دراسة الحالات دراسة شاملة ومعقدة حتى نتحصل على فهم جيد للعوامل العميقة المؤدية لنشوء الظاهرة. (المليجي، 2001: 69).

فقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج الإكلينيكي الذي يتلائم مع موضوع الدراسة الذي يسمح بالملاحظة إذ يهتم الفاحص بفرد معين وكل ملاحظته تركز على الحالة وهذا ما يسمى "دراسة حالة" حيث تعرف بأنها الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يتحصل عليها. (لويس كامل، 1992: 79).

2-2 حدود الدراسة:

أ- الحدود المكانية: ينتمي مجتمع الدراسة إلى " المؤسسة الاستشفائية للدكتور بن زرجب " بعين تموشنت.

ب- الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من 2024/02/26 إلى غاية 2024/03/14.

ج- الحدود البشرية : تم تحديد مجموعة بحثية مكونة من حالتين "أنثى".

3-2 عينة الدراسة :

يقصد بالعينة أنها: جزء من مجتمع معين يمثل في خصائصه ذلك المجتمع اختصارا للوقت والجهد والمال. (أبو علام، 2011: 63).

وقد اختيرت العينة بالطريقة القصدية، ذلك لغرض ما إذا كانت هناك أمهات مكتئبات تعانين من قلق الموت والاعتراب النفسي من بين العينة وكذا معرفة درجة كل مقياس.

تتكون عينة الدراسة من حالتين (02) أمهات المكتئبات تم توجيههم من طرف طبيب الأمراض العقلية ووحدة الاضطرابات النفسية، وقد تم اختيارهن بطريقة قصدية، إذ قمنا باختيار اللواتي تتوفر فيهن شروط مجموعة الدراسة، وكان ذلك من خلال حالات قدمتها لنا الأخصائية النفسانية المتواجدة في المستشفى وفيها مجموعة من أمهات يعانين من الاكتئاب ثم طلبن منهن الموافقة على المشاركة في مجموعة بحثنا

بعد أن شرحنا لهن موضوع دراستنا، مع عدم ذكر أسمائهن في المذكرة، وقد اعتمدنا على هذه الطريقة لاختيار مجموعة البحث نظراً لصعوبة اختيارها بطريقة أخرى.

1-3-2 خصائص عينة الدراسة :

جدول رقم (01) يوضح خصائص أفراد العينة.

السوابق المرضية	عدد الأولاد	المستوى التعليمي	الحالة المدنية	السن	الخصائص الحالات
ضغط الدم والسكري	04	الرابعة ابتدائي	متزوجة	40 سنة	الحالة (م)
عملية على مستوى الظهر	03	محو الامية	متزوجة	47 سنة	الحالة (ف)

2-4 أدوات الدراسة: تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات:

1-4-2 الملاحظة العيادية: لقد إستعنا بهذه الأداة فيما يخدم متطلبات دراستنا، وكان ذلك في ملاحظة سلوك الحالات أثناء كلامهم وسردهم للأحداث وكل ما مر به وتعرف على أنها ملاحظة الوضع الذي يكون عليه موضوع الدراسة في مختلف المواقف والسلوكيات والوضعيات. (زهرا، 2004: 73).

2-4-2 المقابلة العيادية: تعتبر المقابلة العيادية من الأدوات الرئيسية لجمع المعلومات والبيانات لدراسة مشكلات الأفراد والجماعات الإنسانية. كما أنها تعد من أكثر الوسائل جمع المعلومات شيوعاً وفعالية في الحصول على البيانات الضرورية لكل بحث. (بوقفة، 2022: 49).

ومن جهتنا فقد تم الاستعانة في دراستنا هذا النوع من المقابلات:

-المقابلة الموجهة: وهي التي تكون أسئلتها وتسلسل طرح هذه الأسئلة محدد مسبقاً من قبل الباحث، وبالتالي فإن الأسئلة نفسها تطرح في كل مقابلة وفي الغالب بحسب التسلسل نفسه، حيث يكون لذا الباحث قائمة من الأسئلة أو الموضوعات التي ستتم مناقشتها، ويحاول الباحث ويحاول الباحث غالباً التقيد بهذه الأسئلة. (عبيدات، 1999: 57)

-المقابلة الغير موجهة: في هذا النوع يكون سيران المقابلة غير محدد بأسئلة موضوعية مسبقاً إذ يطرح الباحث سؤال عاماً حول فكرة البحث أو الظاهرة من خلال إجابة المبحوث من تسلسل في طرح الأسئلة، يستخدم هذا النوع من المقابلات في حالة عدم وجود معلومات أو بيانات واضحة عن طبيعة المشكل وبالتالي تكون عملية المقابلة الاستطلاعية لأن الباحث يكون غير ملم بأسباب الظاهرة وعواملها وبالتالي لا يكون لديه خلفية كاملة حولها. (عبيدات، 1999: 56)

-المقابلة نصف موجهة: تعرف المقابلة العيادية نصف موجهة على أنها مقابلة ذات الإجابات المفتوحة والمغلقة إذ تتمثل في طرح الأسئلة معينة ودقيقة متنوعة بتسلسل متفق عليه يكون فيه المفحوص حر في الإجابة ولكن يبقى دائماً مقيد بمضمون إطار السؤال المطروح عليه. (بوختاش، 2016: 45).

3-4-2 الاختبارات النفسية:

➤ مقياس قلق الموت:

قام بترجمته "عبد الخالق" سنة (1987): هو عبارة عن استبيان يحتوي على قائمة من الأسئلة تسمح بجمع بيانات خاصة بقلق الموت، وضع هذا المقياس من طرف الأمريكي "دونالد تمبلر Donal Tembler" وتم ترجمته إلى عدة لغات منها اللغة العربية والإسبانية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة الأعمار من 16 إلى 85 سنة، ومن ثقافات مختلفة. كما بحث ارتباطه بعدد كبير من المتغيرات. ويعد واحدا من أكثر المقاييس انتشارا في البحوث التي أجريت في علم دراسة الموت والاحتضار. وأكدت الأدلة العديدة ثباته وصدقه. كما أن البيانات المعيارية متاحة له أكثر من أي مقياس آخر. تم عرض وتطبيق هذا الاختبار لأول مرة سنة 1970. (عبد الخالق، 1987: 68) الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت:

احتوى الاختبار بداية على 40 بنداً، تم اختيارها على أساس منطقي. كانت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة بقلق الموت، وهي عملية الاحتضار والموت بوصفه حقيقة مطلقة. ثم مر المقياس بمراحل متتابعة حتى وصل إلى 15 بنداً. ليصل إلى صورته النهائية، يحتوي المقياس على 09 بنود تصحح ب: "نعم". و06 بنود تصحح ب: "لا". واتضح بأن وجهة الاستجابة للموافقة تستوعب قدراً قليلاً من التباين في هذا المقياس وقيست هذه الواجهة بمقياس "كوش كيستون" الذي يعتبر أفضل مقياس مختصر، حيث يتكون من 15 بنداً لوجهة الاستجابة بالموافقة. وقد أوضحت دراسة "تمبلر" عدم وجود ارتباط جوهري بينهما وبين مقياس وجهة الاستجابة المتعلقة بالجاذبية الاجتماعية كما تقاس بمقياس "مالو كراون". (قواجلية، 2013: 63).

صدق مقياس قلق الموت:

قام "تمبلر" بتقدير صدق مقياسه مستخدماً عدة طرق منها مقارنة درجات المرضى في مجال "السيكياتري" (الطب النفسي) ممن قرروا أن لديهم قلق عالياً من الموت، بدرجات عينة ضابطة من المرضى "السيكياتريين" الذين قرروا أنه لا يوجد لديهم قلق الموت. وقد استخرجت فروق جوهريّة بين درجات الفريقين مما يشير إلى صدق المقياس. بالإضافة إلى الارتباط الجوهري المرتفع بين مقياس "تمبلر" ومقياس "بويار" للخوف من الموت، وكذا الارتباط الجوهري الموجب لكل من مقياس "تيلور" للقلق الصريح ومقياس "ولش" للقلق، أما الباحث "عبد الخالق" (1987) استخدم مقياس قلق الموت وكان صادق عربياً وعالمياً حيث استخرج له الصدق العملي في البيئة العربية في مصر في دراسة عبد الخالق (1986, Abdel-Khalek)، وكذلك استخرج الصدق العملي على طلبة الجامعات البريطانية في دراسة (Maltby, 1999) حيث كان تشعب جميع الفقرات على أبعادها الثلاثة أكثر من (0,40). (عبد الخالق، 1987: 64-65).

ثبات مقياس قلق الموت:

ترجم "أحمد محمد عبد الخالق" (1987) مقياس قلق الموت إلى اللغة العربية، وطبقه باللغة العربية والإنجليزية معاً مع عينة من طلاب مصريين بقسم اللغة الإنجليزية. بحيث وصل معامل الارتباط بين الصورتين العربية والإنجليزية إلى 0,87 بالنسبة للذكور والإناث (ن=43) وهذا حسب ثبات إعادة الاختبار بالصورة العربية. وكان الفاصل الزمني بين الاختبار وإعادته أسبوعاً واحداً. في حين وصل معامل الارتباط بين الصورتين إلى 0,70 بالنسبة للذكور (ن=44) و0,7 بالنسبة للإناث (ن=56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة. (قواجلية، 2013: 63).

طريقة تطبيق وتصحيح مقياس قلق الموت:

يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردياً أو جماعياً، تحتوي كراسة المقياس على: اسم المفحوصة (الرمز) والسن والتعليمة التي توضح طريقة الإجابة وتتمثل في:
- إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص).

- إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).
تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، ويطلب من المفحوص قراءة التعليمات لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموما لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس على 15 بندا، 09 منها تصحح ب: "نعم". و06 تصحح ب: "لا".
ويكون التقييط بإعطاء:

- نقطة (01) للبنود التي تصحح ب (ص) وأجاب عليها المفحوص بصحيح.
 - نقطة (01) للبنود التي تصحح ب (خ) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
 - صفر (0) للبنود التي تصحح (ص) وأجاب عليها المفحوص بخطأ.
 - صفر (0) للبنود التي تصحح (خ) وأجاب عليها المفحوص بصحيح. (قواجلية، 2013: 67)
- جدول رقم (02) يوضح سلم مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر.**

14	13	12	11	10	9	8	4	1	البنود التي تصحح ب: ص
/	/	/	15	7	6	5	3	2	البنود التي تصحح ب: خ

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها، أما درجة (15) فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها.

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

- الدرجة التي تتراوح ما بين (0-6) تشير إلى عدم وجود قلق الموت.
 - الدرجة التي تتراوح ما بين (7-8) تشير إلى وجود قلق موت متوسط.
 - الدرجة التي تتراوح ما بين (9-15) تشير إلى قلق موت مرتفع. (قواجلية، 2013: 76).
- مقياس الاغتراب النفسي:

تم إعداد المقياس من طرف الدكتوراه "رغداء نعيسة" (2012) وذلك خلال دراستها الميدانية على عينة من طلبة جامعة دمشق، وقد حددت الباحثة "رغداء نعيسة" في ضوء هذه المقاييس سبعة أبعاد ليتألف منها مقياس الاغتراب النفسي، وقد تم صياغة عشرة عبارات لكل بعد من الأبعاد السبعة.

أبعاد مقياس الاغتراب النفسي: يحتوي الاغتراب النفسي على سبعة أبعاد المتمثلة في العبارات والبنود الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (3) يبين توزيع عبارات أبعاد مقياس الاغتراب النفسي.

العبارات	أبعاد مقياس الاغتراب النفسي
10-9-8-7-6-5-4-3-2-1	البعد الأول: (فقدان الشعور بالانتماء)
20-19-18-17-16-15-14-13-12-11	البعد الثاني: (عدم الالتزام بالمعايير)
30-29-28-27-26-25-24-23-22-21	البعد الثالث: (العجز)
40-39-38-37-36-35-34-33-32-31	البعد الرابع: (عدم الإحساس بالقيمة)
50-49-48-47-46-45-44-43-42-41	البعد الخامس: (فقدان الهدف)
60-59-58-57-56-55-54-53-52-51	البعد السادس: (فقدان المعنى)
70-69-68-67-66-65-64-63-62-61	البعد السابع: (مركزية الذات)

الخصائص السيكومترية لمقياس الاغتراب النفسي:

صدق المقياس الاغتراب النفسي:

استخدمت الباحثة " رغداء نعيمة" (2012) طريقة الصدق الظاهري لقياس صدقه والتأكد من صلاحيته لقياس الاغتراب:

الصدق الظاهري: بهدف التحقق من صلاحية عبارات مقياس الاغتراب النفسي تم عرض المقياس على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية بكلية التربية في جامعة دمشق، لبيان رأيهم في صحة كل عبارة، ودرجة ملائمتها للمجال الذي تنتمي إليه، بالإضافة إلى ذكر ما يرونه مناسباً من إضافات أو تعديلات، وبناء على الآراء والملاحظات لم يتم استبعاد أي عبارة من المقياس، ولكن تم تعديل بعضها من حيث الأسلوب والصياغة، ومن ثم بلغ المجموع النهائي لعبارات هذه المقياس بصورته النهائية (70) عبارة تم توزيعها بصورة عشوائية على أبعاده.

ثبات مقياس الاغتراب النفسي: اعتمدت الباحثة "رغداء نعيمة" (2012) في حساب ثبات المقياس على الطرق التالية :

إعادة تطبيق المقياس: تم حساب معامل الثبات عن طريق تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه على العينة نفسها بعد أسبوعين، وقد أظهرت النتائج تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات بلغت (0.85).

التجزئة النصفية: وفي هذه الطريقة تم تقسيم بنود المقياس إلى نصفين متساويين، ضم النصف الأول البنود الفردية في المقياس، في حين ضم النصف الثاني البنود الزوجية، حيث تكون كل جزء من (35) عبارة وتم حساب معامل الترابط سبيرمان براون وغوتمان بين الجزأين، وجاءت النتائج معامل الترابط سبيرمان براون (0.846)، ونتيجة غوتمان (0.852)، وجميعها دال عند مستوى الدلالة (0.01).

طريقة تصحيح مقياس الاغتراب النفسي:

تتم الإجابة على عبارات المقياس بوحدة من الإجابات الخمسة التالية: (موافق بشدة، موافق، أحياناً، غير موافق، غير موافق بشدة). فالعبارات إيجابية الصيغة تُعطى درجاتها وبالترتيب السابق على النحو التالي: (1-2-3-4-5)، أما العبارات سلبية الصيغة تُعطى درجاتها وبالترتيب السابق على النحو التالي: (5-4-3-2-1). وانطلاقاً من ذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها الطالب على هذا المقياس بالنسبة لكامل عبارات المقياس هي (350) درجة، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها الطالب هي (70) درجة، والدرجة المتوسطة للمقياس هي (210) درجة ليتم الحكم نسبياً عن انتشار ظاهرة الاغتراب.

الجدول رقم (04) يوضح درجات بدائل الاغتراب النفسي بالتفصيل.

البدائل	موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة
البنود الموجبة:	1	2	3	4	5
البنود السالبة:	5	4	3	2	1

ثم يتم حساب مجموع درجات كل فرد من أفراد عينة الدراسة على كل بنود المقياس، بحيث تجمع درجات البنود. وبعد الحصول على درجات الفرد على جمع بنود المقياس يتم جمع الدرجات لنحصل على الدرجة الكلية، وبالتالي فإن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد في هذا مقياس (70)، والدرجة المتوسطة للمقياس هي (210)، وأعلى درجة هي (350). (رغداء نعيسة، 2012: 138-139)

➤ مقياس "بيك للاكتئاب" Beck "Depression":

تم استخدام مقياس "بيك للاكتئاب" المترجم من قبل "عبد الستار إبراهيم" سنة (1990) حيث يزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب.

يتكون المقياس من (21) سؤال لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها والتي تمثل أعراضاً للاكتئاب تتضمن الجوانب التالية: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، تلقي العقاب، كره الذات، اتهام الذات، أفكار انتحارية، البكاء، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، عدم الجسم واتخاذ القرارات، تغير صورة الجسم، صعوبة العمل، النوم، سرعة التعب، الشهية للطعام، فقدان الوزن، الانشغال بالصحة، النشاط الجنسي، وتستخدم الأرقام من (0-3) لتوضيح مدى شدة الأعراض. (عبد الستار، 1990: 69-70)

يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (15) سنة فأكثر.

يختار المفحوص أحد البدائل الأنسب لوضعه الحالي بوضع دائرة حوله.

وصف مقياس الاكتئاب:

ينقسم المقياس إلى عدد من المحاور (21) تحتوي على مجموعة من الأسئلة:

يحتوي المقياس أولاً محور البيانات الشخصية حول المبحوث وذلك حول (الجنس، السن، الشعبة العلمية) ويطلب منه الإجابة على مجموعات المقياس الإحدى والعشرون (21) بحيث تمثل كل مجموعة أعراض الاكتئاب وعلى المبحوثين قراءة كل عبارة ووضع دائرة على العبارة التي تنطبق على مشاعره أو حالته.

درجات مقياس الاكتئاب:

استخدم الباحث "عبد الستار إبراهيم" (1990) درجات ابتداءً من (0-3) لتوضيح مدى شدة الأعراض حيث يطلب من المفحوص أن يقرأ كل المجموعات في هذا المقياس ثم يختار عبارة تناسبه أو تصف حالته في الأسبوع الأخير بما فيه يوم تطبيق المقياس عليه.

تعليمية مقياس الاكتئاب:

تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة وهي وضع دائرة أمام الإجابة التي تنطبق على المفحوص. ولا يحتاج هذا المقياس إلى مجهود كبير من الفاحص فما عليه إلا الإشارة إلى المفحوص بقراءة التعليمات الواردة في كراسة الأسئلة، ومن حيث الوقت فليس هناك وقت محدد للإجابة

على الأسئلة ولكن كتوسط ما يستغرقه المفحوص في الإجابة ما بين (5-7) دقائق قد تقل وقد تزيد من ذلك قليلاً. (الزهراني، 1992: 52-55).

الخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب:

صدق مقياس الاكتئاب: اعتمد الباحث " عبد الستار إبراهيم " (1990) في حساب الصدق على طريقة صدق المقارنة الطرفية للتأكد من صدق المقياس والجدول (05) يوضح نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب.

الجدول رقم (05) بيانات صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القيمة الإحصائية	الأساليب السمة
دالة عند 0,01	20	1,73	2.98	11.64	العليا %27	الإكتئاب
			2,94	9,45	الدنيا %27	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن: بعد تطبيق اختبار (ت) لدلالة الفروق وجد أن قيمة (ت) المحسوبة (12,07) عند مستوى الدلالة (0,01) ودرجة الحرية (20) ومنه نقول إن الأداة صادقة.

ثبات مقياس الاكتئاب: وقد استخدم الباحث " عبد الستار إبراهيم " (1990) نوعين من طرق حساب الثبات وفيما يلي وصف لها:

- **التجزئة النصفية:** تم استخدام طريقة التجزئة النصفية لحساب الثبات وذلك بعد تصحيح وإعطاء الدرجات ومن ثم تقسيم بنود الأداة إلى فردية وزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين نتائج الأفراد في النصفين. وكانت النتائج المتحصل عليها من خلال استخدام نظام (SPSS) 19، في المعالجة الإحصائية "ر" قبل التعديل (0,82) وبعد التعديل التي قدرت ب(0,90) ومنه فالأداة على قدر من الثبات يجوز تطبيقها على عينة الدراسة.

- **طريقة ألفا كرو نباخ:** تم استخدام طريقة ألفا كرو نباخ، وذلك لإيجاد معامل ثبات أداة الدراسة، حيث تحصلت الباحثة " عبد الستار إبراهيم " (1990) على قيمة معامل ألفا كرو نباخ (0,78) ويتضح من الدرجة المتحصل عليها معامل الثبات (0,78) أن الأداة على قدر من الثبات ويمكن تطبيقها على عينة الدراسة.

طريقة تصحيح مقياس الاكتئاب: تجمع الدوائر التي وضعت أمام كل عبارة وما تحثل عليه من مجموع هذه الدوائر يعتبر الدرجة التي حصل عليها المفحوص في هذا المقياس وبناء على هذا الدرجة يصنف المفحوص ضمن الفئات التالية :

الجدول رقم (06) يمثل مستوى الاكتتاب حسب درجته.

نوع الاكتتاب	الدرجة
لا يوجد اكتتاب	9-0
اكتتاب بسيط	15-10
اكتتاب متوسط	23-16
اكتتاب شديد	36-24

المصدر: (نعامي، 2022: 49-51).

خلاصة الفصل:

لقد تم تقديم في هذا الفصل المنهج المتبع في الدراسة، وطريقة القيام بالجانب التطبيقي من خلال الشرح والتفصيل في كل خطوات البحث وتفسير اختيار التوجه إلى الدراسة الأساسية، كما تطرقنا إلى حدود البحث المكانية والزمانية والبشرية، والفصل في الأدوات المستعملة في هذا البحث وتعليل وتبرير اختيارها، بالإضافة إلى عرض كيفية تطبيق وتصحيح المقاييس النفسية المستخدمة، وذلك بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل والمناقشة.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.

- دراسة الحالة الأولى.
- تقديم الحالة الأولى.
- ملخص المقابلات مع الحالة الأولى.
- تحليل محتوى المقابلات مع الحالة الأولى.
- التحليل العام للمقابلات للحالة الأولى.
- عرض وتحليل نتائج مقياس الاكتئاب مع الحالة الأولى.
- عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت مع الحالة الأولى.
- عرض وتحليل نتائج مقياس الاغتراب النفسي مع الحالة الأولى.
- تقديم الحالة الثانية.
- ملخص المقابلات مع الحالة الثانية.
- تحليل محتوى المقابلات مع الحالة الثانية.
- التحليل العام للمقابلات للحالة الثانية.
- عرض وتحليل نتائج مقياس الاكتئاب مع الحالة الثانية.
- عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت مع الحالة الثانية.
- عرض وتحليل نتائج مقياس الاغتراب النفسي مع الحالة الثانية.
- مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.

خلاصة.

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض الحالات المدروسة، وذلك بتقديم الحالات وعرض ملخص المقابلات للحالات كل على حدى، كما سنقوم بتحليل ملخص هذه المقابلات العيادية، ثم نقدم التحليل العام لكل حالة ونوضح فيه نتائج المقابلة والملاحظة، كما سنقوم بعرض نتائج المقاييس، بالإضافة إلى تحليلها. في الأخير نختم الفصل بتقديم مناقشة وتحليل نتائج الدراسة ككل على ضوء الفرضيات .

1. عرض نتائج دراسة الحالة الأولى:

1-1 تقديم الحالة الأولى:

تم تقديم الحالة "م ف" وتم إجراء أول مقابلة في قاعة الانتظار في جو ملائم ومريح يسوده الثقة، وبدا على الحالة الرغبة في مشاركتها العمل هذا ما يساعدنا على كسب المعلومات والبيانات المتعلقة بها.

أ- معلومات أولية عن الحالة :

الاسم: م ف. السن : 47 سنة. الحالة الاقتصادية: متوسطة.
 الحالة المدنية : متزوجة . عدد الأولاد : 03 . المستوى التعليمي : محو الأمية.
 المهنة : لا تعمل. سوابق مرضية : عملية على مستوى الظهر.

ب- فحص الهيئة العقلية :

▪ الهيئة الخارجية :

البنية المورفولوجية: قصيرة القامة، عرجاء.

اللباس: مرتبة.

ملامح الوجه: وجهها كان شاحب صفراء.

المزاج والعاطفة: متعبة جدا نفسيا.

▪ القدرات العقلية :

الذاكرة: ذاكرتها قوية.

الاستعدادات: تستطيع مواجهة المشاكل.

الانتباه: قليلة الانتباه.

الفهم: متوسطة.

الحكم: تحكم على الأمور تارة بإيجابية وتارة بسلبية.

الاستبصار: مستبصرة بحالتها.

محتوى التفكير: منصب كلياً حول أولادها.

ت- جدول المقابلات :

الجدول رقم (07) يبين جدول المقابلات العيادية مع الحالة الأولى

الهدف من المقابلة	مدة المقابلة	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة	
التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وبناء علاقة مع الحالة.	60 د	قاعة الانتظار	2024/03/06	01
التعرف على التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة وترك المجال مفتوح للحالة من أجل الحديث.	45 د	قاعة الانتظار	2024/03/07	02
تم فيها جمع معلومات حول المشاكل والضغوطات التي واجهتها الحالة.	60 د	قاعة الانتظار	2024/03/11	03
استمرار في جمع المعلومات من خلال ملاحظة وتصريحات الحالة وتطبيق مقياس الاكتئاب.	40 د	قاعة الانتظار	2024/03/12	04
تطبيق مقياس قلق الموت والاغتراب النفسي.	30 د	قاعة الانتظار	2024/03/13	05

- يوضح لنا الجدول تواريخ إجراء المقابلات مع الحالة الأولى، التي تمثلت في خمس مقابلات، وأجريت في قاعة الانتظار وكل مقابلة كان لديها هدف معين.

➤ التاريخ النفسي:

الحالة " م ف " أنثى تبلغ من العمر 47 سنة متزوجة وأم لثلاثة أولاد (ابن، بنتين) تعيش في بلدية المالح بولاية عين تموشنت ومستواها التعليمي محو الامية والمهنة لا تعمل، حالتها الاقتصادية متوسطة وأما السوابق المرضية آلام في الظهر ومن خلال المقابلات بدى على ملامح الحالة الحزن والتعب والإرهاق، كما أنها تفضل أن تبقى لوحدها طوال الوقت.

➤ التاريخ الاجتماعي:

فقد كانت تعيش الحالة جو أسري ومستقر مع عائلتها، إلا بعد المشكل الذي طرأ داخل الأسرة وإهمال الزوج لهم جعلها تشعر بنوع من عدم المساندة والوحدة، فالحالة محبوبة لدى الجميع ولها علاقة جيدة مع اقاربها وجيرانها إلا ان علاقتها مع أهل زوجها شبه منعدمة ومتوترة.

2-1 ملخص المقابلات مع الحالة الأولى:

السيدة " م ف " تبلغ من العمر 47 سنة مقيمة ببلدية المالح بولاية عين تموشنت، متزوجة وأم لثلاث أولاد مأكثة في البيت وزوجها مهندس معماري، مستواهم الاقتصادي متوسط، وتعاني الحالة من آلام في ظهرها وتعيش في بيت زوجها وعلاقتهم مستقرة ولم يعانون من أي مشاكل فمرت فترة على الحالة كانت تعاني من ظهرها وتتألم كثيرا فذهبت للطبيب فكان من الضروري على أنها تقوم بعملية جراحية على ظهرها، ففوجئت كثيرا بعد عمليتها حيث أن الزوج أهملها كثيرا ولم يكثرث لأمرها ولمرضها أهملها هي وأهمل أولاده في الوقت الذي كان يلزم أن يقدم الدعم والمساندة لزوجته وأولاده، كما توضح من

الحالة بعد العملية أنها كانت تواجه توترا كبيرا في العلاقة الزوجية، حيث ان زوجها قد أصبح لا يشاركها نفس القدر من المسؤوليات الأسرية مما يجعلها تتحمل العبء بشكل كبير، وهذا ما جعل الحالة تشعر بأنها وحيدة ومهمشة وكون لديها نظرة سلبية اتجاه نفسها وانفصالها عن ذاتها أيضا وكثرة التفكير المفرط عن أولادها ومستقبلهم هذا ما كون لها خوف من الموت بدرجة كبيرة.

➤ شبكة الملاحظة للحالة الأولى:

جدول رقم (08) يوضح شبكة الملاحظة للحالة الأولى.

المحاور	الجانب المراد ملاحظته	الملاحظة
المظهر العام	- الهيئة - السلوك العام - التعاون والتفاعل - وضعية الجلوس - الطول - الوزن	- منتظمة. - طبيعي. - ابداء استعداد للتعاون. - عادية. - قصيرة. - متوسط.
الجانب اللغوي والكلام	- الكلام - النطق - نبرة الصوت - لغة الجسد - الإيماءات	- غير متسلسل وقليل. - غير مفهوم وناقص. - منخفضة جدا وحزينة. - معبرة تستخدمها في التواصل. - معبرة وتتناسب مع الأجوبة.
الجانب الانفعالي	- الحزن - سرعة الغضب - الخوف - القلق - الابتسامه	- شديد. - لا يوجد. - شديد. - مرتفع. - قليلة.
التوظيف المعرفي	- الانتباه - التفكير - عملية الذاكرة - قدرة اتخاذ القرارات	- قليلة الانتباه. - مستوى جيد في التفكير. - تذكر مستمر للأحداث. - تردد في اتخاذ القرارات.
الجانب الاجتماعي	- العلاقات الاجتماعية - الدعم الاجتماعي - التفاعل الاجتماعي - الاندماج الاجتماعي	- منعزلة إجتماعيا وتفضل الوحدة. - غياب الدعم والمساندة. - انخفاض التواصل وصعوبة التعبير. - فقدان الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية.

3-1 تحليل محتوى المقابلات مع الحالة الأولى :

من خلال المقابلات مع الحالة " ف م " أول شيء لاحظناه على الحالة كانت ظاهرة عليها ملامح التعب والحزن والإرهاق حتى في الكلام كانت تتكلم بصوت منخفض جدا ومرهق.

كما بدى على الحالة نوع من العياء والحزن، فمن خلال النظر في عينيها ترى بأن الحالة لديها الكثير ما تقوله، وصرحت الحالة انها تعيش ظروف صعبة، والموضوع الذي شغل بالها أكثر هو إهمال زوجها لها على حسب قولها ما حوست من عنده والو من غير أنه يوقف معايا ويكون في كتافي مانيش نحكي على الجانب المادي لانه كان موفرلي كلش مكونتش محتاجة دراهم، كنت محتاجة هو يوقف معايا. وكما ظهر أن عملية الحالة كانت ناجحة ولم تعاني من أي مشكل صحي آخر لكن أصبحت محطمة نفسيا ولديها مزاج متقلب، كما أصبحت تعاني من اضطرابات في الأكل وهذا أثر على وزنها كما أنها في الآونة الأخيرة أصبحت قليلة النوم لأنها تخاف من الكوابيس التي تراها خلال نومها، كما صرحت أيضا بقيت نخم كيفاه أنا كنت امرأة عايشة هاتية ماعندي والو حتى وليت نعاني نفسيا كأنه عندي عقدة كلشي مخلط عليا وموليتش متهلها في روعي ووليت نبلع على روعي شومبرا، مانحوس حتى على واحد أولادي وأهملتهم وليت غي نخم قتلني التخمام وحسيت الدنيا ضياقت عليا موليتش ناكل بزاف فُقدت الشهية والوزن تاعي نقص بزاف وأصبحت اشعر بتغيرات في مظهري كما أنني أصبحت أقل حيوية، وليت نضغظ على روعي بزاف مانيش راضية على روعي. وهنا قد تكون الحالة تشعر بالانفصال الاجتماعي وعدم وجود شبكة دعم قوية تساعدها على التعامل مع الضغوطات وهذا كان يزيد من شعورها بالعزلة والوحدة والحزن، كذلك أثناء حديثها توقفت لبرهة من الوقت وقالت أشعر بضيق في صدري حتى أنني أصبحت أتفلس بصعوبة خصوصا في هذه 3 أشهر الأخيرة، وذلك لأنه حدثت في بيتي مشكلة وقد أمتنتي كثيرا، لكنها لم تصرح بالمشكلة مباشرة... وقالت المشكلة بين أولادي فبدأ يبدو عليها الفلق وتشبك أصابعها وجعلناها بصعوبة تتحدث عن المشكلة التي كانت بين ابنها الكبير وابنتها، بحيث أن الأخ وجد أخته تتحدث مع شاب في الهاتف بحجة الدراسة وفي قول الحالة أن الحجة كانت صحيحة بحيث أن الأخت أعطت الهاتف لأخيها من أجل التأكد لإزالة الشكوك عنها والأم حاولت أن توضح الأمور فيما بينهم فصرخ الشب في وجه أمه قائلا: أنت تبغي تفرقي بين أولادك جيتي في صفها وماشي في صفي راكي باغيا تحليلها عينيها ومين هكا أنسي بلي عندك ولد. بالإشارة بيده هذا ما زاد حرقه في قلب الأم كما أنها أكدت على الإشارة التي قام بها بيده أكثر من مرة وهذا دليل على أنه أحزنها كثيرا، حيث قالت الحالة منقدرش نأمن في ولدي فالمستقبل وباش نلقاه في كتافي لقيتو زايدني الهم والغبينة، مما أدى لاشعوريا لإستعمال آلية التكوين العكسي والتي ظهرت في قولها ولدي نعاملو بصح لي راه في قلبي خليه على ربي. وأكدت أيضا الحالة في كلامها أنها فقدت الاهتمام بالأنشطة التي كانت تستمتع بها سابقا وانسحبت من العلاقات الاجتماعية وأصبحت تشعر بالعجز وعدم القدرة على موازنة متطلبات عملها مع حياتها الأسرية.

وقالت الحالة وليت نتقلق بزاف على صحتي نخاف تصرالي حاجة ونموت ونخلي ولادي كيفاه غادي يتعاملوا مع بعضهم البعض وكيفاش غادي نأمنهم على بعضهم، لمن نخليهم نخاف نموت ونخلي كتافهم باردين وراني خايفة من اللي جايبهم plus tard ومنكونش معاهم، كما ظهر على الحالة أنها في هذه الآونة هي في قلق مستمر خصوصا أثناء حديثها على الموت وأصبحت شاحبة الوجه وقالت: مرات أتساءل لماذا يحدث هذا معي؟ ولماذا انا؟ أدعو الله أن يهديني إلى الطريق الصحيح ولا حول ولا قوة إلا بالله، وفي آخر المقابلة قمنا بتطبيق مقياس الاكتئاب.

أما المقابلة الخامسة والأخيرة فقد خصصت لتطبيق مقياس قلق الموت والاعتراب النفسي، وبحكم انها لا تعرف القراءة قمنا بمساعدتها لقراءة البنود وملأ المقاييس، وكانت تستغرق وقتا طويلا من أجل الإجابة.

4-1 التحليل العام للمقابلات للحالة الأولى:

من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية ظهر على الحالة من خلال تصريحاتها وإيماءاتها مظاهر الحزن والضغوطات التي تواجهها داخل اسرتها وهذا الأمر سبب لها الكثير من التوتر والضيق والألم والانزعاج، وظهر ذلك جليا من خلال المشكل الذي طرأ بين أولادها بالخصوص تصرف ابنها وهذا ما جعلها تفقد السيطرة على أوضاع بيتها بحكم أن الزوج مهمل كل هذا أدى بها إلى الغلق على نفسها والعيش داخل دوامة من التفكير مع فقدان الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية من الزوج وأفراد عائلتها وكانت تراود الحالة على حسب قولها أفكار سلبية فتعكس في أحلامها وتتجسد على شكل كوابيس، وكانت معظم تخوفاتها متعلقة بأولادها، وكانت الحالة تشعر بضعف القدرة على اتخاذ القرارات وإبداء الرأي داخل بيتها، كما وضحت أيضا بأنها أصبحت قليلة الحركة وذلك بسبب أنها أصبحت عرجاء نتيجة عملية الظهر التي قامت بها، وهذا عامل آخر يمكن أن يكون من بين العوامل التي زادت من معاناة الحالة بالرغم أنها لم تتحدث عنها كثيرا، كما انعدمت الفرص الإبداعية لديها وأصبحت حياتها مملّة، وأصبحت قليلة الكلام أيضا، وتجد صعوبة في الحديث حتى في الإجابة على الأسئلة التي تم طرحها عليها وذلك نتيجة إرهاقها من الحياة وما واجهته من معاناة نفسية واتضح ذلك من خلال بكاءها أثناء حديثها، فعلى ضوء التحليل النفسي "فالمعاناة هي حالة عقلية يشعر بها كل فرد يعاني ألما، أو عذابا أو ألما جسديا أو عقليا لفترة طويلة نسبيا، ويمكن تقديره بمعايير موضوعية تأخذ بعين الاعتبار حالة الصحة والفيزيولوجيا والسلوك." (كركوش، أكتوف، دس: 35)، وكانت الحالة متحسرة بخصوص مستقبل أولادها وتلك هي النقطة السوداء في حياة الحالة كما أكدت نفورها عن ذاتها وعدم الرضا على حياتها.

5-1 عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الأولى:

الجدول رقم (09) يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة الأولى.

التنقيط	العبارات	الأعراض
3	إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.	(1) الحزن
0	لست متشائما بالنسبة للمستقبل.	(2) التشاؤم
0	لا أشعر بأني فاشل.	(3) الإحساس بالفشل
1	لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.	(4) فقدان الاستمتاع
1	أشعر بأني قد أكون مذنبا.	(5) مشاعر الذنب
1	أشعر بأني قد أتعرض للعقاب.	(6) مشاعر العقاب
0	لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.	(7) عدم حب الذات
0	لا أشعر بأني أسوأ من الآخرين.	(8) إدانة الذات
3	أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.	(9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية
1	أبكي الآن أكثر من ذي قبل.	(10) البكاء
1	أضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.	(11) التهيج والاستثارة

3	لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.	(12) فقد الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي
2	أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.	(13) التردد في اتخاذ القرارات
2	أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.	(14) انعدام القيمة
2	إن عليا أن أضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.	(15) فقدان الطاقة على العمل
1	لا أنام كالمعتاد.	(16) تغيرات في نمط النوم
3	إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.	(17) التعب والقابلية للإرهاق
1	إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.	(18) فقدان الشهية
2	فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.	(19) تناقص في الوزن
3	إنني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.	(20) الانشغال على الصحة
1	إنني أقل اهتماما بالجنس عن المعتاد.	(21) فقدان الاهتمام بالجنس
31	المجموع	

- بعد تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة " ف م " لقياس درجة حدته، اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 31 درجة، فهي تعتبر مرتفعة حيث تنحدر بين الدرجة (24-36) وهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، وتدل على وجود اكتئاب شديد على الحالة " ف م "، وظهر ذلك في البنود 1-9-12-17-20 وهذا ما أكد لنا شعور الحالة بالحزن والوحدة، وبالتالي أكدت لنا نتيجة المقياس على ما لاحظناه واستنتجناه في المقابلات، حيث بدى لنا أن ملامح التعب والإرهاق بادية على وجهها وكما أنها منهارة ومحطمة نفسيا، بالإضافة إلى الشعور باللاقيمة والفشل في الحياة.

6-1 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى :

جدول رقم (10) يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الأولى.

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيرا من الموت.	X	
2	نادرا تخطر لي فكرة الموت.	X	
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		X
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.		X
5	لا أخاف إطلاقا من الموت.		X
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.		X
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		X
8	أتضيق كثيرا من مرور الوقت.	X	
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما.	X	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي.	X	

11	X	أخشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية.
12	X	كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا.
13	X	أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.
14	X	يزعجني منظر جسد ميت.

- بعد تطبيق اختبار قلق الموت على الحالة " م ف " لقياس درجة حدته اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 9 درجة وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة (9-15) وهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، والتي تدل على وجود قلق موت جد مرتفع على الحالة " م ف " وبالتالي أكدت لنا نتيجة الاختبار على ما لاحظناه واستنتجناه في المقابلات، حيث أظهرت لنا البنود المتمثلة في الجدول، البنود رقم 1-9، بينت بأن الحالة تعاني من خوف شديد من الموت وتخشاها وظهر ذلك من خلال تصريحاتها وتوترها وتأثرها وانفعالاتها الواضحة على ملامحها.

7-1 عرض وتحليل نتائج الاغتراب النفسي للحالة الاولى:

جدول رقم (11) يوضح نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الأولى.

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أشعر بالوحدة عندما أكون بين أسرتي.		X			
2	أشعر أنني منعزل عن الناس من حولي.	X				
3	أشعر شعورا قويا بالإنتماء والولاء للجامعة التي أدرس بها.			X		
4	أهتم بالتفكير في مشاكل الآخرين.	X				
5	أشعر أن سعادتي تحقق بالإنتماء لأسرة أخرى غير أسرتي.				X	
6	أشعر أنني مفروض على زملائي.			X		
7	أشعر أنني غير مرغوب في بين أسرتي.				X	
8	إذا وجدت بين مجموعة من الناس أشعر أنني لست غريب عنهم.				X	
9	أشعر أنني غريب حتى عن نفسي.		X			
10	أشعر غالبا أنني وحيد.		X			
11	تمسكي بالقيم تعتمد على طبيعة المواقف والأشخاص.		X			
12	أفضل الحرية التي تخضع للمعايير الاجتماعية.	X				
13	لا يهم مخالفة المعايير إذا كنت سأفوز برضا الآخرين.				X	
14	أسعى لتحقيق أهدافي بغض النظر عن مشروعية الأداة.				X	
15	أنتقد الأشخاص الذين يخالفون القيم.	X				

	X				16	أعتقد أن المجتمعات التي لا تخضع للقيم تنعم بالحرية.
				X	17	أفضل غالبا مراعاة القيم في أي سلوك يصدر عني.
X					18	من معاشرتي للناس تبين أنه لا داعي للتمسك بالقيم.
X					19	أوافق القول أن الغاية تبرر الوسيلة.
				X	20	أعتقد أن القيم ضرورية لتنظيم الحياة.
				X	21	يمكنني تحمل مسؤولية أي عمل.
				X	22	أفضل في إقناع الآخرين بوجهة نظري مهما كانت صحيحة.
X					23	أشعر أنني مسلوب الإرادة.
			X		24	أستطيع تحقيق أهدافي.
			X		25	غالبا لا أستطيع الإعتراض عندما لا أوافق على شيء.
	X				26	لا أستطيع إنجاز ما يطلب مني إنجازه.
			X		27	لدي القدرة للتخطيط لمستقبلي.
			X		28	أشعر أنني مقيد في الحياة.
X					29	أترك العمل غالبا بمجرد ظهور أي مشكلة أو صعوبة فيه.
				X	30	أشعر أنني غير قادر على التحكم في إنفعالاتي.
			X		31	أشعر بقيمة ما أعمله مهما كان بسيطا.
				X	32	أشعر أنني لا أعامل معاملة إنسانية.
				X	33	أشعر أن لي فائدتي في مجتمعي.
				X	34	فقدت الاهتمام بكل شيء حتى في نفسي.
			X		35	أشعر أن الحياة لها قيمة.
X					36	ينتابني إحساس عميق بأن أهدافي ليس لها قيمة.
				X	37	لا تغمرني الفرحة لما أحققه من نجاح مهما كان عظيما.
	X				38	المحيطون بي دائما يسخرون مني.
				X	39	أراني لها قيمة في الوسط الذي أعيش فيه.
	X				40	ليس هناك أي جديد أسعى لتحقيقه.
	X				41	أعيش دون أن أعرف الهدف من هذه الحياة.
		X			42	ليس لي هدف بعد أن أنتهي من الدراسة.
	X				43	أفضل الفراغ عن العمل لأنني لا أجد للعمل أي هدف.
				X	44	لا شيء يثير اهتمامي بالرغم من أن الأمور تسير لصالحه.

			X		45	أهدافي واضحة ومحددة.
			X		46	من الضروري أن يكون لنا أهداف في هذه الحياة.
X					47	الحياة تبدو دائما رتيبة.
				X	48	معرفتي للهدف يساعدي على مواجهة الصعاب.
				X	49	أشعر أن مستقبلي غامض.
	X				50	أعتقد أنه لا معنى لسعي الناس وكدهم في الحياة.
				X	51	أعجز عن إيجاد وسيلة تذهب الضيق عني.
				X	52	أشعر أن الموت أفضل من الحياة.
	X				53	سواء نجحت أم فشلت فالأمر عندي سواء.
	X				54	العبارات المستخدمة في حياتنا لم يعد لها معنى.
				X	55	بالرغم من أن حياتي مليئة بالفشل إلا أنني أحاول إيجاد معنى لها.
				X	56	أشعر دائما بأنني بائس.
			X		57	أشعر أن الحياة لا داعي لها.
				X	58	أفكر غالبا في المواقف التي تعرضت فيها للإهانة.
				X	59	إهتمامي بنفسي لم يجعلني أتعدى على حقوق الآخرين.
			X		60	أستغرق غالبا في التفكير بنفسي وبمشاكلي.
	X				61	عادة أستشير الآخرين في حل مشاكلي.
				X	62	أشعر أن الآخرين يستحقون نصيبا من إهتمامي.
				X	63	أحب أن أشارك الآخرين في الخير الذي أحصل عليه
			X		64	أعتقد أن لا شيء يستحق التفكير فيه أكثر من ذاتي.
			X		65	أفضل عدم مشاركة الآخرين في همومي.
			X		66	مصلحتي فوق كل إعتبار.
	X				67	الجأ غالبا للوم نفسي على كل تصرف أقوم به.
	X				68	أحب أن أحصل لنفسي على النصيب الأكبر في كل شيء.
				X	69	أشعر أن الآخرين يستحقون نصيبا من إهتمامي.
X					70	قد إستخدم الكذب للتخلص من أي مأزق.

- بعد تطبيق مقياس الاغتراب النفسي على الحالة " م ف " لقياس درجة حدته، اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 180 درجة، وهي تعتبر متوسطة ويمكن الحصول عليها في المقياس والتي تدل على وجود اغتراب نفسي متوسط لدى الحالة " م ف "، حيث نجد بعد فقدان المعنى مجموعة درجاته 34 وهي مرتفعة هذا ما أدى إلى رفع مستوى الاغتراب النفسي أيضاً، وبالتالي أكدت لنا نتيجة المقياس على ما لاحظناه واستنتجناه في المقابلات، حيث ظهر على الحالة أنها متعبة ومنهكة القوى لا تستطيع أن تعبر عن مشاعرها أو افكارها بصورة واضحة وتشعر بالعجز وبأن حياتها روتينية ومملة وتجد نفسها غير قادرة في بعض الأحيان على القيام بالأنشطة أو أعمال منزلية.

II. عرض نتائج دراسة الحالة الثانية :

1-2 تقديم الحالة الثانية:

تم تقديم الحالة " ح م " وتم إجراء أول مقابلة في قاعة الانتظار في جو ملائم ومريح يسوده الثقة، وبدا على الحالة الرغبة في مشاركتها العمل هذا ما يساعدنا على كسب المعلومات والبيانات المتعلقة بها.

أ- معلومات أولية عن الحالة :

الاسم: ح م. السن : 40 سنة. الحالة الاقتصادية: متوسطة.
الحالة المدنية : متزوجة . عدد الأولاد : 04 . المستوى التعليمي: السنة الرابعة ابتدائي.
المهنة : محفظة القرآن. سوابق مرضية : ضغط الدم والسكري.

ب- فحص الهيئة العقلية : ■ الهيئة الخارجية :

البنية المورفولوجية: متوسطة القامة، سميكة، سمراء.

اللباس: مرتبة.

ملامح الوجه: بشوشة.

المزاج والعاطفة: متقلبة المزاج.

■ القدرات العقلية :

الذاكرة: ذاكرتها قوية جدا.

الاستعدادات: تستطيع مواجهة المشاكل.

الانتباه: كثيرة الانتباه.

الفهم: سريعة الفهم.

الحكم: تحكم على الأمور بسلبية.

الاستبصار: مستبصرة بحالتها.

محتوى التفكير: أغلبه منصب حول حالتها ومشاكلها مع عائلتها.

ت- جدول المقابلات :

جدول رقم (12) يبين جدول المقابلات العيادية مع الحالة الثانية.

الهدف من المقابلة	مدة المقابلة	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة	
التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية وبناء علاقة مع الحالة.	60 د	قاعة الانتظار	2024/02/27	01
التعرف على التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة وترك المجال مفتوح للحالة من أجل الحديث.	45 د	قاعة الانتظار	2024/02/29	02
تم فيها جمع معلومات حول المشاكل والضغوطات التي واجهتها الحالة.	60 د	قاعة الانتظار	2024/03/04	03
استمرار في جمع المعلومات من خلال ملاحظة وتصريحات الحالة وتطبيق مقياس الاكتئاب.	45 د	قاعة الانتظار	2024/03/05	04
تطبيق مقياس قلق الموت والاغتراب النفسي.	30 د	قاعة الانتظار	2024/03/06	05

- يوضح لنا الجدول تواريخ إجراء المقابلات مع الحالة الثانية، التي تمثلت في خمس مقابلات، وأجريت في قاعة الانتظار وكل مقابلة كان لديها هدف معين.

➤ التاريخ النفسي:

الحالة (م ح) تبلغ من عمرها 40 سنة، تعيش ببلدية عين تموشنت ولاية عين تموشنت، مستواها التعليمي السنة الرابعة ابتدائي والأن هي محفظة قرآن في مدرسة قرآنية وحالتها الاقتصادية متوسطة نوعاً ما، وهي متزوجة وأم لأربع أطفال (بننتين، وولدين)، كما أن الحالة لديها سوابق مرضية ضغط الدم والسكري، من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة كانت تظهر عليها مشاعر الحزن والضعف والعجز والتعب، وكانت تنفعل بسرعة وتبكي.

➤ التاريخ الاجتماعي:

فقد كانت تعيش الحالة داخل أسرة مستقرة خالية من المشاكل، إلا أنها تواجه مشاكل مع عائلتها الكبيرة، هذا ما جعل الحالة تركز كل تفكيرها عليهم وتشعر بالذنب في كل مرة يحدث فيها مشكل، بحيث أنها تعيش ظروف صعبة وتشعر ان كل شيء أصبح امامها مقفلاً واصبحت لا تبالي بالحياة.

2-2 ملخص المقابلات مع الحالة الثانية:

الحالة (م ح) تبلغ من عمرها 40 سنة، تعيش ببلدية عين تموشنت ولاية عين تموشنت، مستواها التعليمي السنة الرابعة ابتدائي والأن هي محفظة قرآن في مدرسة قرآنية وحالتها الاقتصادية متوسطة نوعاً ما، وهي متزوجة وأم لأربع أطفال (بننتين، وولدين)، كما أن الحالة لديها سوابق مرضية ضغط الدم والسكري، الحالة كانت تعيش في بيت زوجها مع أطفالها في حالة استقرار وكان زوجها يعمل في الصحراء

(سوناطراك) بعيد دائما عن زوجته واطفاله لكن دائما في تواصل معهم وعلاقته معهم كانت جيدة ولا يوجد مشاكل ويعود فقط في أيام العطلة الشهرية، وعلاقتها مع أهل زوجها كانت عادية لكن ليست خالية من المشاكل حيث أن زوجها كان يتيم الأب والأم لكن كان لديها مشكل مع أخ زوجها لأنه سكير، وبمجرد أننا سألناها عن علاقتها مع أهلها وكيف علاقتها معهم تغيرت ملامح الحالة، حيث تتكون عائلتها من أختين وأربع إخوة رتبتهن من بينهم هي الثانية، الأب متوفي والأم لا تزال على قيد الحياة، حيث أن كثرة مشاكل الحالة كانت مع عائلتها، فالحالة النفسية والظروف القاسية التي تعيشها الحالة زادت من شدة قلقها، فلاحظت أنها ظهرت لديها مشاعر سلبية متمثلة في الإحساس بالإحباط واليأس والتشاؤم، هذا ما جعلها تكون فكرة خاطئة وبأنها ستفارق الحياة هكذا كانت نظرتها للمستقبل، كما ان شعورها بالعجز وعدم الحيلة لحل مشكلاتها وشعورها أيضا بالوحدة حتى وان كانت مع الاخرين، فقدت الإحساس بقيمتها وانفصلت عن ذاتها هذا ما جعلها منعزلة ووحيدة.

➤ شبكة الملاحظة للحالة الثانية:

جدول رقم (13) يوضح شبكة الملاحظة للحالة الثانية.

المحاور	الجانب المراد ملاحظته	الملاحظة
المظهر العام	- الهيئة - السلوك العام - التعاون والتفاعل - وضعية الجلوس - الطول - الوزن	- عادية لا يوجد تنظيم زائد. - طبيعي. - متعاونة جدا ومتفاعلة. - عادية. - متوسط. - سميكة.
الجانب اللغوي والكلام	- الكلام - النطق - نبرة الصوت - لغة الجسد - الإيماءات	- مترابط ومتسلسل. - واضح ومفهوم. - عادية. - معبرة وتستخدمها في التواصل. - معبرة وتناسب مع الأجوبة.
الجانب الانفعالي	- الحزن - سرعة الغضب - الخوف - القلق - الابتسامة	- شديد. - سريعة الانفعال. - شديد. - مرتفع. - قليلة.
التوظيف المعرفي	- الانتباه - التفكير - عملية الذاكرة - قدرة اتخاذ القرارات	- كثيرة الانتباه. - مستوى جيد في التفكير. - تستذكر الأحداث بقوة. - بطريقة فعالة.
الجانب الإجتماعي	- العلاقات الاجتماعية - الدعم الاجتماعي - التفاعل الاجتماعي - الاندماج الاجتماعي	- منسحبة اجتماعيا. - غياب الدعم وعدم الشعور بالانتماء. - غياب التواصل ومفضلة للعزلة. - فقدان الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية.

3-2 تحليل محتوى المقابلات مع الحالة الثانية :

من خلال المقابلات مع الحالة " ح م " أول شيء لاحظناه في الحالة كانت كثرة الضحك رغم المشاكل التي كانت لديها، كما أكدت لنا بأنها بحاجة ماسة للحديث وتفريغ كل ما بداخلها وقامت بمساعدتنا كثيرا أثناء المقابلات.

حيث أبدت الحالة ارتياحا وسرورا كبيرين في أول لقاء لنا معها، وذلك بقولها: **ربي جابكم !** حيث ظهر عليها بوضوح المعاناة النفسية وكثرة المشاكل مع عائلتها وفي تلك الأثناء انفعلت الحالة حيث قالت: **كرهت منهم والمرض حكمني منهم** وتؤكد على كلمة **(مرضت، مرضت، مرضت) ملقيتش فيهم الخير..موقفوش معايا**، وذرفت عينيها بالدموع، مبدية حزن وقلق شديدين، كما وضحت بأنها دائما ما تشعر نفسها بأنها وحيدة حيث قالت: **راني خايقة نموت ونكون وحدي، دايمنا نحسهم قراب لأختي صغيرة**، بحكم أن الأخت المتوسطة للحالة مغتربة وتعيش في فرنسا، كما أكدت الحالة في قولها على أنها هي السبب في توتر العلاقة بينها وبين عائلتها... كما اتضح على ملامح الحالة نوع من القلق والتوتر أنا زمان كواني وكويت الناس بلساتي وراني نخلص فيها ويظهر ذلك بشعورها بالذنب **يأتبني ضميري حتى نطلب منهم السماح** كما تحدثت الحالة على أنها دائما ما كانت السبب في المشاكل لأنها تنفعل بسرعة ولا تتحكم في غضبها، حتى أنها في بعض الأحيان كان يتحول ذلك الغضب إلى ضرب وذلك بسبب أنها سريعة الغضب والانفعال؛ لأنه حدثت مشكلة بينها وبين ضرة أختها المغتربة وضربتها..، كما أن هناك أعراض فيزيولوجية خاصة تلك التي تتعلق باضطرابات النوم والشهية وهذا ما اتضح في قولها: **الليل مانيش نرقده** حتى أنها تحدثت على أنها ترى كوابيس غير عادية ترى نفسها تبكي وبعض الأحيان تصرخ **أحيانا نعاني من فقدان الشهية** حيث أنها صرحت بأنها نقصت أكثر من كيلو جرامات من وزنها. كما أن الحالة تحمل مشاعر ذنب وحسرة عند تذكرها وعائلتها وإخوتها ظهر ذلك في قولها **نخاف نموت وماشي راضية عليا ميمتي وخوتي زعفانين عليا** ويظهر أن الحالة تحمل مشاعر توتر وعدم ارتياح عندما تكون أمام عائلتها، حيث قالت **منقدش نشوف في عينيهم والشيء الذي تخاف منه أكثر هو الموت** بطريقة مفاجئة، **(بكاء) كاين ناس عزاز تموتي وتخليهم موراك، تموتي موت الغفلة ونتي ندمانة على واش درتي، وفي هداك الوقت حاجة ما تنفع، اليوم راني هتا معاهم غدوة مكانش كل هذا يدل على** تأثر الحالة الشديد بعائلتها التي ترى نفسها غريبة عنهم وغير قريبة منهم **أنا معاهم في وسطهم بصح نحس بلي غريبة عليهم** وهذا ما يوضح بأن الحالة تشعر بعدم الراحة والارتياح في وسط العائلة وبأنها منعزلة عنهم، وفقدت الاتصال الاجتماعي والعاطفي عن الآخرين، كما وضحت الحالة من خلال حديثها بأنها تشعر بقلق مستمر دون سبب واضح، وقد تكون عرضة للتوتر والتوتر الزائد أي **حاجة نديرها تقلقتي ومنحسش روجي alaise فالبلاصة لي نكون فيها، كلشي تبدل فيا ماكنتش هكذا** وهذا يدل على أن الحالة فقدت الرغبة في القيام بالأنشطة التي كانت تستمتع بها سابقا، حيث اختتمت الحالة كلامها **مانيش راضية على روجي وغادي نحاول نتغير وننسى كلشي ونتقرب من عائلتي** وهذا ما يؤكد سعي الحالة إلى التغيير، في آخر المقابلة قمنا بتطبيق مقياس الاكتئاب.

وأما المقابلة الخامسة والأخيرة فخصصت لتطبيق مقياس قلق الموت والاعتراب النفسي، وقامت الحالة بقرأة الاستمارات والبنود بدقة وتركيز كلمة كلمة، وملأت المقاييس.

4-2 التحليل العام للمقابلات للحالة الثانية :

من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية والنتائج المتحصل عليها من المقاييس، فمن خلال تصريحات الحالة التي كانت كلها متعلقة حول عائلتها وشعورها بالذنب والحزن ونوع من الضغط هذا ما جعلها تعيش في صراع وحياة غير مستقرة وينتهي ذلك بشعورها بالانفصال عن ذاتها والانسحاب عن المجتمع كما أن المشاكل التي تصادفها تجعل أمر تحقيق أهدافها مؤجل لإشعار لاحق أو تتجه لأهداف لم ترسمها من قبل مما يجعلها تشعر بالالاهف وهي تؤدي أعمالها، فنجدها شاردة في بعض الأحيان تفكر في المشاكل التي تعترضها في حياتها وهذا ما ينمي لديها شعور بغرابة الذات وعدم الرضا، حتى في طريقة كلامها كانت تشعر بعدم الراحة في حياتها وأنها تتضايق كثيرا من مرور الوقت وكثيرا ما تفكر أن الحياة قصيرة.

فمن خلال حديثها كانت دائما تشعر بعدم المساواة والنقص والإحساس بالتفرقة والتمييز داخل عائلتها، وعلى هذا الأساس أوضحت برايناس (Braynas, 2007) أن المعاناة تنبثق انطلاقا من أحاسيس الشخص ذاته مثل ما نجده في المعاناة المعنوية المرتبطة بتأنيب الضمير أو مشاعر الخجل، أو حالات فقدان الأمل والغضب وأحاسيس الملل أو الغيرة. (كركوش، أكتوف، دس: 35)، وكانت الحالة دائما ما تأخذ الأمور بطريقة سلبية وتفسرها على حسب ما تريد هي حتى لو كانت خاطئة، في بعض الأحيان كانت تحاول أن تكون هي المحور من أجل لفت الانتباه خلال المقابلات، وكما أن الحالة أظهرت بأنها غير راضية ولم تكن راضية عن طبيعة الحياة التي تعيشها مع عائلتها، وخاصة في أسلوب التعامل معها، فالحالة عبرت عن كل ذلك بإستياء. وكانت الحالة تستخدم آلية دفاعية ناضجة ألا وهي الدعابة Humour حيث كانت تعبر عن مشاعرها أو أفكار تزعجها بشكل دعابة أو مزاح بدل الحديث عنها بشكل واضح ومباشر، وقامت بفعلها أكثر من مرة وكان ذلك واضحا عليها.

5-2 عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة الثانية:

الجدول رقم (14) يوضح نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة الثانية.

التنقيط	العبارات	الأعراض
3	إنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.	(1) الحزن
1	أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.	(2) التشاؤم
1	أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.	(3) الإحساس بالفشل
2	لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة	(4) فقدان الاستمتاع
2	أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.	(5) مشاعر الذنب
3	أشعر بأني أتلقى عقابا.	(6) مشاعر العقاب
1	أنا غير راضي عن نفسي.	(7) عدم حب الذات
3	ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.	(8) إدانة الذات
2	أصبحت أكره الحياة.	(9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية
2	أبكي طوال الوقت.	(10) البكاء
1	أضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.	(11) التهيج والاستثارة
1	إنني أقل اهتماما بالآخرين مما اعتدت أن أكون.	(12) فقد الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي
0	اتخذ القرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.	(13) التردد في اتخاذ القرارات
2	أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.	(14) انعدام القيمة
1	أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.	(15) فقدان الطاقة على العمل
1	لا أنام كالمعتاد.	(16) تغيرات في نمط النوم
3	إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.	(17) التعب والقابلية للإرهاق
2	إن شهيتي للطعام أسوأ كثيرا الآن.	(18) فقدان الشهية
1	فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.	(19) تناقص في الوزن

3	إني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.	20) الانشغال على الصحة
1	إنني أقل اهتماما بالجنس عن المعتاد.	21) فقدان الاهتمام بالجنس
36	المجموع	

- بعد تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة " ح م " لقياس درجة حدته، اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 36 درجة، فهي تعتبر مرتفعة حيث تنحدر بين الدرجة (24-36) وهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، والتي تدل على وجود اكتئاب شديد على الحالة " ح م "، وظهر ذلك في البنود 1-6-8-17-20 هذا ما أكد ارتفاع درجة الاكتئاب لدى الحالة، وبالتالي أكدت لنا نتيجة المقياس على ما لاحظناه واستنتجناه في المقابلات، وهذا راجع بما مرت به الحالة من معاناة نفسية وتقلبات مزاجية ونفسية وكذا منها الضغوطات التي جعلتها تشعر بالعجز وعدم كفاءتها كما كانت من قبل.

6-2 عرض وتحليل نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية :

جدول رقم (15) يوضح نتائج مقياس قلق الموت للحالة الثانية.

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيرا من الموت.	X	
2	نادرا تخطر لي فكرة الموت.		X
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		X
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.	X	
5	لا أخاف إطلاقا من الموت.		X
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة.		X
7	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت.		X
8	أتضايق كثيرا من المرور الوقت.	X	
9	أخشى أن أموت موتا مؤلما.	X	
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي.	X	
11	أخشى فعلا أن تصيبني سكتة قلبية.		X
12	كثيرا ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلا.	X	
13	أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.		X
14	يزعجني منظر جسد ميت.	X	
15	أرى ان المستقبل يحمل شيئا يخيفني.	X	

- بعد تطبيق اختبار قلق الموت على الحالة " ح م " لقياس درجة حدته اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 12 درجة وهي تعتبر مرتفعة حيث تنحصر بين الدرجة (9-15) وهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها في المقياس، والتي تدل على وجود قلق موت جد مرتفع على الحالة " ح م " وبالتالي أكدت لنا نتيجة الاختبار على ما لاحظناه واستنتجناه في المقابلات تعاني الحالة من قلق موت شديد، وهذا ما أظهرته البنود المتمثلة في 1-9 بأن الحالة تعاني من إحباط وخوفها الشديد من الموت ولد لها القلق وهذا ظاهر في الاختبار وذلك نتيجة تفكيرها في عائلتها لأنها تحمل مشاعر الذنب اتجاههم.

7-2 عرض وتحليل نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الثانية :

جدول رقم (16) يوضح نتائج مقياس الاغتراب النفسي للحالة الثانية.

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أشعر بالوحدة عندما أكون بين أسرتي.	X				
2	أشعر أنني منعزل عن الناس من حولي.	X				
3	أشعر شعورا قويا بالانتماء والولاء للجامعة التي أدرس بها.			X		
4	أهتم بالتفكير في مشاكل الآخرين.		X			
5	أشعر أن سعادتي تحقق بالانتماء لأسرة أخرى غير أسرتي.				X	
6	أشعر أنني مفروض على زملائي.		X			
7	أشعر أنني غير مرغوب في بين أسرتي.		X			
8	إذا وجدت بين مجموعة من الناس أشعر أنني لست غريب عنهم.		X			
9	أشعر أنني غريب حتى عن نفسي.		X			
10	أشعر غالبا أنني وحيد.		X			
11	تمسكي بالقيم تعتمد على طبيعة المواقف والأشخاص.		X			
12	أفضل الحرية التي تخضع للمعايير الاجتماعية.		X			
13	لا يهم مخالفة المعايير إذا كنت سأفوز برضا الآخرين.				X	
14	أسعى لتحقيق أهدافي بغض النظر عن مشروعية الأداة.		X			
15	أنتقد الأشخاص الذين يخالفون القيم.		X			
16	أعتقد أن المجتمعات التي لا تخضع للقيم تنعم بالحرية.				X	
17	أفضل غالبا مراعاة القيم في أي سلوك يصدر عني.		X			
18	من معاشرتي للناس تبين أنه لا داعي للتمسك بالقيم.		X			
19	أوافق القول أن الغاية تبرر الوسيلة.		X			
20	أعتقد أن القيم ضرورة لتنظيم الحياة.		X			
21	يمكنني تحمل مسؤولية أي عمل.		X			
22	أفضل في إقناع الآخرين بوجهة نظري مهما كانت صحيحة.				X	
23	أشعر أنني مسلوب الإرادة.				X	
24	أستطيع تحقيق أهدافي.		X			

X					25	غالبًا لا أستطيع الاعتراض عندما لا أوافق على شيء.
	X				26	لا أستطيع إنجاز ما يطلب مني إنجازه.
			X		27	لدي القدرة للتخطيط لمستقبلي.
		X			28	أشعر أنني مقيد في الحياة.
X					29	أترك العمل غالبًا بمجرد ظهور أي مشكلة أو صعوبة فيه.
			X		30	أشعر أنني غير قادر على التحكم في إنفعالاتي.
			X		31	أشعر بقيمة ما أعمله مهما كان بسيطًا.
		X			32	أشعر أنني لا أعامل معاملة إنسانية.
		X			33	أشعر أن لي فائدتي في مجتمعي.
			X		34	فقدت الاهتمام بكل شيء حتى في نفسي.
	X				35	أشعر أن الحياة لها قيمة.
		X			36	يبتابني إحساس عميق بأن أهدافي ليس لها قيمة.
	X				37	لا تغمرني الفرحة لما أحققه من نجاح مهما كان عظيمًا.
X					38	المحيطون بي دائمًا يسخرون مني.
		X			39	أراني لها قيمة في الوسط الذي أعيش فيه.
		X			40	ليس هناك أي جديد أسعى لتحقيقه.
	X				41	أعيش دون أن أعرف الهدف من هذه الحياة.
		X			42	ليس لي هدف بعد أن أنتهي من الدراسة.
		X			43	أفضل الفراغ عن العمل لأنني لا أجد للعمل أي هدف.
X					44	لا شيء يثير اهتمامي بالرغم من أن الأمور تسير لصالحني.
			X		45	أهدافي واضحة ومحددة.
			X		46	من الضروري أن يكون لنا أهداف في هذه الحياة.
X					47	الحياة تبدو دائمًا رتيبة.
		X			48	معرفتي للهدف يساعدي على مواجهة الصعاب.
			X		49	أشعر أن مستقبلي غامض.
	X				50	أعتقد أنه لا معنى لسعي الناس وكدهم في الحياة.
			X		51	أعجز عن إيجاد وسيلة تذهب الضيق عني.
	X				52	أشعر أن الموت أفضل من الحياة.
		X			53	سواء نجحت أم فشلت فالأمر عندي سواء.

	X				54	العبارات المستخدمة في حياتنا لم يعد لها معنى.
			X		55	بالرغم من أن حياتي مليئة بالفشل إلا أنني أحاول إيجاد معنى لها.
				X	56	أشعر دائما بأنني بائس.
				X	57	أشعر أن الحياة لا داعي لها.
				X	58	أفكر غالبا في المواقف التي تعرضت فيها للإهانة.
X					59	إهتمامي بنفسي لم يجعلني أتعدى على حقوق الآخرين.
				X	60	أستغرق غالبا في التفكير بنفسي وبمشاكلي.
X					61	عادة أستشير الآخرين في حل مشاكلي.
	X				62	أشعر أن الآخرين يستحقون نصيبا من إهتمامي.
			X		63	أحب أن أشارك الآخرين في الخير الذي أحصل عليه
				X	64	أعتقد أن لا شيء يستحق التفكير فيه أكثر من ذاتي.
X					65	أفضل عدم مشاركة الآخرين في همومي.
				X	66	مصلحتي فوق كل إعتبار.
				X	67	الجأ غالبا للوم نفسي على كل تصرف أقوم به.
				X	68	أحب أن أحصل لنفسي على النصيب الأكبر في كل شيء.
	X				69	أشعر أن الآخرين يستحقون نصيبا من إهتمامي.
				X	70	قد إستخدم الكذب للتخلص من أي مأزق.

- بعد تطبيق مقياس الاغتراب النفسي على الحالة " ح م " لقياس درجة حدته، اتضح أنها تحصلت على مجموع يساوي 210 درجة، وهي تعتبر متوسطة ويمكن الحصول عليها في المقياس والتي تدل على وجود اغتراب نفسي متوسط لدى الحالة " ح م "، حيث نجد بعد مركزية الذات مجموع درجاته 41 وهو مرتفع بالنسبة للبنود الأخرى وأيضا بعد فقدان المعنى مجموع درجاته 40، أما بعد فقدان الشعور بالإنتماء مجموع درجاته 36، هذا ما أكد ارتفاع الاغتراب النفسي لدى الحالة، وبالتالي أكدت لنا نتيجة المقياس على ما لاحظناه واستنتجناه في المقابلات، وهذا يرجع إلى شعور الحالة بالوحدة وعدم الأمان، كما أنها تدخل في مقارنة نفسها بغيرها، وتزيد من انطوائها وبالتالي شعورها بخيبة أملها والإحباط والقلق مما يزيد من تعقيد حالتها النفسية ويصعب تكيفها مع ذاتها ومع الواقع.

جدول رقم (17) يبين درجة استجابات المجموعة البحثية.

	الاعتبار	الاعتبار النفسي	قلق الموت	الحالة (ف)
شديد	31	متوسط	180	مرتفع
شديد	36	متوسط	210	مرتفع

يبين الجدول التالي الدرجات المتحصلة مجموعة البحثية من خلال تطبيق المقاييس النفسية.

III. مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات :

3-1 مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الرئيسية:

وكان نصها " يؤثر قلق الموت في ظهور الاغتراب النفسي لدى الام المكتتبه."

أظهرت نتائج الدراسة تقاربا بين الدرجات، حيث يظهر تأثير قلق الموت في ظهور الاغتراب النفسي بالنسبة للحالة الثانية، أما الحالة الأولى وجدنا بأنه يؤثر الاغتراب النفسي في ظهور قلق الموت.

وظهر ذلك من خلال ارتفاع درجات قلق الموت ودنو درجات الاغتراب النفسي الى المستوى المتوسط، فالتأثير بين قلق الموت والاعتراب النفسي كان في اتجاه واحد لكلا الحالتين، وهنا الفرضية الرئيسية قد تحققت.

ويفسر هذا الأمر بأن هناك تدخل لعوامل أخرى: كالصراعات الأسرية، وخاصة علاقة الحالة الأولى مع ابنتها التي أضحت جرحا يمس أمومتها وإهمال الزوج لها مع عدم تلقي الدعم والمساندة من طرفه وهذا كان سببا مهما في توليد الضغط والمعاناة النفسية للحالة الأولى، وقد أشار بلونر بأن الاغتراب هو انعكاس لتصدعات أو انهيارات في العلاقة العضوية بين الإنسان وتجربته الوجودية فهو يتعلق بما يحدث للفرد من اضطرابات نفسية وعقلية وما يستشعره من غربة عن العالم وفتوره في علاقته بالآخرين وهذا يعني الانفصال النسبي عن الذات أو المجتمع أو كليهما. (إسكندر نبيل رمزي، 1988: 203)، كما أن الحالة الأولى كانت دائما ما تأخذ وقتا في التفكير للإجابة على الأسئلة المطروحة أثناء المقابلات وقد يعود ذلك لفقدانها للأمان وعدم ثقتها بالآخرين وهذا ناتج عن الظروف الضاغطة التي عاشتها ولم تستطع التحكم فيها وهذا ما أكدته النظرية الإنسانية أن الإنسان أكثر خبرة ودراية بنفسه، حيث يمتلك أفضل المعلومات عن ذاته والاعتراب يحدث عندما لا يستطيع الفرد أن يتخذ قراراته بحرية بفعل القيود المفروضة من الآخرين، فلا يستطيع حينها فهم ذاته كما هي وبالتالي لا يمكنه تحقيقها فيكون لديه مفهوم سلبي عن ذاته. (الصنعاني، 2004: 94).

فالحالة كانت مفرطة التفكير حيال أولادها من أنها تفقد حياتها وتتركهم ورأيها وكانوا هم عامل الحماية بالنسبة لها، لأنها كانت دائما ما تتكون لديها أفكار سلبية حول الموت، كالخوف من الفقد والتخلي، وجد خوف مع وجود الوعي بالموت، وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت واعتباره ظاهرة اجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرضا في الحياة، في حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا يؤدي إلى حالات حصر حاد. (قواجلية، 2013: 27)

أما الحالة الثانية تشغل بأفكار متكررة عن الموت والفقدان. بالإضافة إلى ذلك، تعاني من شعور عميق بالاعتراب النفسي، حيث فقدت الشعور بالانتماء حتى لأقرب الناس إليها "عائلتها" لأنها مع خلاف معهم

بشكل دائم وكثيرا ما تشعر بالذنب لأنها ترى نفسها هي سبب تلك المشاكل، وهذا ما أكده الموسوي: بأن الاغتراب هو شعور الإنسان بالانفصال عن ذاته وعن الآخر، مما يجعله عاجزا عن إرضاء حاجاته النفسية والبيولوجية وهذا من شأنه ان يحزر حياته من المعنى ويشعر بأن ما يريده غير واضح مما يدفعه الى الخروج عن المعيارية الاجتماعية وعدم تقبل واقعه. (محرز، 2019: 239) هذا ما يضاعف من معاناتها النفسية، ويشعرها بالوحدة والعزلة أكثر، كما حدد فرويد مجموعة من الاعراض الخاصة بالمعاناة النفسية التي تلي فقدان موضوع الحب، كالشعور بالعجز والاحساس بإنقطاع الأمل، البكاء والشعور بالضيق والفراغ واضطراب النوم و الألام البدنية، ثم يعقب هذه المرحلة فترة طويلة من الحداد. (كركوش، أكتوف، دس: 39) وكذا انفعال الحالة وحركاتها الزائدة والمتكررة من أجل لفت الانتباه، وكثرة المشاكل والضغوطات النفسية التي واجهتها الحالة جعلت منها امرأة قلقة وسريعة الغضب والانفعال، فالسلوكيون يعتبرون القلق بمثابة خوف من الألم أو الخطر، والقلق المزمن كقلق الموت المتواصل، قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال. (عزت، 1994: 15-26)

فالعامل الوحيد الذي يحمي الحالتين وجعلهم متمسكين بالحياة هم أولادهم، بإعتبارهم عامل حماية لهم ولأنه بفضلهم الأم تتمسك بالحياة رغم الصعاب.

2-3 مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء التساؤل الجزئي الأول:

وكان نصه "ما هو مستوى قلق الموت لدى الأم المكتنبة؟".

أظهرت نتائج الدراسة أن الحالتين لديهما مستوى مرتفع من قلق الموت ، وهذا جواب على التساؤل.

حيث اتفقت دراستنا الحالية مع دراسة (ثورثون وآخرون)، (مختار ونور الدين 2017)، (يوكسل وآخرون 2017)، (إبراهيم 1995) واعتضت مع دراسة (العمر 2016) وأيضا دراسة (أبو صالحة 2017).

إن هذه النتائج تدل على عدم قدرة الحالتين على تكيفهما للوصول إلى الراحة والأمن النفسي، حيث يظهر ذلك وبصفة مباشرة من خلال عوامل مفجرة كونهما تمران بضغط ومشاكل عائلية، ووجدنا بأنهما تعانيان من عدم الاستقرار النفسي، وأنهما تنزعجان عندما يتحدث الناس عن الموت بالإضافة إلى الأفكار السلبية التي تسيطر عليهم معظم الوقت نظرا للضغط النفسي الذي سبب لهما حالة انفعالية تزيد من قلقهما من فكرة الموت، وهذا ما أكدته النظرية المعرفية السلوكية أمثال "إليس Ellis" التي اعتبرت الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرى "إليس Ellis" أن السلوك يتحدد بالاعتقادات والأفكار التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها في اكتساب أفكار لا منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي في سوء طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (حنان عماري، 2013: 25).

وفعلا الحالتين كثيرا ما تنفعلان وتظهر عليهما سلوكيات وأعراض دالة على القلق وقلق الموت وفقدان السيطرة على الذات والتوتر والانفعال الزائد، والاحلام المزعجة. (شهبه الكاملة، 2018: 29).

فالحالة الأولى (ف) تشعر بالقلق الشديد والتوتر نتيجة للتفكير الزائد. مما أثار لديها هذا القلق شعورا بعدم الأمان والخوف. ويؤثر أيضا على حياتها اليومية، حيث تجد صعوبة في التركيز على المهام والتفكير فيما سيحدث بعد الموت لأولادها مستقبلا. وتبدو الحالة متوترة ومنعزلة عن الآخرين، كما أنها فاقدة للدعم والمساندة من طرف زوجها هذا ما يزعجها أكثر، كما أن أغلب تفكيرها يتمحور حول أولادها وما سيحدث

لهم بعد غيابها عنهم، فحسب شرلتز (Sharletz) ترجع أسباب قلق الموت إلى الخوف من تأثير الموت على أسرة الشخص وخاصة الأطفال. (قواجلية، 2013: 30)

أما الحالة الثانية (م) تشعر بشكل متزايد بعدم القيمة وتلوم نفسها بشكل غير مبرر على أمور صغيرة، كما أن الأفكار السلبية عن الإنسحاب أو الموت تتكرر في ذهنها، رغم أنها لا تمتلك نية فعلية للانتحار، إلا أن مجرد وجود هذه الأفكار يعد مؤشراً خطيراً على حدة حالتها النفسية.

3-3 مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء التساؤل الجزئي الثاني:

وكان نصه "ما هو مستوى الاكتئاب لدى الأم المكتتبة؟".

أظهرت نتائج الدراسة أن الحالتين لديهما مستوى شديد من الاكتئاب، وهذا جواب على التساؤل.

حيث اتفقت دراستنا الحالية مع دراسة (بايكل 1990)، (محمد المهدي 2001)، (عزيزة آيت عمر 2008)، واختلفت مع دراسة (عبد الستار إبراهيم 1997).

إن هذه النتائج تدل على عدم الاستمتاع وشعور بالندم والبيكاء وعدم الاستقرار النفسي مع وجود أفكار سوداوية هذا ما ولد عياء نفسي لدى الحالتين، حيث أشارت دراسة (مارتن سيلجمان 1999) عن الاكتئاب دلت على أن الشخص المكتتب يهتم بالمعلومات السلبية ويميل إلى فقدان ذاته ويميل كذلك للتشاؤم والنظر للجوانب السلبية من حياته، وإذا تأمل المريض في اكتتابه استمرت حالته أكثر فأكثر، وقد بينت دراسته أن النساء يركزن على أعراضهن المرضية أكثر من الرجال ومن ثم يطول لديهن الشعور بالاكتئاب. (عطاب، دس: 05)، حيث نجد أن المرأة تعاني حقا من مشاعر الحزن واليأس والانزعاج ويرجع السبب لاستمرار معاناتها النفسية، وعليه فلا تستطيع القيام حتى بالأعمال البسيطة ويلحق بها الضعف ويحدث لها صراع في كونه يستمر بشكل عادي وضعفها هو الذي يعيقها وهذا ما تبين عند الحالتين حيث غالبا ما تكونان تحت الضغط والتوتر والانفعال حيث يعيشن ضغوطات تفوق قدراتهن وهذا ما يوقعهن في الفشل خصوصا في غياب السند الاجتماعي بالإضافة إلى أن هذه النتيجة مرتبطة بشعورهن بالحزن والتعب الشديد والخمول ولا وجود لأي طاقة تذكر، وتؤكد هذا سوزان يكسيما أن سبب حدوث الاكتئاب هو الاستسلام لمشاعر الحزن والسماح لها بالسيطرة الكلية على مشاعر المرأة وبالتالي الوقوع في دوامة الحزن العميق. (يفصح، 2022: دص) وهذا ما ذكرته أيضا كارين هورني هاته الانفعالات نابعة من شعور الفرد بالعجز والضعف والحرمان الذي ينمو تدريجيا من خلال تأثير المحيط. (مشري، 2015: 63).

فالحالة الأولى (ف) تشعر بحزن عميق ومستمر لا يزول، ويصاحبه فقدان شبه كامل للاهتمام بالأنشطة والهوايات التي كانت تستمتع بها سابقاً، مما يجعلها تنسحب تدريجياً من الحياة الاجتماعية، فالإرهاق والتعب الشديدين يلزامانها طوال الوقت، حتى مع أقل مجهود، مما يعوق قدرتها على أداء واجباتها المنزلية. كما تعاني الحالة من اضطرابات نوم مزعجة، حيث تجد صعوبة في النوم والاستمرار فيه، وغالباً ما تستيقظ عدة مرات خلال الليل دون أن تتمكن من العودة إلى النوم. هذا يؤدي إلى شعورها بالإرهاق الدائم ويزيد من تدهور حالتها المزاجية.

أما الحالة الثانية (م) تشعر بالتعب والإرهاق بشكل دائم، مما يجعل من الصعب عليها القيام بالمهام اليومية بشكل فعال. بالإضافة إلى ذلك، فإنها تفقد الاهتمام بنفسها وبمظهرها الشخصي، وتجد صعوبة في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية التي كانت تستمتع بها في السابق. يؤدي هذا الانخفاض المستمر في المزاج إلى

مشاعر الإحباط والعجز، وكما تشعر الحالة بالعزلة والخوف من الفقد، كما تكون لديها مشاعر الذنب والعقاب اتجاه عائلتها.

فالقلق و الاكتئاب مفهومان متداخلان، إذ في أحيان كثيرة يكون الفرد القلق عرضة للاكتئاب، بينما يؤكد علماء النفس أن الفرد المكتئب بالضرورة يكون قلق، فضلا على أن الفرد القلق يعاني أحيانا أعراض شبيهة بأعراض الشخص المكتئب كاضطرابات النوم، فقدان الشهية..إلخ. (عبد العزيز موسى، 1993: 103)

4-3 مناقشة وتحليل نتائج الدراسة على ضوء التساؤل الجزئي الثالث:

وكان نصه " ما هو مستوى الاغتراب النفسي لدى الام المكتئبة؟".

أظهرت نتائج الدراسة أن الحالتين لديهما متوى متوسط من الاغتراب النفسي، وهذا جواب على التساؤل.

حيث اتفقت دراستنا الحالية مع دراسة (السلامي 2018)، واعترضت مع دراسة (أبو صالحه 2013).

إن هذه النتائج تدل على أن الحالتين لديهما احتمال في القدرة على تجاوز الشعور بالاغتراب النفسي، حيث على الحالتين أن تعيا وتدركا قوتها وكيف يمكنهما أن تتغلبا على كل العقبات والظواهر التي تواجههما، وتكونا دائما التفكير في حياتهما وتكشفا العبرة من وجودهما، وهذا ما أكده سابقا فيكتور فرانكل في نظريته التي تدور حول المعنى، حيث يعتبره أنه القاعدة التي يركز إليها الفرد من أجل التعرف على مستوى الاغتراب وقهره وخاصة عندما يشعر الفرد بمعنى الحياة في جوانب حياته (نعيسة، 2012: 130). وهذا يعني أن الأم المكتئبة حتى وإن أثر عليها الاغتراب النفسي قد يكون ذلك بدرجة متوسطة حيث أنها عندما تكون مسؤولة عن تصرفاتها وأفعالها تكون متسقة مع ذاتها وبالتالي فهي قادرة على تقويم نفسها دائما بصورة إيجابية مما يدفعها للانطلاق إلى سلوكيات جديدة ناجحة، ومن هنا تبدأ الحالتين في مقاومة الإحباط والقلق وهذا بدوره يؤدي تدريجيا إلى فقدان طاقتهن وانهايارها ومن ثم ضعف قدرة الجسم على المقاومة، بالإضافة إلى غياب المساندة من طرف الأسرة وهذا ما يجعلهما يعيشان في صراع وحياة غير مستقرة وينتهي ذلك بشعورهما بالاغتراب النفسي، ولكن إجلال السري 1993 ترى بأن مواجهة الاغتراب تتم عن طريق التغلب على مشاعر الاغتراب أو قهرها والرجوع إلى الذات والتواصل مع الواقع وكذلك من خلال تنمية الإيجابية ومواكبة التغير الاجتماعي والاعتزاز بالشخصية وهذا يعني تأكيد الهوية الاجتماعية وموازنتها مع الهوية الشخصية (سناء زهران، 2004: 116).

حيث نجد الحالة الأولى (ف) تؤثر حالة الانفصال عن الذات على حياتها بشكل كبير، وهذا ما أدى إلى شعورها بالضياع والتفكير المفرط، فغربة الذات ولدت لديها الكثير من المشاعر منها الإحساس بضعف القدرة على اتخاذ القرارات والشعور بالملل وجمود الشخصية والعجز عن حل المشكلات وأيضا بالانسحاب عن المجتمع، كما نجدها تفتقد الدعم الاجتماعي والمساندة التي كانت تستمتع بها في السابق من طرف الزوج، كما تشعر بالعجز والضعف في مواجهة التحديات الحياتية، ويعتبر الأبناء عامل حماية بالنسبة لها وبفضلهم لا تزال متمسكة بالحياة.

اما الحالة الثانية (م) واجهت مشاكل عائلية أثرت على حالتها النفسية بشكل كبير، وتعتبر هذه المشاكل السبب الأول الذي جعلها تشعر بإنفصالها عن ذاتها وعدم الرضا عن نفسها، حيث وجدت الحالة نفسها محاصرة في صراعات عائلية لا تجد لها حلاً، هذا ما كون لديها مشاعر الذنب والضياع بسبب عدم قدرتها على حل تلك المشاكل، وشعورها أيضا بعدم الانتماء لهم جعلها تشعر بأنها بدون معنى، وكثيرا ما تلقي

اللوم على نفسها، كما أثرت هذه الأفكار السلبية على علاقتها بأفراد العائلة وزادت من شعورها بالانفصال والعزلة عنهم.

خلاصة :

لقد تم عرض وتحليل في هذا الفصل نتائج دراسة الحالتين، كلا على حدى، بتقديم الحالة ثم إعطاء خلاصة المقابلات لكل حالة وتحليلها، وتقديم التحليل العام للحالة، ثم عرض وتحليل نتائج كل المقياس النفسية.

في الأخير قمنا بتقديم تحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

الخاتمة

اهتمت الدراسة الحالية بقلق الموت والاعتراب النفسي لدى الأم المكتئبة، فقلق الموت يتجلى في الإحساس الدائم بدنو الموت والتفكير المستمر في المستقبل وأنه ينهي الارتباط بالحياة لذلك فإن التفكير فيه أمر صعب كونه يزيد من وتيرة القلق والاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى تدهور الصحة النفسية والجسدية معا وهذا ما قد يمهد لظهور مشاعر الاعتراب النفسي.

ان تحمل المعاناة الناتجة عن الاكتئاب والتي قد تتباين أسبابه وتفاوت القدرة على تحمله قد يؤدي الى ظهور اضطرابات اخرى يصعب التحكم فيها مثل قلق الموت والاعتراب النفسي وحتى اضطرابات اخرى قد اغفلناها لأنها لم تثر اهتمامنا البحثي في حينها. فالالم الذي لمسناه لدى حالات الدراسة من الامهات المكتئبات قد ارحى ملامحه على أسرهن وعوائلهن مما ضاعف لديهن الشعور السلبي اتجاه الحالة النفسية التي تعانين منها، الامر الذي ساعد في ظهور اضطرابات اخرى مصاحبة جعلتهن يعشن الحلقة المفرغة التي وجدناهن فيها.

توصيات وإقتراحات علمية وعملية:

على ضوء النتائج التي توصلنا إليها في دراسة الحالة، نضع بعض التوصيات والمقترحات التي تكون كنقطة انطلاق في تناول جوانب أخرى وهي المتمثلة فيما يلي:

- إجراء دراسات أخرى عيادية أو ميدانية حول قلق الموت والاعتراب النفسي والاكنتاب على عينات.
- بناء برامج نفسية اجتماعية للحد من الاعتراب النفسي لدى الأمهات المكتنبات.
- تصميم برامج إرشادية لخفض مستوى قلق الموت والاكنتاب لدى الأمهات المكتنبات.
- تقديم ندوات ومحاضرات تشمل كل المواضيع المتعلقة بالأمهات المكتنبات، وتوعيتها والاهتمام بها قصد التقليل من قلق الموت والاعتراب النفسي.
- القيام بجلسات دعم نفسي سواء فردياً أو جماعياً للأمهات المكتنبات من أجل تعزيز الثقة بالنفس والمساعدة في تحسين الحالة المزاجية.
- ضرورة الاهتمام بهذه الحالات، فالمرأة بطبعها إنسانة مرهفة الحس ورفيقة فالأمر يزيد عن شعورها بفقدان وظيفة أساسية لها.
- توفير مراكز وإنشاء جمعيات تهتم بهاته الفئة من النساء من أجل التكفل النفسي.
- مواصلة البحث في هذا الموضوع مع توسيع مجموعة البحث وأن تكون بصف أعمق.
- إعداد برامج علاجية معرفية سلوكية للتخفيف من حدة قلق الموت في ظل الأزمات.
- العمل على زيادة الوعي الصحي ليس فقط في وقت الأزمات بل على مدار السنة.
- زيادة الاهتمام بتنمية الوعي الديني وتكثيف الندوات والبرامج الإرشادية.
- دراسة دور المساندة العائلية في تخفيض من مستوى قلق الموت والاعتراب النفسي لدى الأم المكتنبة.
- الاعتماد على البرامج العلاجية المعرفية لتصحيح الأفكار غير العقلانية والمعتقدات الخاطئة حول الموت.
- إجراء بحوث ودراسات حول ظاهرة الاعتراب النفسي ومعرفة علاقتها بالظواهر النفسية الأخرى.
- فتح مناصب عمل للأخصائيين النفسيين في المراكز الاستشفائية كي تكون هناك مراقبة مستمرة لمتابعة هذه الحالات.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

باللغة العربية:

- القرآن الكريم.
- أبادي فيروز. (2004). المنجد في اللغة الإعلام. لبنان: دار الكتب العلمية.
- أبو جدي، أمجد أحمد جكيل. (1998). الإغتراب النفسي لدى عينة من طلبة جامعات قسنطينة وعلاقته ببعض المتغيرات. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير (غير منشورة)، جامعة اليرموك، قسنطينة.
- أبو علام، رجاء محمود. (2011). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربية. ط2. مصر: دار النشر للجامعات.
- أبو فايد حسين علي. (2004). العدوان والاكتئاب. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- أحمد عكاشة، (1979). الطب النفسي المعاصر. ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد عكاشة، طارق عكاشة. (2010). الطب النفسي المعاصر. ط15. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد محمد عبد الخالق. (1987). قلق الموت. الكويت: عالم المعرفة.
- أحمد محمد عبد الخالق. (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده. المجلة العربية للعلوم الإنسانية.
- أريج خليل محمد القيق. (2016). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين. دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقربائهم العاديين، قدمت هذه الدراسة كأحد متطلبات للحصول على درجة الماجستير في كلية التربية، برنامج علم النفس، تخصص الصحة النفسية والاجتماعية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الأقصري يوسف. (2002). كيف تتخلصين من الخوف والقلق من المستقبل؟ ط1. القاهرة: دار الطائف للنشر والتوزيع.
- أيت حبرش ربيعة، أيت قاسي فهيمة. (2015). الضغوط المهنية وعلاقتها بالاكتئاب لدى الأساتذة الجامعيين. مذكرة لنيل شهادة ماستر علم النفس عمل وتنظيم. دراسة ميدانية بالقطب الجامعي تامدة، التابع لجامعة تيزي وزو، قسم علم النفس، تخصص علم النفس عمل وتنظيم، تيزي وزو، الجزائر.
- ايزاك، م. (1998). التعايش مع الخوف وفهم القلق ومكافحته. (محمد عثمان نجاتي مترجم)، القاهرة: دار الشروق.
- ابن منظور. (2002). لسان العرب. الجزء الأول. لبنان: دار الكتب العلمية بيروت.
- ابتسام بن موسى، خولة نمرني. (2020). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالإغتراب النفسي لدى النساء المتأخرات في سن الزواج. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس، دراسة ميدانية على عينة بمدينة تقرت، تخصص علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- إبراهيم عبد الستار. (1990). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. ط1. الكويت: عالم المعرفة.
- إسكندر نبيل رمزي. (1988). الاغتراب النفسي وأزمة الانسان المعاصر. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- إقبال محمد رشيد، صالح الحمداني. (2011). الاغتراب تمرد قلق المستقبل. ط1. عمان: دار الصفاء للطباعة والنشر.
- إيمان فوزي سعيد. (د س). الصحة النفسية. الأردن: مكتبة زهراء الشوق.
- بشير معمري. (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. الجزء الرابع. الجزائر: منشورات الحبر.
- بشير معمري. (2009). دراسات نفسية في الذكاء الوجداني-الاكتئاب-اليأس-قلق الموت-السلوك العدواني-الانتحار. الجزء الثالث. مصر: المكتبة المصرية للنشر والتوزيع القاهرة.
- بليردوح، كوكب الزمان. (2016). واقع الاغتراب السيكوسوسيولوجي لدى اللاجئين السوريين بالجزائر. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- بوعافية خالد، (2018). مستوى الإكتئاب لدى مرضى السرطان. دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- بوغازي آمنة، (2017). الاكتئاب عند مرضى القصور الكلوي. مذكرة لنيل شهادة ماستر، قسم علم النفس، جامعة 08 ماي 1945، قالمة.
- بوفرة مختار، شعبي نور الدين. (2017). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية، معسكر.
- بوقفحة نعيمة، مكيد فضيلة. (2022). الاغتراب النفسي لدى الاخصائي النفسي العامل بمصلحة الأمراض العقلية. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة ابن خلدون، تيارت.
- بن عليّة مسعود، (2015). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالإغتراب النفسي لدى المراهق الجزائري. رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- بن قرينة عاتكة. (2018). الاكتئاب لدى مرضى السرطان: دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- تونسي عديلة. (2002). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير في الارشاد النفسي، أم القرى، مكة المكرمة.
- جاسم محمد عبد الله مرزوقي. (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر. ط1. عمان: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- جديد زليخة. (2012). الاغتراب. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 8، جامعة وادي سوف، الجزائر.
- الجماعي، صلاح الدين أحمد. (2007). الاغتراب النفسي والاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي. ط1. القاهرة: مكتبة مد بولي للنشر والتوزيع.

- حافظ خيرى أحمد. (1980). سيكولوجية الاغتراب لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه، جامعة عين الشمس، كلية الآداب، مصر.
- حامد زهران. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسى. ط3. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث للنشر.
- حامد زهران سناء. (2004). ارشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات- الاغتراب. ط1. القاهرة: عالم الكتب.
- حسين فايد. (2001). العدوان والاكتئاب فى العصر الحديث. ط1. النظرية التكاملية، جامعة حلوان.
- حماد حسن أوشاوش، إبراهيم عبد الرزاق عواد. (2006). الاغتراب فى رواية البحث عن وليد مسعود. مجلة الجامعة الإسلامية، العدد الثاني، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الرابع عشر.
- الحمداوي حسن. (2007). العلاقة بين الاغتراب والتوافق النفسى للجالية العراقية فى السويد. العراق.
- حنان عماري. (2013). قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- خليفة محمد عبد اللطيف. (2002). الاغتراب وعلاقته بالمقارنة والتوجيه الدينى. الكويت.
- خليفة محمد عبد اللطيف. (2002). علاقة الاغتراب بكل من التوافق وتوكيد الذات ومركز التحكم والقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات عربية فى علم النفس، الادارة العامة، 39 (2).
- خليفة محمد عبد اللطيف. (2003). دراسات فى سيكولوجية الاغتراب. ط1. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- خليفة محمد عبد اللطيف. (2003). مدخل فى الاتصال والتكيف الاجتماعى. مخبر علم الاجتماع الاتصال للبحث والترجمة، الجزائر.
- دافيد شيهان. (1998). مرض القلب. (عزت شعلان مترجم). ب ط. الكويت: عالم المعرفة.
- ديفدجي، كيت، دورنيس. (2015). الوقاية من القلق والاكتئاب (النظرية والبحث والممارسة). ط1. المركز القومي للترجمة.
- راجع أحمد عزت. (1994). أصول علم النفس. الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.
- رشاد زعتر، محمد عاطف. (1989). بعض السمات الشخصية وعلاقتها بالاغتراب النفسى لدى الشباب الجامعي. رسالة دكتوراه، جامعة الزقازيق، غزة.
- رشاد عبد العزيز موسى. (1993). علم النفس الدينى. ط1. مصر: دار عالم المعرفة القاهرة.
- رضوان سامر جميل. (2009). الصحة النفسية. ط3. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر الأردن.
- زهران سماح خالد. (2002). دراسات فى علم النفس الاجتماعى التربوى على الأطفال والراشدين. ط1. القاهرة: دار الفكر العربى.
- الزهراني، علي بن حسن صحفان. (1992). تشخيص مرض الاكتئاب والعوامل المرتبطة به، باستخدام مقياس بيك بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

- سرحان وليد. (2001). الاكتئاب. ط1. عمان: دار مجدلاوي.
- سعيد حافظ. (1984). الاكتئاب: دراسة في الانقباض النفسي. لبنان: دار الحدائث للطباعة والنشر والتوزيع.
- سرى إجلال محمد. (2003). الأمراض النفسية والاجتماعية. ط1. مصر: عالم الكتب.
- السليفاني حسن صالح. (1990). بناء مقياس تشخيص الكآبة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بغداد.
- السيد علي شتا. (1988). الاغتراب الاجتماعي في ضوء نظرية التكامل المنهجي. كلية الأدب، جامعة القاهرة.
- الشريبي لطفى. (2001). الاكتئاب المرض والعلاج. الإسكندرية: دار الكتب والوثائق القومي.
- شهية الكاملة. (2018). قلق الموت لدى المصاب بالقصور الكلوي: دراسة ميدانية بمركز تصفية الدم lilack أم البواقي.
- صالح حسن أحمد الداهري. (2010). مبادئ الصحة النفسية. ط1. عمان: دار وائل.
- صباح بركات. (2015). تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى تلاميذ السنة أولى ثانوي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- صموئيل حبيب. (د س). القلق حالة وجدانية تبنى وتهدم. ط1. القاهرة: دار الثقافة.
- ضريف وافية. (2017). الإجهاد المتكرر وعلاقته بظهور الاكتئاب. مذكرة لنيل شهادة ماستر، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
- طه عبد العظيم حسين. (2007). العلاج المعرفي مفاهيم وتطبيقات. بدون طبعة. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- عادل شكري محمد كريم. (2006). سلوك النمط "أ": دراسة في علم النفس، الأزاريطة السويس: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق أحمد، محمد صبورة. (1996). الأنشطة والأحداث السارة لدى عينة من طلاب الجامعات في مصر. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 3، الكويت.
- عبد الرحمن محمد السيد. (1998). نظريات الشخصية. ط1. مصر: دار قباء للطباعة والنشر القاهرة.
- عبد السميع، بهجات محمد. (2007). الاغتراب لدى المكفوفين ظاهرة وعلاج. ط1. الإسكندرية: دار الوفاء.
- عبد الله عسكر. (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. ط1. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة.
- عبد الله، مجدي أحمد. (2006). السلوك الاجتماعي ودينامياته. ط6. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد العزيز المعاينة. (2002). المدخل إلى علم النفس. ط1. عمان: دار الثقافة والدار العلمية الدولية.
- عبد المطلب القريطي. (1998). في الصحة النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبدي نسرين. (2002). قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بحمام دباغ. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 08 ماي 1945، قالمة.

- عبيدات محمد، أب نصار محمد، غفلة، مبيضين. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات. الجامعة الأردنية.
- عثمان نجاتي. (1977). علم النفس في حياتنا اليومية. الكويت: دار القلم.
- عثمان فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عتاب حميمي. (د س). الاكتئاب لدى النساء اللواتي يتناولن الأنسولين: دراسة ميدانية لعشر حالات، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة، الجزائر.
- العطية أسماء عبد الله. (2011). الإرشاد السلوكي المعرفي للاضطرابات القلق لدى الأطفال. ط3. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- العفيفي عبد الحكيم. (1989). الاكتئاب والانتحار: دراسة اجتماعية تحليلية. ط1. دار الكتب الحديثة.
- علاء محمد جاد الشعراوي. (1988). الشعور بالاغتراب وعلاقته ببعض المتغيرات العقلية وغير العقلية لدى طلبة الجامعة. القاهرة، مصر.
- علي بشرى. (2008). مظاهر الاغتراب لدى الطلبة السوريين في بعض الجامعات المصرية. مجلة جامعة دمشق، العدد الأول، المجلد (24).
- عليجة دوداح. (2011). الانتحار والميول الانتحارية وعلاقتها بالاغتراب لدى عينة من الطلبة الجامعيين: دراسة نفسية اجتماعية، اطروحة دكتوراه، الجزائر.
- عماد حسن، محمد حسن. (1995). الإغتراب عند إيريك فروم. ط1. المؤسسات الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- عملة يوسف. (2009). بحوث معاصرة في علم النفس. ط1. عمان: المملكة الأردنية للنشر والتوزيع.
- عواد محمود. (2006). معجم الطب النفسي والعقلي. ط1. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- عيد محمد إبراهيم. (2005). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي. ط2. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- العيسوي عبد الرحمن. (1997). مناهج البحث العلمي. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- غيث محمد عاطف. (1997). قاموس علم الاجتماع. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطباعة.
- فارس كمال نظمي. (2007). قلق الموت لدى الأستاذ الجامعي العراقي. مجلة الحوار المتمدن، العدد (1804).
- فايد حسين. (2008). كيف تتغلب على القلق. ط2. مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع مصر.
- فقيري تونس. (2015). علاقة سلوك النمط (ا) بقلق الموت لدى عينة من النساء المجهضات. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير (غير منشورة)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- قواجليه آية. (2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب السرطان. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي (غير منشورة)، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- كركوش فقيحة، أكتوف نسيمية. (د س). المعانة النفسية عند الأمهات المتزوجات الماكثات بالبيت. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، جامعة البليدة 2.
- كريمة يونسى. (2011). الاغتراب النفسي وعلاقته بالتكيف الأكاديمي لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري تيزي-وزو، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
- كفاقي علاء الدين. (1990). الصحة النفسية. ط4. القاهرة: دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان.
- كلينيك مايو. (2002). الاكتئاب. ط1. لبنان: دار العربية للعلوم بيروت.
- بلعماري كنزة، شريفي فطيمة. (2021). قلق الموت الناتج عن جائحة كورونا لدى ممارسي الصحة. قسم علم النفس، تخصص توجيه وإرشاد، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.
- لندة نعامي. (2022). المشكلات النفسية الناتجة عن جائحة فيروس كورونا المستجد لدى المراهق المتمدرس بمرحلة التعليم الثانوي: دراسة استكشافية ببعض ثانويات مدينة الحجيرة، تخصص علم النفس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- لويس كامل مليكة. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. ط1. الكويت: دار القلم.
- لويس كامل مليكة. (1992). علم النفس الإكلينيكي، ج1، التشخيص والتنبؤ بالطريقة الإكلينيكية. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- مارشال جوردن. (2004). موسوعة علم الاجتماع. ط1. لبنان: المجلس الأعلى للثقافة.
- محرز نسيمية. (2019). الاغتراب النفسي وعلاقته بالاكتئاب لدى المرأة العاملة المتزوجة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، طور(03) في علم النفس، جامعة محمد بوضياف المسيلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، المسيلة، الجزائر.
- مجدي أحمد محمد عبد الله. (2000). علم النفس المرضى الشخصية بين السواء والاضطراب. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محمد جاسم محمد. (2004). علم النفس الإكلينيكي. ط1. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد الحجار. (1989). الطب السلوكي المعاصر. ط1. بيروت: دار الملايين.
- محمد خيضر عبد المختار. (1998). الاغتراب والتطرف نحو العنف: دراسة نفسية اجتماعية. القاهرة: دار الغريب.
- محمد قاسم عبد الله. (2001). مدخل للصحة النفسية. ط1. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- مخالفة نريمان. (2015). اكتئاب ما بعد الولادة. مذكرة ماستر (غير منشورة)، تخصص علم النفس، جامعة محمد بوضياف، مسيلة، الجزائر.
- مدحت عبد الحميد أبو زيد. (2001). الاكتئاب. ط1، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- مروة فرج، سيد مغربي. (2015). قلق الموت وعلاقته ببعض المشاكل لدى المراهقين المصابين بمرض أنيميا البحر المتوسط. مصر: دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
- مصطفى ريرو. (1968). جدل الإنسان بين الوجود والاغتراب. مجلة الفكر المعاصر، العدد46، القاهرة.

- معاوية محمود أبو غزال. (2015). علم النفس العام. ط2. عمان: دار وائل.
- مكزي، ك. (2013). القلق ونوبات الفكر. ط2. (هلا أمان الدين مترجم). السعودية: مكتبة الملك فهد الرياض.
- المليجي حلمي. (2001). مناهج البحث في علم النفس. بيروت: دار النهضة العربية: بيروت.
- منذر بن خالد، مرهون السعيد. (2019). الاغتراب النفسي في علاقته بدافعية الإنجاز لدى المعلمين الوافدين بمدارس محافظة ظفار. مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة ظفار سلطنة عمان، العدد 63، المجلد 16.
- المهدي محمد عبد الفتاح. (2003). الصحة النفسية للمرأة. الإسكندرية: البطاش للطباعة والنشر.
- مهريه خليفة. (2014). الاغتراب وعلاقته بالأمن النفسي: دراسة ميدانية على عينة من مراهقي التعليم الثانوي بتمنراست، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة وهران.
- موسى رشاد. (1989). دراسات في علم النفس الاجتماعي وسيكولوجية الفروق بين الجنسين. ط1. القاهرة: مؤسسة مختار للنشر.
- ميرنا ماريو خاروفة، علا علي حسن. (2023). قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت اللحم العربية للتأهيل والجراحة. كلية العلوم التربوية، جامعة القدس، المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، فلسطين.
- ناهد سعود. (2005). قلق المستقبل وعلاقته بمستوى التفاؤل والتشاؤم. أطروحة دكتوراه، جامعة دمشق.
- نصر دلال. (2020). الاغتراب النفسي وعلاقته بالأمن النفسي لدى المراهقين من أبناء المستخدمين العسكريين: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ متوسطات وثانويات بورقلة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- نعاى هاجر. (2022). الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي في فترة العلاج الكيميائي: دراسة عيادية لحالتين بمستشفى الدكتور بن زرجب، كلية الآداب واللغات، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة بلحاج بوشعيب، عين تموشنت.
- نعيسة رغداء. (2012). الاغتراب النفسي وعلاقته بالأمن النفسي. مجلة جامعة دمشق، ترجمة أنور الحمادي، معايير الدليل التشخيصي الاحصائي (5) للاضطرابات النفسية، توزيع جهاد محمد حمد، العدد 3، المجلد 28.
- اليحياوي صفاء. (2011). الشعور بالاغتراب الذاتي والاجتماعي عند الكفيف. رسالة ماجستير، جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية، المدرسة الدكتورالية، الجزائر.
- يوسف محمد عباس. (2004). الاغتراب والابداع الفني. مصر: دار غريب للطباعة القاهرة.
- يفصح نورة. (2022). المعاش النفسي (قلق، اكتئاب) وعلاقته بالتوافق الأكاديمي لدى الطلبة ضحايا العنف الجنسي داخل الجامعة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس المدرسي، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، تيزي وزو، الجزائر.

- Abdel Khalek, A.M, (1986). **Death in Eguotian samples, personality and Individual Differences** 7, 479, 483.
- Berjeret et fean. (1984). **La dépression et les états limites.** Paris.
- Burgess, A.W, (1997). **Psychiatric Nursing Promoting Mental Health** , Appletion and Longes, London.
- Chouvha, H, (1985). **Lenqhéte en psychologie social**, paris, P.U.F.
- Cottraux jean, (1990). **Les thérapies comportementales et cognitives**, Ed : Elsevier Masson (8mars1999), France.
- Davison Cgnealejim,(1986) .**Ambnormal psychology**, Johan Willy, New York.
- Didier lechemia, (1994). **Les dépressions : de la prévention à la guérison**, book hémisphères, kervignac, France.
- F. Kaha, **Psychiatrie et psychologie**, revue de l'association actualité.
- Fontion, K.L. & Fletcher, J.S, (1999). **Mental Health Nursing, Addison**, Wesley, California.
- Foutaine et la octaux, J & Gadou. R. (1984). **Clinique des thérapies comportementales**, Bruxelles : pierre margade.
- Hautzinger M. & de Jung-Meyer R. (1994). **Depression**, Verlag fuer Psychologie, Women's Health program, 2010, Monach University,<http://med.monash.edu.au/sphpm/womenshealth/docs/enopausalstaging-algorith;.pd>.
- Hegel, G.w, (1977). **Hegel's Phenomenology of Spirit** (translated by Miller, A.V), Oxford University Press.
- Henry Richou, (1901). **Actualité psychiatrique**, revue de l'association actualité psychiatrique, loi du 1 er juillet, 1901.
- John w, (1986). **Alienecton Self Alienation and the stress-illness conction**, Dissalst inter vol (42).
- Kaplan, H.1&Sadock, B.J, (1983). **Modern synopsis of comprehensive Textbook of psychiatry**, Williams & Wilkins, 3ed, London.
- Kaplan, H.1&Sadock, B.J, (1996). **Pocket Handbook of Clinecal psychiatry 2nd**, Baltimore Williams &Wilkins.

- Kazdin. A.E, French. N.H. ET all, (1983). **Hoplessness, depression in patient children**, journal of consulting and clinical, psychology n°51.
- Malth by, J, (1999). **The reliability and Validity of death obsession scale a many English university and adult samples personality Individual Differences**, (28).
- Melanie Klein, (1952). **Some theortical conclusion regarding the emotional life of the infomt.** In Dereleopments in psychanalysais London: the Hogarth press.
- Mirabel- Saron, C. (2005). **Soigner les dépressions avec les thérapies Cognitives**. Paris: Dunod.
- Morse, D. Searching For Eternity. (2000). **A Scientist's Spiritual Journey to Overcome Death Anxiety**. United States. Eagle Wing Books, Inc.
- Pierre jean olie, (1995). **Dépression et l'avenir du déprimé.** Hors-série, au vert paradis du livre (aumes, Ir, France).
- Shneider, **La dépression et les etas limites**, édition payot.
- Sillemy, N, (1983). **Dictionnaire de la psychologie**, paris.
- Speillger, (1983). **Contenparrny Bêchassions theiapy**. My file publishurg. Company.
- Thorson, J. A, Powell, F. C, & Samuel, V. T,(1998). **Age differences in death anxiety among African-American women**, Psychological Raports,83.
- Yuksel, M, Gunes, F & Akdag.C (2017). **Investigation of the death anxiety and maening in life levels among middle agrd adults**, spiritual psychology and Counseling, (2).

الملاحق

الملحق 01: مقياس قلق الموت.

تعليمة الإستمارة:

نرجو من سيادتكم الإجابة عن هذه الأسئلة بكل دقة ووضوح وذلك بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي تراه مناسباً لك مع مراعاة عدم وضع إشارتين لنفس السؤال، تأكد بأن جوابك لا يقبل الصح أو الخطأ وسيحاط بكل سرية.

البيانات الأولية:

الإسم : العمر : الحالة الاقتصادية :
 الحالة المدنية : عدد الأولاد : المستوى التعليمي :
 المهنة : سوابق مرضية :

مقياس قلق الموت

الرقم	العبارات	صح	خطأ
1	أخاف كثيراً من الموت.		
2	نادراً تخطر لي فكرة الموت.		
3	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.		
4	أخاف أن تجرى لي عملية جراحية.		
5	لا أخاف إطلاقاً من الموت.		
6	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاصة.		
7	لا يزعجني إطلاقاً التفكير في الموت.		
8	أتضايق كثيراً من المرور الوقت.		
9	أخشى أن أموت موتاً مؤلماً.		
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير إضطرابي.		
11	أخشى فعلاً أن تصيبني سكتة قلبية.		
12	كثيراً ما أفكر كم قصيرة هذه الحياة فعلاً.		
13	أفشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة.		
14	يزعجني منظر جسد ميت.		
15	أرى ان المستقبل يحمل شيئاً يخيفني.		

الملحق 02: مقياس الاغتراب النفسي.

تعليمة الإستمارة:

نرجو من سيادتكم الإجابة عن هذه الأسئلة بكل دقة ووضوح وذلك بوضع علامة (X) أمام الجواب الذي تراه مناسباً لك مع مراعاة عدم وضع إشارتين لنفس السؤال، تأكد بأن جوابك لا يقبل الصح أو الخطأ وسيحاط بكل سرية.

البيانات الأولية:

الإسم : العمر : الحالة الاقتصادية :
 الحالة المدنية : عدد الأولاد : المستوى التعليمي :
 المهنة : سوابق مرضية :

مقياس الإغتراب النفسي

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أشعر بالوحدة عندما أكون بين أسرتي.					
2	أشعر أنني منعزل عن الناس من حولي.					
3	أشعر شعوراً قوياً بالإنتماء والولاء للجامعة التي أدرس بها.					
4	أهتم بالتفكير في مشاكل الآخرين.					
5	أشعر أن سعادتي تحقق بالإنتماء لأسرة أخرى غير أسرتي.					
6	أشعر أنني مفروض على زملائي.					
7	أشعر أنني غير مرغوب في بين أسرتي.					
8	إذا وجدت بين مجموعة من الناس أشعر أنني لست غريب عنهم.					
9	أشعر أنني غريب حتى عن نفسي.					
10	أشعر غالباً أنني وحيد.					
11	تمسكي بالقيم تعتمد على طبيعة المواقف والأشخاص.					
12	أفضل الحرية التي تخضع للمعايير الاجتماعية.					
13	لا يهم مخالفة المعايير إذا كنت سأفوز برضا الآخرين.					
14	أسعى لتحقيق أهدافي بغض النظر عن مشروعية الأداة.					
15	أنتقد الأشخاص الذين يخالفون القيم.					

				أعتقد أن المجتمعات التي لا تخضع للقيم تنعم بالحرية.	16
				أفضل غالبا مراعاة القيم في أي سلوك يصدر عني.	17
				من معاشرتي للناس تبين أنه لا داعي للتمسك بالقيم.	18
				أوافق القول أن الغاية تبرر الوسيلة.	19
				أعتقد أن القيم ضرورية لتنظيم الحياة.	20
				يمكنني تحمل مسؤولية أي عمل.	21
				أفضل في إقناع الآخرين بوجهة نظري مهما كانت صحيحة.	22
				أشعر أنني مسلوب الإرادة.	23
				أستطيع تحقيق أهدافي.	24
				غالبا لا أستطيع الإعتراض عندما لا أوافق على شيء.	25
				لا أستطيع إنجاز ما يطلب مني إنجازه.	26
				لدي القدرة للتخطيط لمستقبلي.	27
				أشعر أنني مقيد في الحياة.	28
				أترك العمل غالبا بمجرد ظهور أي مشكلة أو صعوبة فيه.	29
				أشعر أنني غير قادر على التحكم في إنفعالاتي.	30
				أشعر بقيمة ما أعمله مهما كان بسيطا.	31
				أشعر أنني لا أعامل معاملة إنسانية.	32
				أشعر أن لي فائدتي في مجتمعي.	33
				فقدت الاهتمام بكل شيء حتى في نفسي.	34
				أشعر أن الحياة لها قيمة.	35
				ينتابني إحساس عميق بأن أهدافي ليس لها قيمة.	36
				لا تغمرني الفرحة لما أحققه من نجاح مهما كان عظيما.	37
				المحيطون بي دائما يسخرون مني.	38
				أراني لها قيمة في الوسط الذي أعيش فيه.	39
				ليس هناك أي جديد أسعى لتحقيقه.	40
				أعيش دون أن أعرف الهدف من هذه الحياة.	41
				ليس لي هدف بعد أن أنتهي من الدراسة.	42
				أفضل الفراغ عن العمل لأنني لا أجد للعمل أي هدف.	43
				لا شيء يثير اهتمامي بالرغم من أن الأمور تسير لصالحه.	44

					45	أهدافي واضحة ومحددة.
					46	من الضروري أن يكون لنا أهداف في هذه الحياة.
					47	الحياة تبدو دائما رتيبة.
					48	معرفتي للهدف يساعدي على مواجهة الصعاب.
					49	أشعر أن مستقبلي غامض.
					50	أعتقد أنه لا معنى لسعي الناس وكدهم في الحياة.
					51	أعجز عن إيجاد وسيلة تذهب الضيق عني.
					52	أشعر أن الموت أفضل من الحياة.
					53	سواء نجحت أم فشلت فالأمر عندي سواء.
					54	العبارات المستخدمة في حياتنا لم يعد لها معنى.
					55	بالرغم من أن حياتي مليئة بالفشل إلا أنني أحاول إيجاد معنى لها.
					56	أشعر دائما بأنني بائس.
					57	أشعر أن الحياة لا داعي لها.
					58	أفكر غالبا في المواقف التي تعرضت فيها للإهانة.
					59	إهتمامي بنفسي لم يجعلني أتعدى على حقوق الآخرين.
					60	أستغرق غالبا في التفكير بنفسي وبمشاكلي.
					61	عادة أستشير الآخرين في حل مشاكلي.
					62	أشعر أن الآخرين يستحقون نصيبا من إهتمامي.
					63	أحب أن أشارك الآخرين في الخير الذي أحصل عليه
					64	أعتقد أن لا شيء يستحق التفكير فيه أكثر من ذاتي.
					65	أفضل عدم مشاركة الآخرين في همومي.
					66	مصلحتي فوق كل إعتبار.
					67	الجأ غالبا للوم نفسي على كل تصرف أقوم به.
					68	أحب أن أحصل لنفسي على النصيب الأكبر في كل شيء.
					69	أشعر أن الآخرين يستحقون نصيبا من إهتمامي.
					70	قد إستخدم الكذب للتخلص من أي مأزق.

الملحق 03 : مقياس الاكتئاب.

تعليمية الاستمارة:

في هذه الاستمارة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرئ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً أختار عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0 أو 1 أو 2 أو 3). تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة.

البيانات الأولية:

الاسم: السن: الحالة الاقتصادية:
 الحالة المدنية: عدد الأولاد: المستوى التعليمي:
 المهنة: سوابق مرضية:

مقياس Beck للاكتئاب

أولاً:

- 0 - لا أشعر بالحزن.
- 1 - أشعر بالحزن.
- 2 - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- 3 - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً:

- 0 - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- 1 - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- 2 - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- 3 - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً:

- 0 - لا أشعر بأي فاشل.
- 1 - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.

2 - عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.

3 - أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

رابعاً:

0 - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة على النحو كما اعتدت من قبل.

1 - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.

2 - لم أعد أحصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.

3 - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً:

0 - لا أشعر بالذنب.

1 - أشعر بأنني قد أكون مذنباً.

2 - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.

3 - أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادساً:

0 - لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

1 - أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.

2 - أتوقع أن أعاقب.

3 - أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

سابعاً:

0 - لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.

1 - أنا غير راضي عن نفسي.

2 - أنا ممتعض من نفسي.

3 - أكره نفسي.

ثامناً:

0 - لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.

- 1 - أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- 2 - ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- 3 - ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعا:

- 0 - أشعر بضيق من الحياة.
- 1 - ليس لي رغبة في الحياة.
- 2 - أصبحت أكره الحياة.
- 3 - أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشرا:

- 0 - لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1 - أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- 2 - أبكي طوال الوقت.
- 3 - لقد كنت قادرا على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر:

- 0 - لست متوترا أكثر من ذي قبل.
- 1 - أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- 2 - أشعر بالتوتر كل الوقت.
- 3 - لا أتوتر أبدا من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر:

- 0 - لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- 1 - إنني أقل اهتماما بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- 2 - لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- 3 - لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر:

- 0 - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- 1 - لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- 2 - أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- 3 - لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر:

- 0 - لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- 1 - يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- 2 - أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- 3 - أعتقد أنني أبدو قبيحا.

الخامس عشر:

- 0 - أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
- 1 - أحتاج لجهود كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- 2 - إن علياً أن أضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- 3 - لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر:

- 0 - أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- 1 - لا أنام كالمعتاد.
- 2 - استيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- 3 - استيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر:

- 0 - لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
- 1 - أتعب بسرعة عن المعتاد.
- 2 - أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- 3 - أنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر:

- 0 - إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
- 1 - إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- 2 - إن شهيتي للطعام أسوأ كثيرا الآن.
- 3 - ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر:

- 0 - لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.
- 1 - فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
- 2 - فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- 3 - فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون:

- 0 - لست مشغولا على صحتي أكثر من السابق.
- 1 - أني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.
- 2 - أني مشغول جدا ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3 - أني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد وعشرون:

- 0 - لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسي.
- 1 - أنني أقل اهتماما بالجنس عن المعتاد.
- 2 - لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيرا.
- 3 - لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماما.

الملحق 04 : شبكة الملاحظة.

الملاحظة	الجانب المراد ملاحظته	المحاور
-	- الهيئة - السلوك العام - التعاون والتفاعل - وضعية الجلوس - الطول - الوزن	المظهر العام
-	- الكلام - النطق - نبرة الصوت - لغة الجسد - الإيماءات	الجانب اللغوي والكلام
-	- الحزن - سرعة الغضب - الخوف - القلق - الإبتسامة	الجانب الانفعالي
-	- الانتباه - التفكير - عملية الذاكرة - قدرة اتخاذ القرارات	التوظيف المعرفي
-	- العلاقات الاجتماعية - الدعم الاجتماعي - التفاعل الاجتماعي - الاندماج الاجتماعي	الجانب الاجتماعي

الملحق 05 : دليل الأسئلة المستخدمة في المقابلات.

المحور 01: البيانات الأولية.

س: الاسم ؟

س: السن ؟

س: الحالة الاقتصادية ؟

س: الحالة المدنية ؟

س: عدد الأولاد ؟

س: المستوى التعليمي ؟

س: المهنة ؟

س: سوابق مرضية ؟

المحور 02 : قلق الموت.

س : هل تفكري في الموت ؟.

س : هل تشعرين بالقلق مما سيأتي بعد الموت ؟ لماذا ؟.

س : هل تشعرين دائما أنك على أعصابك وأنك سرسعة الغضب ؟.

س : هل تعانين من إضطرابات جسمية ؟.

س : هل تجدين صعوبة في النوم ؟.

س : كيف هي أحلامك عادة ؟.

س : هل تخافي أن تموتي بريقة مفاجأة ؟.

س : هل ترين نفسك مسؤولة عن أي مشكل يحدث لعائاتك ؟.

المحور الثاني 03 : الإغتراب النفسي.

س : هل تشعرين بأنك غيرمتصلة بذاتك ؟.

س : هل لديك أفكار سلبية مستمرة عن نفسك أو قدراتك ؟.

س : هل تواجهين صعوبة في الشعور بالراحة في الأماكن التي كنتي تستمتعين بها سابقا ؟.

س : هل تعاني من صعوبة في التركيز أو الاهتمام في الأنشطة اليومية ؟.

س : هل تشعرين بالرضا عن نفسك ؟.

س : ماهو هدفك في الحياة ؟.

س : ماهي نظرتك بالنسبة للمستقبل ؟.

المحور الثالث 04 : الإكتئاب.

س : هل تعتقدين أنك شخص عديمة القيمة أو تشعرين بالذنب بشكل مفرط ؟.

س : هل تشعرين بالتعب أو فقدان الطاقة حتى بعد الراحة ؟.

س : هل تواجهين مشكلة في النوم لعدد ساعات كافية ؟.

س : هل لاحظتي تغيرات في شهيتك أو وزنك ؟.

س : هل تجدين صعوبة في التركيز أو إتخاذ القرارات ؟.

س : هل تشعرين بالإنسحاب من العائلة أو الآخرين ؟.

س : هل تجدين صعوبة في القيام بالأعمال المنزلية أو العناية الشخصية ؟.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de L'enseignement
Supérieur et de La Recherche
Scientifique
Université Ain
TémouchentBelhadjBouchaib
Faculté des lettres ,langues et des
sciences sociales
Département des sciences sociales



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب، اللغات والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

السنة الجامعية: 2023 - 2024

بطاقة الاشراف على مذكرة التخرج

الاسم و اللقب الطالب(ة): محمد بن عبد السلام تاريخ و مكان الازدياد: 1.1.1991 ج. عين تموشنت ع/ت
الاسم و اللقب الطالب(ة): ياسمين تاريخ و مكان الازدياد: 9.1.1991 ع/ت
الشهادة المحضرة: حاج التخصص: العلوم الاجتماعية
عنوان المذكرة: تأثير
الاسم و اللقب المشرف: د. زاوي أمال الدرجة العلمية: استاذ
مكان التريض: الجامعة

<p>التاريخ</p> <p><u>2024/05/24</u></p> <p>تأشيرة رئيس القسم</p>	<p>التاريخ</p> <p><u>2024/05/24</u></p> <p>إمضاء الأستاذ المشرف</p> <p><u>د. زاوي أمال</u></p>	<p>التاريخ</p> <p><u>2024/05/24</u></p> <p>إمضاء الطالب</p> <p><u>محمد بن عبد السلام</u></p>
--	--	--



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Université Ain Temouchent Belhadj Bouchaib
جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
Faculté des lettres et des langues et sciences humaines
كلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

عين تموشنت في 2024 / 01 / 2024

رقم: 300 / 2024 / ج.ب.ب.ع.ع 2024

رخصة تربص

نرجو منكم التفضل بقبول داخل مؤسستكم/هينتكم:

المؤسسة/البيئة: حوضي! كمتور بنينا حيدنا أنت.

الطالب (ة): حصيدنا من البيئية

تاريخ الميلاد: 1.1.1.1 حوضي بيئية 2000

المسجل في: السنة: الثانية ماستر كالم (البيئية) تخصص: علم النفس / التدفيع العيادي

وذلك لإجراء دورة تدريبية داخل مصالحكم الخاصة والتي تهدف إلى افتراض تطبيق المعارف التي يتم تدريسها ليم داخل مؤسستكم وهذا تحضيراً للمذكرة التخرج السنة الجامعية 2024/2023.

تاريخ فترة التدريب: 2024 / 01 / 2024 2024 / 03 / 2024

خلال هذا التدريب، الطالب مُلزَم بتقديم كل المساعدة اللازمة لتنفيذ السليم للبرنامج الموكول إليه.

كما أن الطالب مدعو للامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالقواعد والإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي، سيدي، خالص شكرنا وتحياتنا.

المسؤول البيداغوجي



المؤسسة المستقبلة



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
 République Algérienne Démocratique et Populaire
 Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
 وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
 Université Aïn Témouchent Belhadj Bouchaïb
 جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
 Faculté des lettres et des langues et sciences humaines
 كلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

عين تموشنت في / /
 رقم: 30... / ك.د.ل.ج.ح.ب.ع.ع / 2024
 12 من 2024

رخصة تربص

نرجو منكم التفضل بقبول داخل مؤسستكم/هيئتكم:
 المؤسسة/البيئة:
 الطالب (ة):
 تاريخ الميلاد:
 المسجل في: السنة: الثانية ماستر (2) تخصص: علاج النفس العيادي

وذلك لإجراء دورة تدريبية داخل مصالحكم الخاصة والتي تهدف إلى افتراض تطبيق المعارف التي يتم تدريسها ليم داخل مؤسستكم وهذا تحضيراً لمذكورة التخرج السنة الجامعية 2024/2023.

تاريخ فترة التدريب:
 خلال هذا التدريب، الطالب مُلزم بتقديم كل المساعدة اللازمة لتنفيذ السليم للبرنامج الموكل إليه. كما أن الطالب مدعو للاعتثال الصارم لتقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالتقواعد والإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تقبلوا، سيدي، سيدي، خالص شكرنا وتحيتنا.

المؤسسة الممثلة

المسؤول الميداني

العياد

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب / طريق سدي بلعاص من 254 عين تموشنت - الجزائر
 UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADI BOUCHAIB
 BP 254 Route de SIDI BELABES - AIN TEMOUCHENT-46000 - ALGERIE

