

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

أثر سوء التوافق الزوجي
في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة
من خلال تطبيق اختبار (MMPI2)
- دراسة ميدانية بمدينة بسكرة -

مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف:

د/ نبيل مناني

إعداد الطالبة:

فطيمة ونوغي

أعضاء لجنة المناقشة			
الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
جابر نصر الدين	أستاذ	بسكرة	رئيسا
نبيل مناني	أستاذ محاضر أ	بسكرة	مشرفا ومقررا
نحوي عائشة	أستاذ محاضر أ	بسكرة	عضوا مناقشا
بوقصة عمر	أستاذ محاضر أ	باتنة	عضوا مناقشا
جبالى نور الدين	أستاذ	باتنة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2013/2014

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

أثر سوء التوافق الزوجي
في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة
من خلال تطبيق اختبار (MMPI2)
- دراسة ميدانية بمدينة بسكرة -

مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف:

د/ نبيل مناني

إعداد الطالبة:

فطيمة ونوغي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر

احمد الله واشكره على نعمته التي فضل بها عليّ في الوصول إلى هذه الدرجة من درجات العلم، وتوفيقه لي لإتمام هذه الأطروحة.

إن واجب الاعتراف بالجميل يدعوني وأنا أنهى إعداد هذا البحث أن أتقدم بأجمل عبارات الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين تلقيت منهم العلم والمعرفة والتوجيه طيلة مرحلة الدراسة، وعلى رأس هؤلاء أستاذي الفاضل الدكتور "مناتي نبيل" الذي تكبّد عناء الإشراف على هذا البحث برحابة صدر، ولم يبخل عليّ بإرشاداته وملاحظاته القيّمة التي كان لها الأثر الفعال في إنجاز هذا الجهد المتواضع.

شكري وتقديري لمن كان لي خير السند لإتمام هذه الدراسة زوجي "سليم قري" الذي قاسمني عناء إتمام هذه الدراسة، و لم يبخل عليّ أبداً بدعمه العاطفي والنفسي.

كما لا يفوتني أن أتقدم بشكري إلى كل من:

- د/ تاوريريت نو الدين؛ الذي لم يبخل عليّ بتوجيهاته وإرشاداته، منذ بداية إعداد هذه الأطروحة، د/ جابر نصر الدين؛ الذي منحني من وقته الكثير لإنجاز هذا البحث، د/ رابحي إسماعيل؛ الذي أشكره على نصائحه وتوجيهاته ورحابة صدره وسعة قلبه، د/ بوقطاية مراد؛ من جامعة الجزائر الذي لم يبخل عليّ بمساعدته في إنجاز هذه الدراسة، د/ بحري نبيل، من جامعة الجزائر الذي ساهم بصورة فعالة في اتمام هذا العمل خاصة في جانبه التطبيقي. شكري أيضاً موصول إلى كل أساتذتي الذين أشرفوا على تعليمي في جامعة محمد خيضر ببسكرة، وعلى رأسهم: د/ نحوي عائشة، د/ بوسنة زهير عبد الوافي، د/ دبراسو فاطمة، د/ بلوم محمد.

كما أرفع أسمى آيات بالشكر إلى كل الأخصائيات النفسانيات على مستوى العيادات والمراكز الحكومية بولاية بسكرة، اللاتي ساهمن في إنجاز هذه الدراسة في شقها التطبيقي.

إهداء

أهدي هذا العمل إلى من أوصاني بهم المولى عز وجل إحسانا، وكانوا ولا زالوا سببا في

تقدمي ونجاحي أبي وأمي أطال الله في عمرهما.

إلى تاج سعادتني وعزيز قلبي الذي أتوافق معه بطريقة تختلف عن كل الأزواج

زوجي " سليم "

إلى قناديل حياتي أبنائي عائشة ومحمد امين.

إلى إخوتي مصدق، اسمهان، رابح، مصعب، عدوية، لزهرة

إلى كل شريكين كافحا واجتهدا للحفاظ على استقرار حياتهما معا.

ملخص الدراسة:

تهدف دراستنا الحالية إلى معرفة الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة، كما أن هاته الدراسة جاءت مُعالجةً لموضوع المرأة كأحد طرفي العلاقة الزوجية، باعتبارها الأكثر تعبيراً عن معاناتها والأكثر طلباً للمساعدة مقارنة بالرجل.

وتعتبر المرأة الأساس الذي تقوم عليه الأسرة، باعتبارها الأم والزوجة التي تضطلع بالعديد من الأدوار، والتي قد تمتد خارج إطار الأسرة أحيانا في حالة خروجها للعمل، وكلما كانت علاقتها الزوجية بالطرف الآخر "الزوج" متوافقة أثر ذلك إيجاباً على صحتها النفسية، وأصبحت أكثر عطاءً ومردودية في أدوارها المتشعبة، وهو ما يؤثر بدوره إيجاباً على التوازن النفسي للأبناء والجو الأسري ككل.

فكلما كانت العلاقة الزوجية مضطربة يكسوها سوء التوافق الزوجي، أثر ذلك سلباً على التوازن النفسي للمرأة، ويجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية لتكوينها النفسي والبيولوجي المختلف عن الرجل، وعلى هذا تموضعت مشكلة الدراسة في جملة من التساؤلات كما صيغت الفرضيات الفرعية، وهدفها معرفة الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة، وللوصول إلى ذلك كان لابد من تبني أدوات البحث العلمي، والتي تمثلت في مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000)، لتماشيه مع أهداف البحث من حيث استخراج غير المتوافقين زوجياً، والأداة الثانية تمثلت في اختبار مينسوتا متعدد الأوجه (MMPI2)، إلى جانب استخدام المقابلة نصف الموجهة.

وكانت الدراسة الاستطلاعية بمدينة بسكرة من خلال توزيع مقياس التوافق الزوجي على عينة من النساء المتزوجات لمعرفة مدى وضوح عبارات المقياس، ولقد تبين عدم غموض بنود المقياس وبالتالي تطبيقه، وهذا كمرحلة أولى

وفي المرحلة الثانية من الدراسة الإستطلاعية تم توزيع كل من مقياس التوافق الزوجي واختبار مينسوتا متعدد الأوجه (MMPI2)، كل في ظرف واحد يحمل رقم معين، وكل ظرف يمثل حالة واحدة على عينة عرضية وقوامها (220) امرأة من المترددات على العيادات النفسية الحكومية بمدينة بسكرة، وذلك بالإستعانة بالأخصائيين النفسانيين على مستوى كل عيادة؛ في حين الدراسة الأساسية قد أجريت على عينة قصدية قوامها (52) امرأة غير متوافقة زوجياً من خلال مقياس التوافق الزوجي؛ أين تم تحليل اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" (MMPI2) لكل واحدة منهن.

وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الاكلينيكي، وكذا الاعتماد على التحليل الكيفي إنطلاقاً من الدرجات المتحصل عليها، وكذا التكرارات المترجمة إلى نسب مئوية، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1. لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض الاكتئاب لدى المرأة.

2. لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض توهم المرض لدى المرأة.

3. لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض الهستيريا لدى المرأة.

والنتيجة العامة المتوصل إليها هي : لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة.

بمعنى أنه كلما كان سوء التوافق الزوجي، كلما صاحبه تكوين ميولات نحو الأمراض النفسية لدى المرأة، وعلى رأسها الاكتئاب وتوهم المرض والهستيريا.

وما تم التوصل إليه من نتائج في هذه الدراسة هو ينصب في مجال العلوم الإنسانية والتي تتميز بالنسبية لا المطلق.

ABSTRACT

The present study is an attempt to unveil the impact of the lack of adjustment on a matrimonial relation. It is a fact that, troubled matrimonial relation can have serious consequences on both, the wife, and the husband. This study tries to focus on the question of the lack of adjustment in a matrimonial relation and its impact on the wife in particular. In a troubled matrimonial relationship, it is often the wife who bears the psychological burden of a dysfunctional matrimonial relation, therefore, she is the one who usually asks, and cries for help and consideration compared to the husband. In general, the wife is considered to be as the pillar of the family. By playing various important roles, the wife can be a mother, and in many cases, a co-bread owner, who goes out, on a regular basis to work as well. Indeed, a positive and good matrimonial relation can create an important sensation of well-being on both the husband and wife, which helps of course, the family cell to establish itself as a solid unit. Nevertheless, when the contrary is the case, and the lack of understanding in the couple's relation begins to appear, the relation then starts therefore to witness a cycle of disequilibrium and malfunction. Usually, the prime victim in all that is the wife, who is generally considered to be as the weakest part, given the fact that her biological, and psychological nature make her more vulnerable and ready to fall into the psychological disorder, and in many cases, in a state of collapse. Based on all these parameters, the problematic of the present study has been set and elaborated based on several important questions. Moreover, a series of hypotheses were put in order to unveil and find out, the impact of the wife's lack of adjustment in a matrimonial relation in creating within her the tendency of falling into psychological disorder. In order to realize this particular task, the researcher has relied on a scientific research procedure, which is represented in the use of three different tools: On one hand, the researcher has found in Mourad Bougataia's measure of matrimonial adjustment, (2000) as a tool which the researcher considerer it to be very close and very much compatible with the goals of the present study, especially when it comes to the task of pointing out the parties who, are badly adjusted in a matrimonial relation. The second tool used in this study however, the researcher has used, the multi-purpose Minsota' test, (MMP12), which, according to her own judgement is fundamental in understanding what this research is set to achieve. The third and final tool used in this study is the semi-directed or half-oriented interviews. The researcher has carried out a thorough scooping study in the city of Biskra where she has managed first, to distribute Mourad Bougataia's measure of matrimonial adjustment amongst a sample of married women. By distributing Bougataia's measure, the researcher aimed in fact at finding out the extent of how easy, or how difficult the expressions that this test has on the members of the sample chosen. The result of this particular task has revealed that the expressions contained in Bougataia's test were clear and easy to assimilate for all women approached. The second step undertaken by the researcher when applying her scooping study in the city of Biskra, she has also distributed a set of a numbered envelops to a cross sample of (220) women, who happened to have been routinely examined by governmental psychological services in Biskra. On each of these envelops distributed there was a particular number, destined to a one single case of that cross sample. Each of these envelops contained three elements: the Bougataia's measure adjustment test; the Minsota' test (MMP12); and the semi-directed or half-oriented interview, or corresponding. The net and actual sample that the researcher has finally came up with contained (52) women out of the (220), who have clearly manifested several matrimonial difficulties that were clearly indicated in the feed-back that they have given. The researcher has used in her approach procedure, the clinical method by relying on the qualitative analytical method starting from the marks obtained, as well as, the duplicates translated into percentages. The present study has revealed the following facts that affect the wives in particular: the lack of matrimonial adjustment leads to the wife' depression; the tendency of imagining sickness; as well as, the tendency of being hysterical. The principal finding, which the researcher has been able to come up with in this study, revealed that the lack of matrimonial adjustment has a big role in the appearance of psychological disorder as far as the wife is concerned. Finally, the researcher would like very much to state that, whatever the importance of the results obtained in this particular study, it is however imperative to mention that in social sciences facts and findings remain always relative and not absolute.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	إهداء
	شكر وتقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ	مقدمة
الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة	
5	1. إشكالية الدراسة.....
13	2. أهمية الدراسة.....
14	3. أهداف الدراسة.....
14	4. دوافع اختيار موضوع الدراسة.....
16	5. الدراسات السابقة.....
30	6. التعريف الإجرائي للمتغيرات الأساسية للدراسة.....
32	7. فرضيات الدراسة.....
الجانب النظري:	
الفصل الثاني: الأسرة والزواج	
	تمهيد:
36	اولا/الزواج.....
36	1. مفهوم الزواج.....
42	2. أهداف الزواج.....
47	3. الحقوق الزوجية.....
51	4. أشكال الزواج.....
55	5. الاختيار الزوجي.....

الصفحة	العنوان:
61	6.العلاقات التي تتم قبل الاستعداد للزواج بين الطرفين.....
62	7.مراحل الحياة الزوجية.....
66	8.الأدوار الزوجية.....
73	9.المفاهيم الإيجابية للزواج والعلاقة الزوجية.....
77	ثانيا/ الأسرة.....
77	1. مفهوم الأسرة.
80	2. خصائص الأسرة.....
83	3. وظائف الأسرة.....
85	4. مقومات الأسرة.....
88	5. الصحة النفسية في الأسرة.....
91	6. المرأة في الأسرة الجزائرية.....
	خلاصة.

الفصل الثالث: سوء التوافق الزوجي

تمهيد:

102	أولا/ التوافق وسوء التوافق النفسي.....
103	1.تعريف التوافق النفسي.....
104	2.مؤشرات السلوك التوافقي.....
105	3.أبعاد عملية التوافق النفسي.....
107	4.مجالات التوافق النفسي.....
109	5.سوء التوافق النفسي.....
110	6. مظاهر سوء التوافق النفسي.....
111	7. أساليب التوافق النفسي.....

الصفحة	العنوان:
119	8. قياس التوافق النفسي.....
120	ثانيا/ سوء التوافق الزوجي.....
120	1. تعريف سوء التوافق الزوجي.....
122	2. النظريات المفسرة لاستمرار الزواج غير المتوافق.....
126	3. عوامل سوء التوافق الزوجي.....
157	4. الوقاية من سوء التوافق الزوجي.....
	خلاصة.

الفصل الرابع: الأمراض النفسية لدى المرأة

تمهيد:

168	أولا/ الأمراض النفسية.....
168	1. تعريف المرض النفسي.....
172	2. تطور الإهتمام بالأمراض النفسية.....
178	3. عوامل الإصابة بالأمراض النفسية.....
182	4. أعراض الأمراض النفسية.....
189	5. الوقاية من الأمراض النفسية.....
190	6. علاج الأمراض النفسية.....
194	7. أسس تصنيف العلاجات النفسية.....
195	ثانيا/ المرأة والمرض النفسي.....
195	1. وضعية المرأة في الحضارات القديمة والديانات المختلفة.....
205	2. وضعية المرأة في المجتمع الجزائري.....

الصفحة	العنوان:
207	3. العوامل المساعدة على إصابة المرأة بالأمراض النفسية.....
215	4. توهم المرض لدى المرأة.....
220	5. الاكتئاب.....
226	6. الهستيريا.....
235	7. عوائق استعادة المرأة في العلاج من الأمراض النفسية.....
	خلاصة.

الجانب التطبيقي:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

239	إجراءات الدراسة.....
239	1. منهج الدراسة.....
240	2. حدود الدراسة الأساسية.....
240	1.2. الحدود المكانية.....
240	2.2. الحدود الزمانية.....
240	3.2. الحدود البشرية.....
240	3/ الدراسة الاستطلاعية.....
241	1.3. الهدف من الدراسة الاستطلاعية.....
241	2.3. عينة الدراسة الاستطلاعية.....
243	3.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية.....
244	4/ الدراسة الأساسية.....
244	1.4. عينة الدراسة الأساسية.....
248	5/ أدوات الدراسة.....

العنوان	الصفحة
1.5. مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000)	248
2.5. اختبار منسوتا متعدد الواجه (MMPI2)	259
3.5. المقابلة نصف الموجهة.....	273
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1. عرض نتائج الدراسة.....	276
1.1. عرض نتائج مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000)	276
2.1. عرض نتائج اختبار مينسوتا متعدد الواجه (MMPI2)	277
2. مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة.....	282
1.2. مناقشة الفرضية الأولى.....	282
2.2. مناقشة الفرضية الثانية.....	283
3.2. مناقشة الفرضية الثالثة.....	285
3/ مناقشة الفرضية العامة.....	287
خلاصة.....	289
خاتمة.....	290
قائمة المراجع.....	291
الملاحق.	

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	معدل سنوات الزواج في الجزائر من 1966 إلى 2002)	97
2	المستوى التعليمي للعينة الاستطلاعية	242
3	المستوى التعليمي لعينة الدراسة الأساسية	244
4	عدد اطفال عينة الدراسة الأساسية	245
5	مدة زواج عينة الدراسة الأساسية	245
6	فك الرابطة الزوجية لعينة الدراسة الأساسية	246
7	عمل عينة الدراسة الأساسية	246
8	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوعية السكن	247
9	النتائج الكلية لاختبار مينوستا متعدد الأوجه	278

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	عوامل سوء التوافق الزوجي	127

مقدمة:

يعتبر الزواج مطلب أساسي من مطالب النمو في مرحلة الرشد، وبه تُولد العلاقة الزوجية، والتي من خلالها يحاول الزوجان تحقيق أهداف الزواج سواء منها الدينية، أو النفسية، أو الاجتماعية والتي بتحقيقها قد ينبأ بالتوافق الزوجي. أما في حالة الإخلال بهذه الأهداف، فإنه قد يؤدي إلى اضطراب العلاقة الزوجية، وبالتالي سوء التوافق الزوجي، وهذا الأخير الذي يعد من بين مجالات سوء التوافق النفسي والذي يبرز من خلال السلوكيات غير المتوافقة لكلا الزوجين، أو أحدهما في تفاعله مع الزوج الآخر.

والمرأة الجزائرية كأحد طرفي العلاقة الزوجية، فإنها تتأثر بسوء التوافق الزوجي، وهي أكثر تصريحا بمعاناتها وأكثر طلبا للمساعدة من الرجل نتيجةً لتكوينها النفسي والفزيولوجي، والذي بدوره يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية.

فسوء التوافق الزوجي قد يؤثر سلبا على الصحة النفسية للمرأة، ويهدد وجودها كفرد، وكدور في مجتمعنا، الذي يحيطها بالعديد من القيود من خلال عاداته وتقاليده التي تُكرس النظام الذكوري، واعتبارها الطرف الأضعف، والخاضع في العلاقة الزوجية، والذي بدوره يشكل ضغطا اجتماعيا إضافيا لم تتحرر منه المرأة، بالرغم من التقدم الذي يشهده المجتمع الجزائري في جميع المجالات.

من هذا الباب جاء طرحنا لهذا الموضوع؛ إذ أن الهدف الأساسي من هذه الدراسة، هو البحث عن الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل نحو الأمراض النفسية لدى المرأة. ونظرا للأهمية البالغة التي تحتلها الدراسة في إطارها النفسي و الاجتماعي، فقد تم الإعتماد على "المنهج الاكلينيكي" المتماشى وطبيعة الدراسة، وعلى هذا يمكن تلخيص محتوى الدراسة على النحو الآتي:

تموضعت الدراسة بداية **بالفصل الأول**، الذي يضم كل من الإشكالية، وتحديد أهمية الدراسة، وأهداف ودوافع اختيار موضوع الدراسة، ثم يليها مباشرة جملة من الدراسات السابقة مع التعليق عليها، والتعريف الإجرائي للمتغيرات الأساسية للدراسة، وفي الأخير عرض فرضيات الدراسة بما فيها العامة والفرعية.

كما يحتوي الجانب النظري للدراسة والمقسم بدوره إلى فصول بحثية وهي:

الفصل الثاني: بعنوان "الزواج والأسرة" الذي ينطوي على:

أولاً: التعريف بالزواج وأهدافه، ثم تبيان الحقوق الزوجية، ثم أشكال الزواج عبر بعض الثقافات، يليه الاختيار الزوجي ببُعديه الديني والتطيري، ثم التطرق إلى مراحل الحياة الزوجية وخصوصية كل مرحلة فيها ثم الأدوار الزوجية، وفي الأخير إبراز البعد السيكولوجي في العلاقة الزوجية.

ثانياً: تعريف الأسرة وخصائصها، ثم الوظائف المنوطة بها، ثم مقوماتها، ثم الصحة النفسية في الأسرة، وأخيراً وضعية المرأة في الأسرة الجزائرية.

أما الفصل الثالث المعنون بـ: "سوء التوافق الزوجي" والمتضمن:

أولاً: تعريف التوافق النفسي ومؤشرات السلوك التوافقي ثم أبعاده ومجالاته، ثم التطرق إلى سوء التوافق النفسي ومظاهره وأساليب التوافق النفسي، وفي الأخير قياس التوافق النفسي.

ثانياً: إعطاء تعريف للتوافق الزوجي، ثم تعريف سوء التوافق الزوجي والنظريات المفسرة له، وتحديد عوامل سوء التوافق الزوجي، والتي بدورها تُقسم إلى عوامل سابقة لقيام العلاقة الزوجية، وعوامل لاحقة لقيام العلاقة الزوجية بصورة فعلية وشرعية، وأخيراً الوقاية من سوء التوافق الزوجي.

أما الفصل الرابع: المعنون بـ" الأمراض النفسية لدى المرأة"، والمتضمن:

أولاً: تعريف المرض النفسي والتفريق بينه وبين كل من السلوك المرضي والمرض العصبي، والمرض العقلي، ثم إدراج عنصر تطور الإهتمام بالأمراض النفسية عبر العصور بدءاً من العصور القديمة وصولاً إلى العصر الحديث، ثم أعراض الأمراض النفسية، ضف إلى ذلك الوقاية من المرض النفسي والحديث عن العلاج النفسي للأمراض النفسية ثم الإرشاد العلاجي.

ثانياً: التطرق إلى التكوين العضوي والنفسي للمرأة ثم الإحاطة بالعوامل المساعدة على إصابة المرأة بالأمراض النفسية، والتي تنقسم إلى عوامل اجتماعية وأخرى بيولوجية، ثم التطرق إلى بعض الأمراض النفسية التي قد تصاب بها المرأة وهي الاكتئاب، وتوهم المرض والهستيريا، وفي الأخير توضيح عوائق استفادة المرأة العربية في العلاج من الأمراض النفسية.

وهناك الجانب التطبيقي الذي يحتوي بدوره على الفصل الخامس والفصل السادس.

أما **الفصل الخامس** فيتضمن اجراءات الدراسة، وذلك بتحديد ما يلي:

تحديد المنهج المطبق مع الحدود المكانية والزمانية والبشرية للدراسة، وكذا التطرق للدراسة الاستطلاعية، والمتضمنة كل من الهدف مع ذكر العينة الاستطلاعية، وكذا الأدوات، وفي الأخير الأهداف الخاصة بها، كما تم التطرق إلى الدراسة الأساسية؛ ضف إلى ذلك التعرف على ادوات الدراسة، وهي مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000) واختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا (MMPI2) والمقابلة نصف الموجهة.

أما **الفصل السادس** فيحتوي على عرض ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية في ضوء ما توصلت إليه من دراسات سابقة، كما تمت مناقشتها على ضوء الفرضيات الفرعية الثلاث؛ وفي الأخير مناقشتها في ظل الفرضية العامة مع إعطاء خلاصة لهذا الفصل؛ ضف إلى ذلك، إدراج هذه الدراسة بملخص بكلتا اللغتين "العربية والانجليزية"، وفي الأخير الخاتمة وقائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول : طرح إشكالية الدراسة

1/ إشكالية الدراسة:

لقد أصبحت الاضطرابات النفسية تُكوّن مشكلة حقيقية تهدد الصحة النفسية للفرد، كون مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية، وإن كانت تتسم بصفة عامة بأنها نفسية المنشأ تتجسد في أعراض مختلفة؛ إلا أنها لا تمس بترباط وتكامل الشخصية كون المصاب لازالت تربطه تلك العلاقة مع الواقع الذي يعيش فيه، وهي الميزة الرئيسية التي تميزه عن المصاب بالأمراض الذهانية.

والإهتمام بالأمراض النفسية مر بتاريخ طويل يرجع إلى حوالي خمسة آلاف عام، ولم يكن حينها يفرق بين المرض العقلي والمرض النفسي بصورة واضحة، وكان يعتمد على العلاج بناءً على التشخيص لكل مرحلة، إلى أن اتضح التمايز الواضح ما بين المرض العقلي والمرض النفسي في العصر الحديث وظهور التصنيفات المعتمدة للأمراض النفسية والعقلية، التي كان لها أهمية بالغة في الطب النفسي، لمساهمتها الفعالة في وصف الحالة المرضية بدقة، والتشخيص التفريقي بين الأمراض، ومساعدتها في وضع الخطة العلاجية المناسبة لكل مرض على حدى، ومن أبرز هذه التصنيفات: التصنيف الدولي للأمراض (ICD)، الذي وضعته وطورته منظمة الصحة العالمية (WHO)، وكذا الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (DSM).

وعادة ما ترتبط الأمراض النفسية بالمرأة، وهو ما أكدته مختلف الأبحاث والدراسات الأجنبية، وسعت إلى معرفة العوامل المسببة لإصابة المرأة بالأمراض النفسية، وهو ماتم البحث عنه في مطلع السبعينيات؛ حيث تم عقد أول مؤتمر دولي عن "المرأة والصحة النفسية" في معهد الطب النفسي في إنجلترا عام 1970، والذي ما زال يُعقد كل عام منذ ذلك التاريخ، حيث حاول هذا المؤتمر الدولي الإجابة على العديد من الأسئلة المبهمة في ذلك الوقت ومن بينها:

- هل المرأة أكثر عرضة للأمراض النفسية من الرجل؟
- هل المرأة أكثر شجاعة وأكثر قدرة على التعبير عن معاناتها النفسية؟
- هل المرأة أكثر حاجة للرعاية النفسية؟

كما تم طرح أسئلة أخرى والتي تدور حول محور واحد وهو الصحة النفسية للمرأة. وكنتيجة لذلك أخذت الكلية الملكية للأطباء النفسانيين بإنجلترا بالاعتراف بما يشبه الفرع الخاص بالاضطرابات النفسية لدى المرأة، وتشجيع مجموعة خاصة للقيام بالأبحاث اللازمة لهذا الشأن بداية من عام 1995. أما في المجتمع العربي فنلمس نقصا واضحا في الدراسات والأبحاث الميدانية المحلية الخاصة بمشكلات المرأة النفسية ومعظم الجهود العلاجية في الوطن العربي تستند إلى نتائج ودراسات غربية وتختلف كثيرا في الظروف ونمط الحياة.

(<http://www.elazayem.com/new-page->)

ويلعب التكوين البيولوجي والنفسي والجانب الاجتماعي، دورا كبيرا في جعل المرأة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بالرجل، فطبيعة المرأة من الوجهة البيولوجية أكثر تعقيدا، مثال ذلك أنه أثناء فترة الطمث، وفترة ما قبل الطمث، تعاني المرأة من أعراض نفسية مختلفة، كالتوتر الداخلي والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج العصبي، مع حساسية الإنفعال وكثرة البكاء، هذه الفترة تصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية، كما تبدأ وتزيد الأعراض الاكتئابية عند توقف نشاط الهرمونات الجنسية، أو ما يسمى بسن اليأس، كما قد تتعرض المرأة بعد الحمل والولادة إلى نوع من الاكتئاب يدعى الاكتئاب ما بعد الولادة، والذي يصاب بهذا النوع (10%) من النساء اللاتي يضعن طفلا جديدا.

(علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 30)

إلى جانب العوامل البيولوجية التي تدخل في تكوين المرأة، نجد تكوينها النفسي له دور في تهيئتها للإصابة بالأمراض النفسية، فالتكوين النفسي للمرأة له طبيعة خاصة، كونها تلد وتربي، وهي وظيفة تستقل بها المرأة وتعترز بها، ولقد أوجد فيها ذلك غريزة وحساً، مما يلائم ذلك من الرقة ورهافة الحس وفيض العاطفة، وتدفق الوجدان وليونة القلب، إلى غير ذلك من الصفات، لأنها أم حامل أو مرضعة أو حاضنة أو أخت.

(عبد الكريم المدعزي، 1999، ص 33)

إلى جانب التكوين النفسي للمرأة، نجد أن للعوامل الاجتماعية دور في تهيئة المرأة للإصابة بالأمراض النفسية؛ حيث أثبتت دراسات "ويسمان ومساعديه" "Wissman"، العلاقة الوثيقة بين الوضع الاجتماعي البائس الذي تعيشه بعض النساء بالدرجة الأولى، والوضع العائلي بالدرجة الثانية من جهة،

وارتفاع حالة الإصابة بالكآبة لدى النساء من جهة أخرى، حيث ان استصغار المرأة المتزوجة لدورها داخل البيت، من القيام بالأعمال المنزلية ورعاية الأطفال، وتلبية رغبات الزوج، وغيرها من الأعمال التي تنهك الزوجة، وإعتبار هذا الدور هو الدور الوحيد لها، والتقليل من قيمتها من طرف الزوج أو الأسرة ككل قد يؤثر سلبا على الصحة النفسية للمرأة، ويجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية وعلى رأسها الاكتئاب.

(شكوة نوابي مراد، 2001، ص ص 161، 162)

ويبدو أن ارتباط المرأة بالاكتئاب هو الأكثر وضوحا، فقد وجد "Paykel" "بايكل" (1991) ان نسبة الاكتئاب لدى المرأة هو ضعف النسبة لدى الرجل، ولقد تأكد هذا الباحث أن هذا الارتفاع في الإصابة بالاكتئاب ليس راجعا إلى "سلوك البحث عن المساعدة" الذي تتسم به 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 لدى النساء المتزوجات، وفي السن من 25 إلى 45 سنة اللات لديهن أطفال، مما يرجح أن يكون للعوامل الاجتماعية دور في إحداث الاكتئاب لديهن.

(<http://www.eLazayem.com/New-pag-227.htn21>)

وهو الأمر ذاته الذي أكدته بعض الدراسات العربية - رغم قلتها- بأن هناك ظروف حياتية اجتماعية خاصة لدى المرأة العربية، والتي تساعد على تكوين نوع من أنواع الاضطرابات النفسية لديها. ومن هذه الدراسات نجد دراسات كل من "منى الصواف، وقتيبة الجلبي" اللات قامتتا بإنجازها على مدى أكثر من عشر سنوات في الكويت والمملكة العربية السعودية؛ حيث أرجعا عوامل إصابة المرأة العربية بالأمراض النفسية إلى أن المرأة شريك سلبي للرجل؛ حيث أنها شريكة الجسم لا العقل، بالإضافة إلى قلة اللقاء الأسري وضعف التواصل العاطفي والفكري بين الزوجين وسوء استخدام التعددية في الزواج.

(منى الصواف، قتيبة الجلبي، 2006، ص ص 41، 42)

وفي السياق ذاته يشير " بلقاسم الحاج"، (2011)، إلى أن وضع المرأة ومكانتها داخل الأسرة العربية عموما، لم يحظ بالاهتمام اللازم، مما يؤكد أن العلاقات الأسرية تعتبر علاقة مقدسة ومحاطة

بكثير من التحريكات لإنطوائها على الدوافع الجنسية، وكيفية كبحها؛ الأمر الذي يجعلها بعيدة عن الفحص العلمي والمناقشة الحرة.

ويعتبر المجتمع الجزائري من بين المجتمعات السائرة في طريق النمو التي يحكمها النظام الأبوي على غرار باقي المجتمعات العربية؛ حيث يربط بعض الباحثين والمفكرين العرب التخلف الحاصل في هذه المجتمعات بهذا النظام نظرا لشموليته لمختلف أنساق المجتمع، (سياسي، ثقافي، اقتصادي، أسري)، والذي يتميز بالتخلف والتبعية، كما يتميز إضافة إلى ذلك بذهنية أبوية تتمثل في نزعتها السلطوية الشاملة. فكل ما يميز المجتمع الأبوي من خصائص يمكن إسقاطها على الأسرة، فالمرأة تبقى تعاني التمييز؛ الأمر الذي كرّس عبر التاريخ، العداء العميق والمستمر في لا وعي هذا المجتمع للمرأة والتقليل من وجودها الاجتماعي كإنسان.

فالمرأة في المجتمع الجزائري، فإن كانت تخضع لسلطة الأب، أو الأخ، قبل زواجها فإنها تخضع لسلطة الزوج بزواجها.

فمنذ طفولتها تنشأ المرأة الجزائرية على فكرة أنها ضعيفة، وتقوم الأسرة من خلال الأم بتحديد أوارها تبعا لجنسها، وتهيئتها للحياة الزوجية من خلال التنشئة الاجتماعية التي تتضمن نوعا من الخصوصية، من خلال ترسيخ جملة من الأفكار في ذهنيها والتي تدور كلها حول كيفية ان تكون ربة بيت ممتازة، بالإضافة الى إنجابها أكبر عدد من الذكور.

وفي هذا يرى "سميد جمال"، (2004)، بأن المرأة الجزائرية في الأسرة التقليدية لا تكتسب وجودها كأنثى إلا بمجرد تزويجها وإنجابها للذكور.

وتبعا لذلك فالعلاقة الزوجية في الأسرة التقليدية تنتم بعزل الزوجين من حيث الإتصال الدائم والمباشر في المجال العام للحياة اليومية بدافع "الحشمة"، وضرورة امتناع الزوج عن التعبير عن عاطفته تجاه زوجته، لأن هذا ضربا من ضروب الضعف التي لا يجب أن يوصف بها أي رجل يعتز برجولته.

(حنيفة صالح، 2009، ص 204)

وبذلك فالعلاقة الزوجية في الأسرة الجزائرية التقليدية تخضع لإرادة رب العائلة - والد الزوج - في قيامها واستمرارها وحتى انهائها، وهو ما يدل على غياب إرادة الزوج والزوجة كطرفين في العلاقة الزوجية.

ولقد شهد المجتمع الجزائري تطورا ملحوظا، والذي مس جميع المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، والذي أثر بدوره على الأسرة الجزائرية من خلال التغيير الذي عرفته في وظائفها، وتكوينها الذي كان له تأثير على وضع المرأة في الأسرة والمجتمع، حيث تحررت المرأة الجزائرية من دورها التقليدي في الإنجاب والقيام بأمر المنزل، وامتد دورها خارج غطاء الأسرة من خلال تعليمها وخروجها للعمل واثبات ذاتها.

وبذلك تغير مفهوم الزواج بالنسبة للمرأة من الأسرة التقليدية إلى الأسرة المعاصرة؛ حيث أصبح مطلبا لتحقيق ذاتها كأنثى، وإشباع لرجسيتها وتحقيق لحاجاتها العاطفية والنفسية، وليس لمجرد إنجاب الأطفال والقيام بأمر البيت. فالمرأة الجزائرية في الأسرة المعاصرة تسعى من خلال زواجها إلى بناء أسرة متماسكة مع زوج يحتويها نفسيا وعاطفيا يشاركها أحلامها وآمالها، كونها أشد احتياجا للسعادة الزوجية المليئة بالحب والدفء نظرا لتكوينها النفسي والبيولوجي المختلف عن الرجل.

فالمرأة ومن خلال العلاقة الزوجية الناجحة و المتوافقة تثبت ذاتها كأنثى وكزوجة وكأم، وهو ما يؤثر ايجابا على صحتها النفسية. وفي حال اضطراب العلاقة الزوجية وسوء توافقها الزوجي، فإن ذلك يؤثر سلبا على نفسيته وتوازنها، وتبرز مؤشرات سوء التوافق الزوجي من خلال تلك السلوكيات غير المتوافقة لكلا الزوجين أو أحدهما في تفاعله مع الزوج الآخر، وهو ما يجعل العلاقة الزوجية هشة متصدعة.

وتشير هنا "سناء الخولي"، بأن سوء التوافق الزوجي يعبر على عدم إتفاق الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة، وعدم مشاركة كلاهما الآخر في أعمال، و نشاطات مختلفة وعدم تبادل العواطف.

(سناء الخولي، 2008، ص 75)

فالزواج غير المتوافق، والذي تعتريه العديد من المشكلات، يُعيق الزوجة في تحقيق توافقها النفسي كونها أكثر ادراكا لإضطراب العلاقة الزوجية لتكوينها النفسي المختلف عن الرجل، وهو ما يؤثر سلبا على أداء أدوارها كأم وكزوجة وكربة بيت، وهو ما ينعكس بدوره على الأسرة ككل .

كون استقرار الأسرة يكون ضعيفا أمام المشاكل التي تكتسبها العلاقة الزوجية، والتي تكون مظاهرها متفاوتة الشدة، من ضعف التواصل العاطفي، والفكري، وشجارات يومية قد تنتهي باستعمال العنف بمختلف أشكاله إلى الخيانة الزوجية، والإهمال الزوجي، وسوء التوافق الجنسي، هذا الأخير

الذي يعد من أكبر مؤشرات سوء التوافق الزوجي، حيث يشير العديد من علماء النفس والجنس بأن العلاقة الزوجية الناجحة تبدأ من العلاقة الجنسية، فكلما كانت العلاقة الجنسية بين الزوجين مشبعة لكليهما فإن ذلك ينجح لامحالة العلاقة الزوجية بكافة جوانبها، كونها حسب " ثيدورايك" ليست مجرد علاقة جنسية محضة بل هي تعبر عن الحنان وعن الشراكة الحميمية بين الزوجين.

و بالرغم من التكتّم الذي يطبعه الأزواج على العلاقة الحميمية، واعتبارها منطقة محرمة لا يجوز اختراقها فهي بحكم العادات والتقاليد في المجتمعات العربية تعتبر من ضمن الطابوهات، إلا أنها تعد السبب الرئيسي، والخفي لسوء التوافق الزوجي، وهو الأمر الذي يعيق العلاج الزوجي.

وبالرغم من اضطراب العلاقة الزوجية وتصدها، والشكاوى المتكررة من قبل أحد الزوجين، أو كلاهما، فإن الزواج يضل قائماً بصورة شرعية وقانونية، مما يبعث بالتساؤل لماذا يستمر العديد من الأزواج بالمضي في علاقة زوجية مضطربة؟ وفي هذا السياق وجدت نظريتان يحاولان تفسير استمرارية الزواج غير المتوافق، وهما نظرية التحليل النفسي ونظرية التبادل.

فنظرية "التحليل النفسي" نجدها تستخدم مصطلح التوازن للإشارة إلى استمرارية التوازن في النظام النفسي الداخلي، بينما يستخدمه المنظرون في مجال الأسرة كمصطلح يوضح استمرارية التوازن داخل الأسرة، والتي تحافظ على توازن محدد قائم، وحينما يهدد كيان التوازن الأسرة، تقوم الأسرة في العادة بمحاولات منظمة لإعادة هذا التوازن، وعادة ما يشارك كل أفراد الأسرة في هذه العملية.

والعلاقة الزوجية بدورها تتضمن نوعاً من التوازن؛ حيث تلعب نوع العلاقة بين الزوجين دوراً مركباً في زيادة، أو نقصان المشاكل والخلافات لدى كل منهما، وقد يظهر هذا التوازن بين الزوجين في تقسيم السلطة بشكل لا يرضي الزوجين ولا يصلان إلى أي طريقة مرضية للتوازن، ومن الممكن أن يظهر هذا التوازن في جوانب أخرى، فنجد أحد الزوجين يمثل "أنا أعلى" للطرف الآخر، أو يمثل صورة ذات منخفضة، أو يكون كأننا مثالي له.

(داليا مؤمن، 2004، ص ص 71، 74)

أما "نظرية التبادل" فهي تقوم على مدى تبادل المكافآت، والإثبات بين الزوجين، باعتبارها المعززات للعلاقة الزوجية؛ حيث يرتبط التوافق الزوجي بزيادة ما يحققه الزواج من إثابة وتعزيز لكل

من الزوجين، وفي حالة ما انطوى الزواج على كثير من عوامل الخسارة، فإن العلاقة الزوجية قد تضطرب ويسودها سوء التوافق.

وبذلك فإن أصحاب نظرية التبادل قد حللوا طبيعة العلاقة الزوجية، والإتزان الزوجي بمصطلحات المكاسب والخسائر في استمرار العلاقة الزوجية، وما يسببه من صعوبة في التغيير وهو ما يؤدي بدوره إلى الانجذاب للبدائل.

(داليا مؤمن، 2004، ص 77)

والملاحظ من خلال العديد من الدراسات أن سوء التوافق الزوجي ينعكس بصورة أكبر على الزوجة، ويؤثر سلباً على توازنها النفسي، ويجعلها مهددة للإصابة بالعديد من الأمراض النفسية، نتيجة تكوينها البيولوجي والنفسي، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية التي تحيطها بالعديد من القيود، التي لم تتحرر منها بالرغم من التقدم الذي يشهده المجتمع العربي في جميع الأصعدة، والذي طال الأسرة والزواج، وهو ما أشارت إليه دراسات عديدة منها دراسة "ناهد سعود" (1999) بسوريا، بأن الزوجات غير المتوافقات زوجياً يبدین معاناة نفسية أكثر من الأزواج، ولديهن ميلاً أشد نحو ردود الفعل العصابية.

(سميرة الجهني، 2008، ص 13)

وعلى هذا تناولت الطالبة الباحثة موضوع دراستها حول أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة، ومن خلال ما تم ذكره فإن إشكالية دراستنا تتجسد في السؤال التالي:

- هل لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة؟

وينبثق عن هذا التساؤل الأساسي جملة من التساؤلات الفرعية والتي سيتم الإجابة عليها وفقاً لسير الدراسة وهي على النحو الآتي:

1. هل يؤدي سوء التوافق الزوجي إلى تكوين الميل إلى مرض توهم المرض لدى المرأة؟
2. هل يؤدي سوء التوافق الزوجي إلى تكوين الميل إلى مرض الاكتئاب العصابي لدى المرأة؟
3. هل يؤدي سوء التوافق الزوجي إلى تكوين الميل إلى مرض الهستيريا لدى المرأة؟

2/ أهمية الدراسة:

إذا كانت هناك العديد من الدراسات الأجنبية التي تناولت موضوع العلاقة الزوجية في بعدها المضطرب، وركزت على العوامل والأسباب المؤثرة في اضطراب العلاقة الزوجية؛ إلا أن الدراسات العربية وخاصة الجزائرية لم تسلط الضوء على كيفية تأثير سوء التوافق الزوجي على الصحة النفسية للمرأة، هذه الأخيرة التي تحكمها العديد من الخصوصية في مجتمع كالمجتمع الجزائري، التي طرأت عليه الكثير من التغيرات في الآونة الأخيرة، سواء منها الاجتماعية والاقتصادية، وحتى السياسية والتي أثرت على شخصية الفرد الجزائري وتصوراته للزواج والعلاقة الزوجية.

كما أثرت على المرأة في حد ذاتها؛ حيث أصبحت لديها العديد من الأدوار، من مواصلة تعليمها والخروج إلى العمل، ومحاولة إثبات ذاتها، إلى جانب أدوارها التقليدية في الأسرة، كربة منزل، وأم، وما يتطلبه ذلك لرعاية من جانبها. ضف إلى ذلك ما تتطلبه العلاقة الزوجية من واجبات اتجاهها، ملزمة بأدائها لتحقيق الاستقرار الأسري الذي يتحقق من خلال العلاقة الزوجية السليمة مع الشريك؛ التي تلعب دورا جوهريا في تحقيق الاستقرار الأسري، و الأداء الجيد لأدوار كلا الزوجين، والذي يؤثر بدوره على المناخ الأسري في جميع المجالات، وخاصة منها المجال النفسي من خلال تحقيق الصحة النفسية لكلا الزوجين وكذا الأبناء.

وبذلك تبرز أهمية الدراسة في محاولة الكشف عن الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في اضطراب الصحة النفسية للزوجة، وظهور ميولات نحو المرض النفسي لديها، وهو بدوره يؤثر سلبا على دينامية العلاقة الزوجية، وعلى تربية الأبناء واستقرارهم النفسي.

إذا كانت النتائج المتوصل إليها إيجابية في دراستنا؛ بمعنى أن لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة، فهذا يؤدي إلى لفت انتباه أهل الاختصاص، "أخصائيين نفسانيين، وباحثين" على ضرورة التكفل النفسي بهذه الشريحة، هذا من جهة، وكذا العمل على تفعيل ورشات للإرشاد الزوجي للأزواج، وخلق دورات خاصة للمقبلين على الزواج، لتعريفهم ببيكولوجية كل طرف في العلاقة الزوجية، من أجل رسم صورة واضحة عن العلاقة الزوجية وأسسها، وكيفية تحقيق التوافق الزوجي.

3/ أهداف الدراسة:

الهدف العام للدراسة:

التأكد من وجود الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في اختلال الصحة النفسية لدى المرأة، واصابتها بالأمراض النفسية .

الهدف الخاص للدراسة:

محاولة تحديد أكثر الأمراض النفسية التي تصاب بها المرأة غير المتوافقة زواجياً.

4/ دوافع اختيار موضوع الدراسة:

إن دراسة الأسرة ببعدها السيكولوجي والاجتماعي ذات أهمية بالغة، كونها البنيان الاجتماعي الأساسي للفرد والمجتمع على حد سواء، ويجمع الباحثون في مجال العلاقات الأسرية على أهمية الأسرة في تحقيق العلاقة الدافئة الصحية وضرورتها لنمو شخصية أفرادها وتوازنهم النفسي.

وتلعب المرأة كأحد طرفي العلاقة الزوجية دور جوهري وحيوي في بناء الأسرة، وكلما كانت الزوجة تتمتع بصحة نفسية سليمة فإنها تكون أكثر كفاءة في أداء أدوارها، وهو ما يؤثر إيجاباً على الصحة النفسية الأبناء والأسرة ككل.

ومحاولة منا لتحديد الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي لدى المرأة من خلال اضطراب العلاقة الزوجية، وظهور الميل إلى الأمراض النفسية لديها، وارتأينا أن نقوم بمقاربة الموضوع من بعدين أساسيين هما:

- بعد سوء التوافق الزوجي، وبعد الأمراض النفسية لدى المرأة، محاولة منا لفهم كيفية تأثر المرأة كفرد وكدور بسوء التوافق الزوجي.

ويمكن أن نلخص دوافع اختيار موضوع الدراسة في النقاط التالية:

❖ ملاحظة الطالبة الباحثة - باعتبارها اخصائية نفسانية - في الواقع المعاش كثرة تردد النساء على العيادات النفسية، وشكواهن المستمرة من اضطراب العلاقة الزوجية وترسباتها على صحتهن الجسمية والنفسية، مما أحدث لدى الباحثة جملة من التساؤلات التي تبحث عن الإجابة.

❖ الميل الشخصي لموضوع العلاقة الزوجية، الذي لايزال المجتمع الجزائري يحيطها بالعديد من القيود، و اعتبارها من ضمن الطابوهات التي يُحرّم اختراقها ودراستها.

5/ الدراسات السابقة:

الدراسات التي اهتمت بالعلاقة الزوجية عديدة ومتنوعة، سواء منها العربية أو الغربية؛ ذلك للأهمية البالغة التي نكتسبها هذه العلاقة سواء بالنسبة للزوجين أو للأبناء أو الأسرة ككل.

إلا أن الدراسات التي تناولت كيفية تأثير سوء التوافق الزوجي على الصحة النفسية للمرأة فهي قليلة خاصة العربية منها، ولهذا سنصنف هذه الدراسات إلى صنفين، الدراسات التي تناولت العلاقة الزوجية والتوافق الزوجي، والدراسات التي تناولت كيفية تأثير العلاقة الزوجية ببعدها المضطرب على الصحة النفسية للمرأة، وهذا تماثيا مع موضوعنا الذي ينقسم إلى شقين:

- الشق الأول: تناول العلاقة الزوجية وسوء التوافق الزوجي.

- الشق الثاني: تضمن أعراض الاضطرابات النفسية للمرأة غير المتوافقة زواجيا.

1/ الدراسات التي تتعلق بالعلاقة الزوجية والتوافق الزوجي:

أ. دراسات جزائرية:

*دراسة "مراد بوقطاية" المعنونة بـ "التوافق الزوجي في المجتمع الجزائري" (2000)، هدفت الدراسة إلى الكشف عن البنية القيمية العاملة للحياة الزوجية في المجتمع الجزائري، والمقارنة بين المتوافقين وغير المتوافقين من الأزواج في القيم العاملة والقيم الفردية في الحياة الزوجية.

وقام الباحث بتصميم مقياسين للدراسة، مقياس القيم المرتبطة بالحياة الزوجية ومقياس التوافق الزوجي وطبق المقياسين على عينة تتكون من (404) فرد؛ أي (202) ذكور، (202) إناث.

وكان متوسط العمر لدى عينة البحث يساوي (37) سنة ومتوسط مدة الزواج 10 سنوات.

توصل الباحث إلى أن بنية القيم الزوجية تنطوي على (09) عوامل هي: عامل المعاملة، والذي كان بالمرتبة الأولى من حيث الأهمية؛ ثم يليه عامل التواصل كمرتبة ثانية، عامل المثل الأخلاقية في المرتبة الثالثة، النظرة إلى الحياة في المرتبة الرابعة، عامل العلاقة بالأهل في المرتبة الخامسة، عامل الجمال والتناسق في المرتبة السادسة، عامل الحياء والحشمة في المرتبة السابعة، قيمة العمل في المرتبة الثامنة ثم عامل رعاية الأسرة في المرتبة التاسعة والأخيرة.

وحسب هذه الدراسة فإن التوافق الزوجي يقوم على طبيعة قيم الزوجين بشكل كبير، وانسجام هذه القيم يساهم بشكل فعال في نجاح العلاقة الزوجية، وبالتالي تحقيق التوافق الزوجي.

في حين أن عدم انسجام وتناسق هذه القيم قد يؤدي إلى هدم العلاقة الزوجية، وبالتالي سوء التوافق الزوجي. (مراد بوقطاية، 2000)

• دراسة " بلميهوب كلثوم" (2004) الموسومة "عوامل الاستقرار الزوجي - دراسة مقارنة على عينة من الأزواج المضطربين وغير المضطربين زواجيا- مع اقتراح برنامج في العلاج الزوجي".

وهدف البحث إلى تحديد العينة التي من شأنها المساهمة في تحقيق الاستقرار الزوجي، والتي حددتها الباحثة بتحقيق مستوى عالٍ من التوافق والرضا والاتصال والتوقع والسعادة الزوجية.

إستخدمت الباحثة (05) مقاييس لكل عامل، واستبيان تضمن البيانات الشخصية تكونت العينة من (400) فرد من كلا الجنسين.

وتوصلت الباحثة إلى تحديد (03) أنواع من العوامل التي تساعد على الاستقرار الزوجي هي: عوامل لوجستية، عوامل شخصية وعوامل تفاعلية.

كما توصلت الدراسة إلى أن العوامل المرتبطة ب: السن عند الزواج، مدة الزواج، الفارق في السن بين الطرفين، عدد الأطفال، الجنس، طريقة التعارف، الالتزام الديني لم يكن لها تأثير على الاستقرار الزوجي.

ولم تجد الباحثة تأثير السن عند الزواج على مدى استقراره، تبين كذلك أن الفئة الأكثر توافقاً والأكثر تحقيقاً لتوقعاتها الزوجية هي الفئة التي يتراوح سنها بين 31 و44 سنة.

بالنسبة لعامل الجنس الفروق غير الدالة احصائياً، في كل من الرضا والتوقع والسعادة الزوجية بين الرجال والنساء، لكن الإتجاه العام للنتائج يُظهر حصول الرجال على متوسطات أعلى من متوسطات النساء في هذه المقاييس.

بالنسبة لمدة الزواج فهي غير دالة؛ إلا أن دراسة "كوردريك ودينفر" تؤكد أن قصر مدة العشرة هي أحد العوامل المنبئة باضطراب العلاقة الزوجية، كما أن الاضطراب يكون في الثلاث سنوات الأولى ثم يبدأ بعدها الزواج في الاستقرار.

- لم تجد فروقات دالة فيما يخص عامل عدد الاطفال.

وبالنسبة لفاعلية البرنامج العلاجي الزواجي، ربطته الباحثة بعاملين رئيسيين هما:

- تمسك كل الطرفين بالعلاقة الزوجية.

- مدى رغبة الطرفين في تلقي المساعدة.

(حنيفة صالح، 2009، ص ص 34، 35)

ب/ دراسات عربية:

• دراسة "ماري حبيب" (1983) بمصر الموسومة بـ: "إدراك الزوجين للعلاقات الزوجية المتوترة".

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الإدراك المتبادل لدى الزوجين، لوجود توتر في علاقتهما الزوجية، ولقد استعملت الباحثة مقياس التوافق من إعدادها ومقابلة مقننة على عينة تكونت من 120 فرد، (60 زوج، 60 زوجة)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- اختلاف درجات التوتر بين الزوجين ترجع إلى اختلاف نوع الضغوط وبنائها النفسي وإدراكهما لهذا التوتر.

- هناك عدد من الصفات التي يدركها مجموع الأزواج، ويعتبرونها غير مرضية، تؤدي إلى زيادة التوتر مثل الشكوى المستمرة من الشريك أو عدم الطاعة أو كثر الطلبات.

- اعتبرت الزوجات أن الصفات التالية غير مرضية في الأزواج وهي: "الإهانة، عدم الاحترام، عدم المشاركة واللامبالاة، التحكم، العناد".

(حنيفة صالح، 2009، ص 37)

• دراسة "رواية دسوقي" (1986) في مصر الموسومة بـ: "العوامل الاجتماعية وتأثيرها في عملية التوافق الزوجي" دراسة ميدانية بمصر.
حيث قامت الباحثة بدراسة (90) زوج وزوجة من المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتوسط، والذي تتراوح أعمارهم من خمسة وعشرين إلى خمسين عاماً، وتوصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- لا توجد علاقة بين التعليم والتوافق الزوجي.
- أن الأسر التي لديها طفل واحد أكثر توافقاً من الأسر التي لديها عدة أطفال.
- كما توصلت الباحثة إلى أن الإنسجام في السمات الشخصية والحاجات النفسية هو العنصر المؤثر بشكل كبير في عملية التوافق الزوجي.

(سلوى عبد الحميد الخطيب، 2007، ص 159)

• دراسة "سعاد الكاشف" (1992) الموسومة بـ "ديناميات اضطراب العلاقة الزوجية"، وتهدف الدراسة إلى التعرف على أهم العوامل النفسية وراء اضطراب العلاقة بين الزوجين في كافة جوانبها، سواء التعامل أو الفهم أو السلوك الجنسي.
وتكونت العينة من (24) فرد، 12 زوج، اعمارهم ما بين (35-55) سنة، (12) زوجة، اعمارهن ما بين (30-40) سنة، وقامت الباحثة بإعداد ثلاث استبيانات كالتالي:

- استبيان فن التعامل بين الزوجين.
- استبيان الفهم والتوافق بين الزوجين.
- استبيان العلاقة الجنسية بين الزوجين.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

كشف استبيان فن التعامل بين الزوجين عن وجود فرق دال إحصائياً بين النساء والرجال على المتصل الإيجابي (العلاقة الزوجية الناجحة) لصالح النساء وعلى المتصل المحايد، (العلاقة الزوجية الروتينية) لنفس الاستبيان، وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء والرجال لصالح الرجال.

وعلى المتصل السلبي،(العلاقة الزوجية المضطربة) على نفس الاستبيان لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

كما كشف إستبيان الفهم والتوافق بين الزوجين عن وجود فروق لها دلالة احصائية على المتصل الإيجابي لصالح النساء، ووجدت فروق ذات دلالة احصائية بين النساء والرجال على المتصل المحايد لصالح النساء، أما المتصل السلبي، فلا توجد دلالة إحصائية توضح الفرق بينهما.

كشف استبيان العلاقة الجنسية بين الزوجين على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الرجال والنساء على الأبعاد الثلاث فيما يخص العلاقة الجنسية بين الزوجين.

(عايدة شكري، 2001، ص 131)

• دراسة " نوال الحنطي" (1999) في السعودية المعنوة بـ: "مشكلات التوافق الزوجي لدى الأسرة السعودية خلال السنوات الخمس الأولى للزواج".

وقد تكونت عينة الدراسة من أزواج وزوجات سعوديين (284 زوجة، و222 زوجا)، وطُبق عليهم مقياس مشكلات التوافق الزوجي من إعداد الباحثة، وأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر المشكلات شيوعا لدى الأزواج والزوجات السعوديين على الترتيب:

- مشكلات الزمن الذي يقضيه الزوجان معا.
- مشكلات أداء الأدوار.
- مشكلات الإتصال.
- مشكلات الغيرة.
- مشكلات رعاية الأطفال.
- مشكلات وجود سمات عصابية لدى أحد الزوجين أو كليهما.
- مشكلات اختلاف المستوى الثقافي والاجتماعي والديني بين الزوجين.
- مشكلات تدخل أهل الزوجين.
- مشكلات العلاقة الجنسية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الزوجي للمتزوجين لسنة فأقل، أو أكثر من ثلاث سنوات، وكذلك توجد فروقا في التوافق الزوجي ممن ليس لديهم اطفال ومن لديهم أطفال.

(سعد العبدلي، 1430 هـ، ص 77)

• دراسة " ناهد سعود"، (1999) بسوريا "مشكلات التفاعل الزوجي وعلاقتها باضطراب العلاقات الزوجية " بهدف دراسة مشكلات التفاعل الزوجي، التي تنعكس من خلال مجالات حياتية مختلفة ، منها ما يمس سلوك وعادات الأزواج شخصيا، ومنها ما يمس الحياة المشتركة بين الطرفين كالتواصل بينهم، وقد سعى البحث لدراسة نوعية الزواج، وبيان علاقتها بازدياد حدة الاضطرابات والمشكلات النفسية والزوجية، وكانت عينة البحث مشكلة من الأزواج والزوجات في مدينة دمشق بلغت (233) زوج وزوجة، وتم استخدام مقياس التفاعل الزوجي، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موحية بين نوعية الزواج المنخفضة لدى الأزواج وانتشار المشكلات النفسية والجسدية، والخلافات حول الأمور الحياتية المشتركة، وأن الزوجات يعانين من مشكلات في التفاعل والعلاقات الزوجية، ولديهن ميولا أشد نحو ردود الفعل العصابية عن الأزواج؛ حيث أظهرت الزوجات معاناة نفسية أكثر من الأزواج.

(سميرة الجهني، 2008، ص 13)

• دراسة "الشريفين"، (2003) في الأردن الموسومة بـ" التوافق الزوجي في ضوء بعض المتغيرات الاجتماعية"، بهدف التعرف على أثر أسلوب اختيار شريك الحياة ونوع الزواج والتقارب في المستوى التعليمي، وعدد مرات الزواج وفترة الخطوبة، في مستويات التوافق الزوجي بصورته الكلية ومجالاته الفرعية، على عينة مكونة من (291 فردا)، (136 ذكرا) و(155 أنثى)، جميعهم من العاملين في القطاع الصحي في مديرية صحة "إربد" وفقا للطريقة العشوائية الطبقية، وبحساب الأوساط الحسابية والإنحرافات المعيارية واستخدم الباحث مقياس التوافق الزوجي واظهرت نتائج الدراسة:

- أن درجة التوافق الزوجي لدى افراد العينة على الأداة الكلية كبيرة، وكانت أعلى درجة للتوافق في المجال العاطفي.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التوافق الزوجي بصورته الكلية تُعزى لفترة الخطوبة، وفي مجال التوافق الفكري تُعزى لأسلوب اختيار شريك الحياة واختلاف فترة الخطوبة.
 - أما في مجال التوافق الاجتماعي والأسري فقد وُجدت فروق ذات دلالة احصائية تُعزى للتقارب العمري واختلاف فترة الخطوبة.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التوافق الزوجي بصورته الكلية تُعزى إلى أسلوب الحياة ونوع الزواج والتقارب العمري والتعليمي.
- (أحمد الصمادي، هلال الجهوري، 2001، ص ص 7، 8)

ج/ دراسات غربية:

• دراسة "رونالد بيرك وتامارا وير" "Burk & Weir" (1976) المعنونة بـ: "آثار العمل على شخصية المرأة المتزوجة وتوافقها الزوجي ومدى رضاها عن حياتها وتعدد أدوارها.

وتكونت عينة الدراسة من (189) زوجا وزوجة، (45) زوجة عاملة وأزواجهن، (135) زوجة غير عاملة وأزواجهن، وقد استخدم استبيان يتضمن:

- الرضا عن الحياة، الرضا عن العمل، مقياس ضغوط الحياة، مقياس ضغوط العمل، التمتع بصحة جسمية ونفسية طيبة، والصلة الحميمة بين الزوجين، وكانت أهم نتائج هذه الدراسة:

العاملات أكثر رضا عن الحياة بشكل عام، وعن الزواج بصفة خاصة، وهن يتمتعن بصحة جسمية ونفسية جيدة، ويتميزن بالثقة والاستقلالية والتقدير المرتفع للذات، والشعور بالكفاية والقدرة على الإنجاز، رغم تعرضهن لضغوط تفوق ما تتعرض له ربة المنزل وأنهن أكثر إتصالا بالقرين.

تميز أزواج غير العاملات باتجاه أكثر إيجابية نحو الزواج، وأكثر كفاءة وسعادة ورضا مقارنة بأزواج العاملات الذين أظهروا ضغوطا نفسية ومشكلات منزلية ومالية، وأبدو صعوبة الإتصال الحميم مع الزوجة أو إظهار عواطفهم نحوها.

(سميرة محمد شند، 2000، ص ص 83، 84)

• دراسة "ديفور وسكوت" "Dufor & Scott" (2000) الموسومة بـ: التشابه الزوجي والتفاعل الزوجي والآراء المشتركة للأزواج والزوجات عن الزواج".

وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقات بين متغيرات التواصل الزوجي، وإدراك الأزواج والزوجات للمودة بينهم، وقد استعمل الباحثان منهج "كيني وأستيلى" لاستبعاد الآثار النمطية، كما تم استخدام كاميرا فيديو لتصوير الأزواج، وهم يناقشون أحد الجوانب التي تشكل مشكلة في زواجهم.

تكونت العينة من (53) زوج وزوجة تم تصنيفهم وفقا لتوجههم السلبي أو الإيجابي في الحديث، وقد توصل الباحثان إلى النتائج التالية:

- الأزواج الذين يتمتعون بتوجه إيجابي في الحديث هم الأكثر تشابها فيما يتعلق بأفكارهم عن المودة من ذوي التوجه السلبي.

- التواصل الإيجابي اللفظي يقوي التآلف بين الزوجين في العلاقة الزوجية.

(حنيفة صالح، 2009، ص 42)

2/ الدراسات السابقة التي تناولت التوافق الزوجي والاضطرابات النفسية لدى المرأة:

أ/ دراسات عربية:

• دراسة " الدسوقي وعبد المعطي" (1993) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة التوافق الزوجي بكل من تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى المتزوجين من الجنسين، وتكونت عينة الدراسة من (120) فردا، (60) زوج و(60) زوجة ولديهم أطفال، ولقد استخدم دسوقي وعبد المعطي الأدوات التالية:

استبيان التوافق الزوجي من إعداد "راوية حسين" ومقياس تقدير الذات من إعداد "سبيلبيرجر" ومقياس الاكتئاب من إعداد "غريب عبد الفتاح"، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موحية بين التوافق الزوجي وتقدير الذات، وعلاقة سالبة بينه وبين القلق والاكتئاب، كما اختلفت ديناميات شخصية المتوافقين من غير المتوافقين زواجيا.

(سهير جودة، 2009، ص 83)

• دراسة كلا من "إبراهيم ومجدة محمود" (1995) "التوافق الزوجي وعلاقته بضغوط الحياة - دراسة مقارنة بين الزوجات العاملات والزوجات غير العاملات"، وتهدف الدراسة إلى التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين التوافق الزوجي وأحداث الحياة لدى مجموعات الدراسة -المجموعات الفرعية والمجموعتان الكليتان العاملات وغير العاملات-، وقد قام الباحثان بتطبيق استبيان التوافق الزوجي، استبيان أحداث الحياة،

• وأجريت الدراسة على عينة قوامها (96) زوجة قسمت إلى مجموعتين "مجموعة زوجات عاملات وعددهم 47 زوجة"، "مجموعة زوجات غير عاملات، وعددهم (49) زوجة".

اشتملت العينة الكلية على ثلاث مستويات تعليمية (جامعي، متوسط، أقل من المتوسط)، وكانت أعمارهن متفاوتة ما بين (25-45 سنة)، وأختيرت العينة بطريقة عمودية، وأسفرت نتائج الدراسة على مايلي:

- وجود علاقة ارتباطية بين التوافق الزوجي وأحداث الحياة لدى الزوجات العاملات والزوجات غير العاملات من المستويات التعليمية الثلاثة، مما يؤكد أن درجة التوافق تتأثر بأحداث الحياة، والتي تمثلت في مشكلات وضغوط في الحياة الزوجية، تكون مرتبطة بالعلاقات الأسرية أو الأطفال أو عمل الزوجة أو النواحي المالية أو غير ذلك.

(وليد الشهري، 2009، ص 74)

• دراسة "هاشمي وآخرون" (2006) المعنونة بـ"التوافق الزوجي والضغط والاكنتاب عند النساء العاملات وغير العاملات في باكستان"، وهدفت الدراسة البحث عن علاقة التوافق الزوجي والضغط والاكنتاب.

تكونت عينة الدراسة من (75) امرأة عاملة، و(75) امرأة غير عاملة، تراوحت أعمارهن بين (18-50 سنة) من ذوي الحالات الاجتماعية المتوسطة والعالية، وبمستوى تعليمي الابتدائية وما فوقها. وأظهرت النتائج وجود علاقة قوية بين التوافق الزوجي والضغط والاكنتاب.

وقد استخدم الباحثين مقياس "أوردو" المترجم حول التوافق بين الأزواج، واستبانة "بيك" للاكنتاب ومقياس التدرج للضغط النفسي، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة قوية دالة احصائياً بين التوافق الزوجي وبين الضغط والاكنتاب لدى النساء.

- الزوجات العاملات يواجهن مشكلات أكثر في حياتهن الزوجية، مقارنة مع الزوجات غير العاملات.

- الزوجات العاملات من ذوي المستوى التعليمي المرتفع، والنساء غير العاملات يظهرن أداء أفضل في حياتهن الزوجية، وأنهن يسجلن مستويات أقل من الضغط والاكنتاب.

(أحمد الصمادي، هلال الجهوري، 2011، ص ص 8، 9)

ب/ دراسات غربية:

* دراسة هافنر وآخرين: (Hafner & Al) (1988):

هذه الدراسة التي استهدفت الكشف عن اثر العمر الزواجي (مدة الزواج) والتوافق الزواجي وعلاقتها بالأعراض النفسية المرضية لدى عينة الدراسة، تتوزع من حيث العمر الزواجي إلى:

- مجموعة مدة زواجها قصيرة من (1 إلى 6 سنوات).
- مجموعة مدة زواجها متوسطة من (7 إلى 16 سنة).
- مجموعة مدة زواجها طويلة (16 سنة فأكثر).

ومن ضمن الادوات المستخدمة في الدراسة: مقياس تقييم الإتجاهات الزوجية الذي أعده شوتز (Schutz, 1967)، والمكون من (45) عبارة تقيس مظاهر السعادة والإشباع في العلاقات الزوجية. وقد أشارت انلتائج في هذه الدراسة بشكل عام إلى أن الأعراض النفسية والتوافق الزواجي استمرت على حال من الثبات خلال زمن الزواج. إلا أن النتائج التفصيلية قد أشارت إلى أنه:

في المجموعة المتوسطة -من حيث زمن الزواج- كانت الزوجات على حال أسوأ من الأزواج في جميع المقاييس، وتبين أن مستوى العداء في هذه المجموعة ينبئ بمستوى الإشباع الزواجي بين الزوجين.

اما المجموعة القصيرة -من حيث زمن الزواج- فقد سجل الأزواج فيها تأثر توافقهم بإحباطاتهم النفسية؛ بينما الزوجات فقد تأثرن في توافقهن الزواجي بأعراض مثل الفوبيا والتوتر. في حين أنه في المجموعة الطويلة -من حيث زمن الزواج- فقد تبين أن هناك عوامل نفسية واضحة التأثير على الرضا الزواجي منها: ميل الأزواج إلى توكيد ذواتهم، وكذلك درجة مرونة الزوجات .

- دراسة فرانك وآخرون (1991): التي تهدف إلى معرفة العلاقة بين ضغوط الحياة والاكنتاب والسعادة الزوجية، وتكونت عينة البحث من (157) من الأزواج وزوجاتهم؛ حيث أوضحت النتائج أن المشكلات الإنفعالية وخاصة الإكنتاب والضغوط الاجتماعية، لها تأثيرها الإيجابي على زيادة معدل الخلافات الزوجية وانخفاض مستوى الدافع الجنسي، واختلاف طرفي العلاقة في التوقعات الزوجية الخاصة بدور كل منهما داخل هذه العلاقة؛ بالإضافة إلى أن هؤلاء المكتئبين ينخفض لديهم مستوى التقييم الإيجابي للحياة، والشعور بعدم الكفاية الشخصية داخل العلاقة الزوجية نظرا لتدهور حالتهم الصحية.
- وبالتالي توضح نتائج هذه الدراسة التأثيرات السلبية للاكنتاب على التوافق الزوجي وتقدير الذات لدى هؤلاء الأزواج والزوجات.

(عواطف حسين صالح، 2004، ص 15)

تعليق عام حول الدراسات السابقة:

❖ بالنسبة للدراسات الجزائرية والعربية يمكن أن نستنبط بعض النقاط الأساسية:

1- من حيث المنهج والأدوات المستعملة في الدراسة: حيث ركزت على المنهج الوصفي التحليلي، وغاب تماما استعمال الدراسات التجريبية والمخبرية، وهو ما يبرره العامل الثقافي في المجتمعات العربية والجزائرية كمجتمع عربي، الذي يحيط العلاقة الزوجية بنوع من القدسية والخصوصية والتي يصعب اختراقها وإخضاعها للدراسة والملاحظة المباشرة.

2- ركزت الدراسات الجزائرية رغم قلتها على عوامل التوافق الزوجي؛ حيث رُبط بعدة

عوامل منها:

- انسجام قيم الزوجين ومساهمتها الفعالة في نجاح العلاقة الزوجية، ومن بين هذه القيم المعاملة، التواصل، المثل الأخلاقية، النظرة إلى الحياة، العلاقة بالأهل، الجمال، التناسق، الحشمة، قيمة العمل، عامل رعاية الاطفال.
- العوامل اللوجستكية: السن، مدة الخطوبة، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الصحة، الإقامة المستقلة، العلاقة بأهل الزوج.
- العوامل الشخصية: كالخلفية الأسرية، الصحة النفسية والجسمية.
- العوامل التفاعلية: والتي تتمثل في العوامل العاطفية والسلوكية كالشعور بالحب والثقة المتبادلة، والشعور بالحميمية، والإتفاق حول أسلوب الحياة والوضوح في الإنفاق المالي، وعدم وجود صراعات حول الأمور المالية...الخ.

3- تأكيد الدراسات العربية على عامل خروج المرأة للعمل في الأسرة المعاصرة، والذي بدوره أثر بصورة كبيرة على تقدير الذات للمرأة العاملة، والذي نتج عنه صراع الأدوار لدى الزوجين والذي أثر سلبا على دينامية العلاقة الزوجية في الأسرة العربية المعاصرة.

4- تناولها لعوامل توتر العلاقة الزوجية، والتي حصرتها في العوامل التالية:

➤ عدم الانسجام في السمات الشخصية والحاجات النفسية بين الزوجين.

➤ الاختلاف في المستوى الثقافي و الاجتماعي بين الزوجين.

➤ مشكلات أداء الأدوار، ومشكلات الاتصال و رعاية الأطفال، والمشكلات المالية و تدخل أهل الزوجين، وسوء التوافق الجنسي.

هذه العوامل تتقارب مع نتائج الدراسات الأجنبية، وهو ما يبرر بأن العلاقة الزوجية علاقة إنسانية، بغض النظر عن الاطار الجغرافي الثقافي الذي تنتمي اليه.

❖ وبالنسبة للدراسات الأجنبية، فيمكن أن نستنتج ما يلي:

- اعتمادها على الدراسات التجريبية، واستعمال تقنيات حديثة كالمحاورات المباشرة مع الأزواج، والتسجيلات الصوتية والصورية للأزواج، في حالة تفاعل مباشرة تخضع للملاحظة المباشرة العلمية و المحكمة، وهو ما يبرره التفتح الثقافي الذي يشهده العالم الغربي، والذي امتد الى العلاقة الزوجية ،هذه الأخيرة التي تحررت من الخصوصية والتكتم التي طبعتها بها المجتمعات العربية، سواء في الأسرة التقليدية أو المعاصرة.

ولقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في دراستنا الحالية، من حيث مضمونها العلمي و المنهجي،الى جانب توظيفها في تحليل و تفسير فرضيات دراستنا.

وبالرغم من تعدد وتنوع الدراسات، سواء منها الجزائرية والعربية وحتى الأجنبية، حول موضوع العلاقة الزوجية والتوافق الزوجي بشكل كبير، إلا أنه نلمس نقصا واضحا في الدراسات التي تربط بشكل مباشر بين متغيري دراستنا: سوء التوافق الزوجي و الأمراض النفسية لدى المرأة. خاصة منها الدراسات الجزائرية.

وبالرغم من تلك الإيجابيات والنقائص التي خلفتها الدراسات السابقة، إلا أنها تعتبر الخلفية الأساسية التي نستند إليها في دراستنا الحالية، حول أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة، و التي يمكن أن تضيف المزيد من الأفكار في حدود معرفتنا واجتهادنا، التي لم يتطرق لها الباحثون سابقا.

6- التعريف الإجرائي للمتغيرات الأساسية للدراسة:

1.6. سوء التوافق الزوجي:

تعرف الطالبة الباحثة سوء التوافق الزوجي بأنه يعبر عن فشل الزوجين في تحقيق أهداف الزواج النفسية والاجتماعية والدينية، وعدم الإتفاق على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة، مع عدم قدرتهما على حل مشكلاتهما ومواجهتها، مع ضعف التواصل العاطفي والفكري بينهما.

إجرائيا هو الدرجة المحصل عليها من خلال مقياس التوافق الزوجي "لمراد بوقطاية" (2000)، والتي تتراوح ما بين (54، 98)، وهذه الدرجة تعبر عن سوء التوافق الزوجي حسب الدراسة الحالية.

2.6. المرأة:

هي أحد طرفي العلاقة الزوجية الشرعية القائمة، والتي مر علي زواجها اكثر من سنتين، ويتراوح سنها ما بين 23 و 50 سنة ولديها طفل أو اكثر، بغض النظر ان كانت عاملة أو غير عاملة، والتي تتردد على العيادات النفسية الحكومية بمدينة بسكرة، و المصراحة باضطراب علاقتها الزوجية. والمتحصلة على الدرجة ما بين (54، 98) على مقياس التوافق الزوجي لمعاد بوقطاية.

3.6. الأمراض النفسية:

يعرف حامد زهران (2005) المرض النفسي بأنه:

" اضطراب وظيفي في الشخصية نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعيقه على ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.

(حامد زهران، 2005، ص 09)

-إجرائيا: الامراض النفسية -العصابية-، والتي تمثل المثلث العصابي،"الاكتئاب توهم المرض، الهستيريا"، حسب اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا"2" MMPI2، وهي الدرجة التي تقع في حدود الدرجة (70) وما فوقها، والتي تمكنا من التعرف الى الانحراف المرضي، و التي تحصل عليها المفحوصة في كل مقياس من المقاييس الإكلينيكية. وتحدد درجة التأكد من نتيجة المقاييس الإكلينيكية على أساس درجات الصدق.

-الإكتئاب: هو حالة انفعالية حادة يميزها الحزن الشديد والمستمر،والذي ينتج عن الظروف الأليمة التي يمر بها الفرد، ويتميز الفرد بنقص النشاط الفيزيقي من خلال تدني النشاط، واضطراب في النوم،والشعور بالألم، ونقد الذات، واليأس من الحياة، وقد تتطور إلى محاولة الإنتحار.

-توهم المرض: اضطراب نفسي المنشأ، وهو عبارة عن اعتقاد راسخ، بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لديها اساس عضوي، وهو ما يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته، مما يعوق إتصاله السوي بالآخرين، ويؤدي إلى سوء توافقه النفسي.

-الهستيريا: وهي مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة، وهي عصاب تحولي تتحول فيه الإنفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها اساس عضوي، هروبا من الصراع النفسي الذي يعانیه الشخص، أو من القلق، أو من موقف مؤلم، دون أن تدرك الدافع لذلك، وعدم إدراك الدافع يميز الهستيريا عن التمارض الذي يظهر المرض لغرض محدد مفيد.

7/ تساؤلات الدراسة :

* التساؤل العام:

هل لسوء التوافق الزواج أثر في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة ؟

* التساؤلات الفرعية:

1. هل لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض توهم المرض لدى المرأة ؟

2. هل لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض الإكتئاب لدى المرأة ؟

3. هل لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض الهستيريا لدى المرأة ؟

الجانب النظري

الفصل الثاني:

الأسرة والزواج

تمهيد:

يُعتبر الزواج ميزة إنسانية بحتة حيث يعبر عن العلاقة المشروعة بين الرجل و المرأة والتي تتميز بالاستمرارية والامتثال للمعايير الاجتماعية و تكوين أسرة ، وهو نظام إنساني عرفته البشرية على مر السنين و إن اختلفت أشكاله باختلاف الحضارات و المجتمعات و الأديان، فهو الوسيلة الوحيدة لتنظيم العلاقة الجنسية و تحقيق الأمان و الحب والاستقرار و المحافظة على النوع .

و الزواج هو إستجابة للفطرة الكامنة في ميل كل ذكر لأنثى ، التي تقوم على رابطة رسمية تلك الرابطة التي يقرها الدين و المجتمع والقانون والذي يشترط فيه صفه الدوام والاستمرارية لتكوين أسرة، لأن الدافع لتكوين أسرة ليس فقط مجرد تزواج بين الذكر و الأنثى ، بل هو الرغبة في التعبير عن الطبيعة البشرية و الإجتماعية للإنسان و حاجته إلى أن يكون جزءا من جماعة يشعر بالإنتماء إليها .

و تعتبر الأسرة من أهم المؤسسات الإجتماعية التي تكون البناء الإجتماعي للمجتمع، فهي تحوي ذلك التفاعل المتبادل بين أفرادها من خلال تحديد أدوارهم و مكانتهم الإجتماعية، ومن خلالها يجد الزواج قلبه الشرعي و الاجتماعي الذي تنتقل فيه العلاقة الزوجية إلى علاقة أسرية، يتفاعل فيها جميع أفراد الأسرة، وإن كان نجاح الزواج و استمراره مؤشرا لنجاح الأسرة واستمرارها.

ومن خلال هذا الفصل سوف نتطرق للزواج و أهدافه ثم تبيان الحقوق الزوجية هذه الحقوق التي تنشأ بمجرد عقد القران، ثم أشكال الزواج عبر بعض الثقافات، و نتطرق بعدها إلى الإختيار الزواجي ببعده الديني و التنظيري، ومراحل الحياة الزوجية و خصوصية كل مرحلة فيها، لنتناول بعدها الأدوار الزوجية، ثم إبراز البعد السيكولوجي في العلاقة الزوجية، ثم الانتقال الى تعريف الأسرة وخصائصها ثم الوظائف المنوطة بها، ثم مقوماتها التي تتفاعل فيما بينها لبناء صرح الأسرة وتماسكها، ثم الصحة النفسية في الأسرة، وفي الأخير وضعية المرأة في الأسرة الجزائرية.

أولاً: الزواج

1- مفهوم الزواج :

1-1 الزواج في اللغة :

الزواج لفظ عربي موضوع الإقتران أحد الشئيين بالآخر و ازدواجهما بعد أن كان كل منهما منفردا عن آخر، و منه قوله تعالى << و إذا النفوس زوجت >> (التكوير 07).

أي يُقرنُ كل واحد بمن كانوا يعملون كعمله فيقرن الصالح مع الصالح و الفاجر مع الفاجر وقوله تعالى << و زوجناهم بحور عين >> (الطور 10) أي قرناهم بهن. و قوله تعالى << أحشروا الذين ظلموا أزواجهم >> (الصافات 22)

أي وقرنائهم الذين كانوا يجلسون معهم و يشاهدون ظلمهم و لا ينكرون أو قرناءهم من الشياطين .

ثم شاع استعماله في إقتران الرجل بالمرأة على وجه مخصوص لتكوين أسرة، حتى أصبح عند إطلاقه لا يفهم منه إلا ذلك المعنى بعد أن كان يستعمل في كل إقتران سواء كان بين الرجل و المرأة أو بين غيرهما. (عبد الحميد خزار ، بدون سنة ، ص18)

يستعمل القرآن الكريم كلمتي << زوج أو أزواج بدلا من زوجة و زوجات >> كما وردت كلمة زوج في قصة آدم و زوجته، على حين وردت كلمة امرأة في مثل امرأة العزيز، و امرأة نوح، وامرأة لوط وامرأة فرعون .

وكلمة زوج، أو أزواج، تأتي دائما حين تكون آية الزوجية في حياة الدنيا من السكن و المودة والرحمة هي مناط الموقف آية و حكمة، و تشريعا، و حكما، فيقول تعالى << و من آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها و جعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون >> (سورة الروم الآية 21).

وتأتي كلمة زوج أو أزواج حيث تكون آية الزوجية كذلك في الحياة الآخرة حيث يقول تعالى
>> أدخلوا الجنة أنتم و أزواجكم تحبرون << (سورة الزخرف،70)

وإذا تعطلت آية الزوجية بين البشر من كونها سكونا ومودة ورحمة بخيانة أو بغضاء أو تباين
في العقيدة فيستعمل القرآن الكريم كلمة (امرأة) لا (زوج) كما في قوله تعالى >> امرأتُ العزيز
تراود فتاها عن نفسه<< (يوسف 30).

وإذا تعطلت حكمة الزوجية في البشر من كونها سببا للبنين والحفدة بترمل أو العقم فيستعمل
القرآن الكريم كلمة امرأة لا زوج، كما في قوله تعالى في امرأة إبراهيم >> فأقبلت امرأته في صرة
فصكت وجهها وقالت عجوزٌ عقيمٌ << (الذاريات الآية 29).

وإذا مارست آية الزوجية حكمتها في الحياة الدنيا، باتصال الحياة بالتوالد ، سواء في البشر أو
في سائر الكائنات الحية، فيكون المقام هنا لكلمة زوج، و زوجين، و أزواج ، من ذكر و أنثى بقوله
تعالى >> و من كل الثمرات جعل فيها زوجين اثنين<< (الرعد آية 3) .

وفي قصة سيدنا نوح و الفلك يقول الله تعالى >> حتى إذا جاء أمرنا و فار التتور قلنا أحمل
فيها من كل زوجين اثنين << (هود40).

وبذلك تتجلى عظمة الخالق عز وجل في توضيح آية الزوجية :

- من السكن و المودة و الرحمة .

- و من استمرار الحياة بالإنجاب و التوالد.

فإذا تعطلت هذه الآية لم تستحق أن تكون الزوج زوجة ، بل مجرد امرأة .

(صلاح عبد الغني محمد 1998 ، ص 11 - 12 - 14)

2-1 الزواج في الشريعة الإسلامية :

النكاح أو الزواج عقد يحل لكل من الزوجين الإستمتاع بصاحبه.

النكاح مشروع بقوله تعالى >> فانكحوا ما طاب لكم من النساء مثنى ، و ثلاث، و رباع ، فإن خفتم ألا تعدلوا فواحدة ، أو ما ملكت أيما نكح << (سورة النساء 03).

(أبو بكر الجزائري ، 1983، ص 430)

فالزوجية سنة من سنن الله في الخلق والتكوين، وهي عامة مطردة، لا يشذ عنها عالم الإنسان، أو عالم الحيوان أو عالم النباتات، فيقول سبحانه وتعالى >> ومن كل شيء خلقنا زوجين لعلكم تذكرون << (الذاريات 49).

وهي الأسلوب الذي إختاره الله للتكاثر، واستمرار الحياة ، بعد أن أعد كلا الزوجين وهياًهما ، بحيث يقوم كل منهما بدور إيجابي لتحقيق هذه الغاية .

(السيد سابق ، 1977 ، ص 5)

ويقول الله تعالى >> يأيها الناس إنا خلقناكم من ذكر و أنثى << (الحجرات 12)

>> يا أيها الناس إتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة ، و خلق منها زوجها ، و بث منها رجالا كثيرا و نساء <<

ولقد حث الإسلام على الزواج و فرضه على كل قادر، و إن عجز عن ذلك فليكثر من الصوم، و دليل ذلك حديث الرسول(ص) >> يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج و من لم يستطيع فعليه بالصوم فإنه له وجاء << (ابن حزم ، بدون سنة ، ص 440)

وبذلك فالزواج في الإسلام عفة و حصانة ، ولقد أسدى الرسول (ص) للشباب النصح وأرشدهم إلى سبيل السعادة فأمرهم بالزواج المبكر، الذي يحصن به الإنسان نفسه، من مزلق الهوى ونزعات الشيطان.

فهو ليس مجرد علاقة جسدية و لذة عارضة ، يستمتع بها المرء في حياته، ليخفف عن وطأة تلك الشهوة الجامعة، بل هو إرتباط بحياة جديدة، تسودها الألفة والمحبة والطهر والعفاف، فيبني الشاب عش الزوجية على أساس الطهر والفضيلة، ويؤسس البيت المسلم الذي يمد المجتمع بالأبناء والبنات، الذين عاشوا في كنف الأسرة الفاضلة، فكانوا للمجتمع والأمة عمادها و دعامها.

(محمد علي الصابوني ، 1990 ، ص 193)

1-3 الزواج في علم النفس :

والزواج في المعجم الموسوعي لعلم النفس لنوربير سلامي (2001) "هو إتحاد رسمي بين رجل و امرأة بغية تأسيس أسرة".
(1291)

أما الموسوعة النفسية الجنسية لعبد المنعم الحنفي (2005) فإن مصطلح الزواج يطلق على العلاقة بين الرجل والمرأة ، والتي بها يحل للرجل بموجب القوانين و الأعراف المنظمة أن يطأ المرأة ليستولدها ، وأن تكون له منها أسرة تترتب فيها حقوق و واجبات تتعلق بالزوجين و الأولاد.

(عبد المنعم الحنفي،ب، 2005 ، ص 233)

والزواج حسب علماء النفس مطلب أساسي من مطلب النمو، والذي يظهر في فترة من حياة الإنسان والذي إذا تحقق بنجاح أدى إلى الشعور بالسعادة، وأدى الى النجاح في تحقيق مطالب النمو مستقبلا بينما يؤدي الفشل في إشباعه إلى نوع من الشقاء وعدم التوافق مع مطالب الفترات التالية من الحياة.

(محمد السيد عبد الرحمان ، 1998 ، ص 11)

1-4 الزواج في علم الاجتماع :

يعرف علماء الاجتماع الزواج بأنه تلك العلاقة الإجتماعية الوحيدة الدائمة بين الرجل والمرأة، التي يباركها الله لأنها الأساس الشرعي السليم لتكوين الأسرة - خلية المجتمع الأولى- والتي يضع لها بدوره الضوابط و المعايير الإجتماعية المنظمة، والزواج سنة حميدة وعلاقة هامة بين الزوجين تقوم على أساس ينظم بقاء النوع الإنساني.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1998، ص 43)

وتشير "سنة الخولي" (2003) بأن "الزواج عبارة عن تزواج منظم بين الرجال والنساء، وليس الزواج والتزواج شيئاً واحداً، فالأول مفهوم سوسولوجي أما الثاني فهو مفهوم بيولوجي، فظاهرة التزواج معروفة عند أنواع أخرى من الحيوانات ، بينما الزواج مقصور على البشر فقط، وقد يكون حتى على المستوى البشري لا شخصياً و جزافياً و مؤقتاً ، أما الزواج فهو نظام إجتماعي يتصف بقدر من الإستمرار والإمتثال للمعايير الإجتماعية ، و الزواج هو الوسيلة التي يعمد إليها المجتمع لتنظيم المسائل الجنسية و تحديد مسؤولية صور التزواج الجنسي بين البالغين" .

ومن الجدير بالملاحظة في هذا الصدد، أن جميع المجتمعات، سواء في الماضي أو الحاضر تفرض الزواج على غالبية أفرادها . (سنة الخولي ، 2003 ، ص ص 209 ، 210)

ويرى " الوحيشي أحمد بيري" بأن الزواج نظام إجتماعي يتصيف بقدر من الاستمرار والامتثال للمعايير الاجتماعية بالرغم من أن كثيراً من حالات الزواج قد تنتهي بالطلاق، إلا أن استمرارية الحياة الزوجية تكون في معظم الحالات هي الأساس في تفكير و ذهن الزوجين منذ اللحظات الأولى لبداية الحياة الزوجية ، كون الاستمرارية هي الأساس الجوهرية الذي يقوم عليه الزواج.

(الوحيشي أحمد بيري، 1998 ، ص ص 316 - 317)

1-5 الزواج في القانون الجزائري:

عرف المشرع الجزائري الزواج في المادة الرابعة من قانون الأسرة المعدل بموجب الأمر رقم 5-2 لسنة 2005 بأنه: >>عقد رضائي يتم بين رجل و امرأة على الوجه الشرعي و من أهدافه تكوين أسرة أساسها المودة و الرحمة و التعاون و إحسان الزوجين و المحافظة على الأنساب << .

وهذا التعريف وإن كان يتفق مع معظم تشريعات البلاد الإسلامية فإنه يشبه تعريف الزواج Le mariage في القانون الفرنسي الذي يعرفه بأنه " نظام قانوني يقوم على توافق إرادتي رجل وامرأة ". على عكس تعريفه في بعض التشريعات لدى بعض الدول الأوروبية من أنه عقد بين شخصين دون ذكر جنسيهما.

وهو ما سمح لتشريعات بعض الدول مثل هولندا و بلجيكا أن تقرر جواز إبرام عقد الزواج بين المثليين. (عبد العزيز سعد 2010، ص ص 37 - 38)

وبذلك فالزواج وإن تعددت الميادين الذي تتناوله إلا أنه هناك إجماع كلي على أن الزواج من أكثر العلاقات قدسية التي تربط ما بين الرجل و المرأة و التي تهدف إلى تكوين أسرة مستقرة.

2- أهداف الزواج :

يرى الكثير من علماء النفس والانثربولوجيا وعلماء الاجتماع العائلي بأن الزواج هو المؤسسة الاجتماعية الأكثر قبولا و مشروعية على مر التاريخ ، و يسعى (الزوج) - الزوجة و الزوج- إلى محاولة تكوين أسرة قائمة بذاتها قادرة على دفع عجلة الزواج إلى الاستقرار و ذلك لا يتأتي إلا إذا تحققت فوائده من خلال أهدافه وإن تعددت هذه الأهداف إلا أنها تصب كلها في مؤسسة الزواج التي تعود بالنفع على الفرد - الزوج- و المجتمع ككل ومن بين هذه الأهداف نذكر:

2-1 الإمتاع الجنسي :

تعتبر الغريزة الجنسية ذات مؤثر كبير في توجيه سلوك الإنسان ، و يعد " فرويد" أشهر ممن اهتموا بمشكلات الغريزة الجنسية و علاقتها بمظاهر النشاط البشري، و دورها عند عدم إشباعها في ظهور الاضطرابات النفسية .

أما الإسلام فهو يهتم بالجنس إهتماما خاصا، ويحصره في ميدانه الحقيقي وهو الزواج الذي يعد المكان الطبيعي للجنس، والإسلام يقر بوجود الطاقة الجنسية في الكائن البشري، كما يعترف بوجود طاقاته و غرائزه الأخرى الفطرية، ولما كان الإسلام دين الفطرة فقد وضع النظام الفطري لتنظيم تصريف هذه الغريزة في حدود الأسرة و في نطاق الزواج، ويرى " فردريك كهن" أن الزواج هو الطريق الصحيح لتصريف الطاقة الجنسية و هو الحل الأوضح للجذري للمشكلة الجنسية.

(فتحي يكن ، ب س، ص ص 29 ، 32)

ويشير " ثيودور رايك" في كتابه (سيكولوجيا العلاقات الجنسية) أن للدافع الجنسي إرضاءات لا جنسية ومن السهل ملاحظة هذه الإرضاءات أكثر وضوحا لدى الرجال من النساء ، فالجنس لدى الرجال هو مسألة هيبة Perstige ، فهو ليس مجرد فرصة لإزالة توتر جنسي ، بل فرصة أيضا لأثبات رجولتهم ، وقوتهم ، ليس مجرد إشباع لحافز فيزيائي، بل هو أيضا علة إشباع ذاتي إنفعالي .

(ثيودور رايك ، 2005 ، ص 235)

والعلاقة الجنسية خلاف أي علاقة إنسانية ، حيث في العلاقة الجنسية يتوحد - الأنا - والأنت، و يتغير كل من الرجل و المرأة نحو التكامل ، وتتحول علاقتهما إلى علاقة (نحن) وفي الجنس ينصهر الإنسان بكاملة و يتورط جميعه : نفسه وعقله وبدنه، روحه، ماضيه حاضره، ومستقبله، فكل درجات الوجود كائنة في الجنس، و أعلى صوره هو الجنس في الزواج ، لأنه ينشد الإستمرار والدوام و ينفرد من الوقتية و ينأى عن الانفصال.

(عبد المنعم الحنفي، (ب)، 2005 ، ص 162)

2-2 تحقيق الصحة النفسية :

في دراسة أجريت على 34500 شخص تبين أن الزواج يساعد على الاستقرار النفسي، ويخفض من إحتمال الإصابة بالإكتئاب ، و ارتكزت الدراسة على مسح لمنظمة الصحة العالمية للصحة النفسية في جميع البلدان النامية و المتقدمة أجري على مدى العقد الماضي.

ويقول أخصائي على النفس السريري "كيت سكوت" من جامعة أوتاغو في نيوزيلندا : ما تشير إليه الدراسة أن رابط الزوجية يوفر الكثير من الفوائد للصحة النفسية لكل من الرجل و المرأة ، إن الأسى والإضطراب المرتبطة بالانفصال تجعل الناس عرضة للإضطرابات العقلية.

(www.kaheel7.com/ar/index.php/2010)

و تشير " كلثوم بلميهوب " (2006) بأن الزواج يسهم في إشباع العديد من الحاجات و الدوافع التي يصعب إشباعها دونه ، و من هذه الحاجات الحاجة للحب و التقدير ، و هذا ما أكدته دراسة " لستروس Staruss " (1945) على عينة من الشباب و الفتيات عددهم 373 من المقترنين في خطوبة أو المتزوجين بالفعل منذ أقل من سنة ، كانت هناك قائمة بأهم الحاجات التي كانوا يأملون إشباعها، عن طريق الزواج فجاءت الحاجة (إلى شخص يحبني) هي أول الحاجات لكل من الرجال والنساء، بينما جاءت الحاجة (إلى شخص أبوح له بأسراري) في المرتبة الثانية.

فالحب دافع قوي نحو التعاون في مواجهة مشكلات وإحباطات الحياة ، لأنه علاقة مختارة، ويتبعه الشعور بالأمن والإطمئنان، وأن التأييد العاطفي إنما يأتي نتيجة أن الشخص محبوب من الآخرين و يحبونه لذاته و أنه ذو قيمة لديهم. (بلميهوب كلثوم، 2006 ،ص 40)

لقد أكدت دراسات "هوفمان Hoffman" (1970)، "عبد الرحمان" (1980) ، "عبد الرؤوف" (1981)، ودراسة "سعدان" (1992) أن الخلية الزوجية عمادها الحب ودوام التوافق، فالتوافق الزوجي قرين الرضى عن الذات وتقديرها والإتزان النفسي، وهذا هو روح الحياة الزوجية السعيدة، وليس معنى ذلك إنعدام المشكلات بين الطرفين، و لكن التوافق الزوجي والتكيف السريع والإتزان العاقل، هو الذي يحفظ للخلية الزوجية حياتها بكل سعادة و نشاط و رضى.

أما إذا عظمت المشكلات الزوجية ، و انعدم التوافق بين الطرفين و استحكمت هذه المشكلات وتآزمت، فإن الخلية الزوجية سرعان ما تتداعى بعوامل الصراع النفسي والقلق والإكتئاب ويسود الشقاء بين أفرادها، كما أن النجاح في القيام بالدور الزوجي يعطي الإحساس بكفاءة الدور الأسري ومسايرة الزوجين للتوقعات وكسب العيش والمحافظة على الأسرة والمساندة الانفعالية، وتنشأة الأطفال، كل ذلك يؤدي إلى الإحساس بالكفاءة والإنجاز والثقة بالنفس، مما يجعل الفرد يقيم نفسه تقييماً إيجابياً يكشف عن تقدير الذات .

(بلميهوب كلثوم ، 2006 ، ص ص 44 ، 45)

ويرى "محمد السيد عبد الرحمان" (1998) أن للزواج أهميته الكبرى كعملية إجتماعية وكخطوة أساسية في تكوين الأسرة، وللدور الذي يسهم به في تحقيق التوافق النفسي والسعادة الشخصية لكل من الرجل والمرأة، وإشباع العديد من الحاجات النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية التي يصعب تحقيقها دونه.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1998 ، ص 12)

3-2 إشباع دافع الوالدية :

فالحاجة إلى الأمومة عند المرأة و الأبوة عند الرجل من الحاجات الفطرية التي لا تقل في أهميتها عن الحاجة إلى الجنس، يقول تعالى << المال و البنون زينة الحياة الدنيا >> (الكهف 46)

وأشارت الدراسات إلى أن رغبة الزوجين في الإنجاب رغبة طبيعية وتدل على نضج شخصيتهما ورغبتهما في الإستمرار في الزواج .

أما الزوجان اللذان لا يرغبان في الإنجاب مع القدرة عليه، فهما زوجان منحرفان في الصحة النفسية ، فالإنجاب هدف أساسي للزواج في معظم المجتمعات ، وقد أشارت دراسات عديدة، إلى أن إنجاب الأطفال يزيد من روابط الأسرة ويدعم العلاقة الزوجية ويرفع المكانة الإجتماعية للزوجين، حيث يكتمل البناء الأسري، و يشعر الزوج بكفاءته الذكرية والزوجة بكفاءتها الأنثوية، فمن المعروف أن ذكورة الرجل و أنوثة المرأة لا تكتملان إلا بالإنجاب .

(كمال إبراهيم مرسي، 1995 ، ص 36 ص 37 ص38)

ويشير " أحمد عمر هاشم " (1998) إلى أن الزواج يؤدي إلى اتساع دائرة الروابط الاجتماعية، حيث ترتبط أسرة الرجل بأسرة المرأة ، وأسرة المرأة بأسرة الرجل وتقوم بين الطرفين وشائج المودة والرحمة ، وأواصر المحبة والتعاون على البر و التقوى .

(أحمد عمر هاشم ، 1998 ، ص 56)

2-4 السكن الروحي :

يحدث السكن بين الزوجين من خلال ما تسهم به العلاقة الزوجية السليمة في بث الطمأنينة والراحة النفسية والتي تعد من أهم ركائز الزواج، ويقول تعالى >> ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها << (الروم 21)

يقول الشيخ "حسين مظاهري" في كتابه "أخلاقيات العلاقة الزوجية" (1994) في هذا الشأن أننا لو بحثنا الموضوع من الزاوية الطبيعية نجد أن الرجل عضوا ناقصا دون المرأة، وكذلك حالها هي أيضا ، و كلاهما معا يشكلان في الحقيقة وجود كاملا، إذ يستند كل منهما إلى الآخر.

وهذا هو في - الواقع - معنى الزوج عادة، فالمرأة حسبما يقره القرآن والعلوم الطبيعية والنفسية هي موطن سكن الرجل و استقراره، وكذلك حال الرجل بالنسبة للمرأة .

وهذا ما يؤكد القرآن الكريم في تنمة نفس الآية المتقدمة، فبعد أن تتحدث عن قاعدة الإستقرار النفسي تلك، يقول تعالى >> وجعل بينكم مودة و رحمة<<(الروم 21) فعلى هذه الحالة من المودة و الرحمة خلقهم تعالى.

(حسين مظاهري ، 1994، ص ص 139 ، 140)

ومن خلال هذه الأهداف التي يحققها الزواج وإن تعددت ما بين الجانب الروحي والديني والنفسي والجنسي والإجتماعي، إلا أن القرآن الكريم قد شمل كل هذه الأهداف في عناصر محددة لا يمكن (لزوج) أن يتجاهلها، فهي أهداف دائمة أبدية.

فالسكن الروحي والمودة والرحمة، والمحافظة على النسل والأخلاق أهداف عامة للزواج في الشريعة الإسلامية تحمل بين طياتها أبعادا نفسية كثيرة، أخذ علماء النفس في العصر الحديث بتنضيرها وتحليلها.

فالتوافق النفسي والإجتماعي الذي يحققه الزواج والذي أكده علماء النفس أساسه الشارع الحكيم الذي وضع دعائم الاستقرار الزوجي في محكم تنزيله.

3- الحقوق الزوجية :

إذا قامت مؤسسة الزواج تترتب بمقتضاها الحقوق الزوجية حيث يقوم كلا من الزوجين بواجبه ويضطلع بمسؤولياته والتي توفر الاستقرار الزوجي والأسري ولقد وضع الإسلام حقوقا لكلا الزوجين بموجبها تتحقق الغاية من الزواج والحقوق الزوجية ثلاثة أقسام:

- حقوق واجبة للزوجة على زوجها .
- حقوق واجبة للزوج على زوجته .
- حقوق مشتركة بن الزوجين .

1-3 الحقوق الواجبة للزوجة على زوجها :

- المعاشرة بالمعروف: وفي ذلك قوله تعالى: << وعاشروهن بالمعروف >> (سورة النساء 19)، وذلك بأن يطعمها إذا طعم، ويكسوها إذا اكتسى، ويؤدبها إذا خاف نشوزها بما أمر الله أن يؤدب به النساء، بأن يعرضها موعظة حسنة من غير سب ولا شتم ولا تقبيح .

- و من حق المرأة على الرجل أن يصبر على أذاها، وأن يعفو عما يكون منها من منزلات لقول الرسول (ص) << لا يفرك مؤمن مؤمنة، إن كره منها خلقا رضى منها آخر >> حديث صحيح ، وقوله (ص) << استوصوا بالنساء خيرا >> متفق عليه.

- تعليمها الضروري من أمور دينها و إقامة دين الله .

- عدم إفشاء أسرارها و ذكر عيوبها .

- إستشارتها في الأمور و لاسيما التي تخصهما و أولادهما إقتداء برسول الله .

- العدل في حالة تعدد الزوجات و العدل يكون في الجانبين المادي - الطعام، اللباس، السكن، والمبيت في الفراش - وكذلك العدل في الجانب النفسي المعنوي وهو الميل القلبي.

(عبد العظيم بن بدوي الخلفي ، 2001 ص ص 301،304)

3-2 الحقوق الواجبة للزوج على زوجته :

وللزوج على زوجته حقوق ثابتة لقوله تعالى << و لهن مثل الذي عليهن بالمعروف >> البقرة ،
فما عليهن هو حقوق الزوج.

وهذه الحقوق هي :

- الطاعة في المعروف، فتطيعه الزوجة في غير معصية الله تعالى وبالمعروف، فلا تطيعه فيما لا تقدر عليه، أو يشق عليها لقوله تعالى << فإن أطعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلا >> سورة النساء

وقول الرسول (ص) << لو كنت أمرا أحدا أن يسجد لأحد لأمرت المرأة أن تسجد لزوجها من عظم حقه عليها >> رواه الترميذي .

- حفظ ماله و صون عرضه و السفر معه إذا شاء ذلك و استئذانه في الصوم .

- تسليم نفسها له متى طلبها للإستمتاع بها ، إذ الإستمتاع بها من حقوقه عليها، لقوله (ص):
<< إذا دعا الرجل امرأته إلى فراشه فأبت أن تجيء فبات غضبان عليها، لعنتها الملائكة حتى تصبح >> متفق عليه .

(أبو بكر الجزائري ، 1983 ، ص ص 439-440)

3_3 الحقوق المشتركة بين الزوجين :

والحقوق المشتركة بين الزوجين هي :

- حق العشرة الزوجية و إستمتاع كل من الزوجين بالآخر .

- حرمة المصاهرة: أي أن الزوجة تحرم على آباء الزوج، وأجداده وأبنائه وفروع أبنائه وبناته، كما يحرم هو على أمهاتها، وبناتها، وفروع أبنائها وبناتها.

- ثبوت التوارث بينهما بمجرد إتمام العقد، فإذا مات أحدهما بعد إتمام العقد ورثة الآخر ولو لم يتم الدخول.

- ثبوت نسب الولد عن الزوج صاحب الفراش .

- المعاشرة بالمعروف: يجب على كل من الزوجين أن يعاشر الآخر بالمعروف حتى يسود الأسرة الوئام و الاستقرار والمودة والرحمة.

(السيد سابق ، 1977، ص 134)

وبذلك فالدين الإسلامي قد شرع للزوجين حقوق وواجبات وجب لكليهما القيام بها قصد المحافظة على الزواج واستمراره وبناء أسرة متوازنة ومستقرة.

ومن الملاحظ أن قانون الأسرة الجزائري قد استمد من الشريعة الإسلامية الحقوق والواجبات الزوجية المشتركة وهو ما نجده في المادة 36 من قانون الأسرة و التي تنص :

- المحافظة على الروابط الزوجية و واجبات الحياة المشتركة.
- المعاشرة بالمعروف، و تبادل الإحترام، والمودة والرحمة .
- التعاون على مصلحة الأسرة، ورعاية الأولاد، وحسن تربيتهم .
- التشاور في تسيير شؤون الأسرة، وفي تباعد الولادات.
- حسن معاملة كل منهما لأبوي الآخر، وأقاربه، واحترامهم، وزيارتهم.
- المحافظة على روابط القرابة، والتعامل مع الوالدين والأقربين بالحسنى.
- زيارة كل منهما لأبويه وأقاربه، واستضافتهم بالمعروف.

أما المادة 37 المعدلة بموجب الأمر رقم 5-2 لسنة 2005 فلقد تضمنت في الفقرة الأولى أحكاما جديدة لم تكن موجودة في السابق، وهي أحكام تتعلق بالذمة المالية لكل واحد من الزوجين، حيث نصت على أن لكل واحد من الزوجين ذمة مالية مستقلة عن الذمة المالية للزوج الآخر، ثم جاءت الفقرة الثانية ونصت على أنه يجوز للزوجين أن يتفقا في عقد الزواج، أو في عقد رسمي لاحق حول الأموال المشتركة بينهما التي يكتسبونها خلال الحياة الزوجية، وتحديد النسب التي تؤول إلى كل واحد منهما. وهي مادة تكاد تكون مشابهة لما يتضمنه التشريع الفرنسي فيما يتعلق بالأموال المشتركة بين الزوجين أثناء قيام عقد الزواج.

(عبد العزيز سعد ، 2010، ص ص 99 ، 100)

ويرى مصطفى الخشاب (1985) بأن رابطة الزواج تنشئ واجبات وحقوق كثيرة يتعين على كلا الزوجين الوفاء بالتزاماتها .

أما ما يتعلق بالزوج فيثبت عليه واجبات اتجاه زوجته وهي :

- المهر .

- نفقته على الأسرة.

- الإشراف على شؤون الأسرة وتوجيهها.

- صيانة الزوجة و حمايتها من الإغراء الخارجي .

- تربية الأولاد .

أما ما يتعلق بالزوجة فأهم واجباتها هي :

- عدم الاستئثار بالمهر، بل يجب استغلاله في تأنيث عش الزوجية.

- احترام رابطة الزوجية، فلا تخون زوجها ولا تمنعه نفسها ولا تهجر فراشها.

- طاعة الزوج، وذلك في الحدود الإنسانية حتى لا تتحدر إلى مجرد رقيقة وتفقد صفتها كشريكة في الحياة الزوجية.

- التعاون مع زوجها بروحها ومالها وعواطفها.

- العناية بتربية الأطفال.

- العناية بشؤون المنزل.

- الصراحة و الصدق في معاملاتها الزوجية و الإخلاص في تصرفاتها، وحسن التقدير والوفاء في مظاهر سلوكها، والحرص على الأسرار الزوجية.

- النفقة على الزوج في حالة عجزه على ذلك مع ثبوت قدرتها .

(مصطفى الخشاب، 1985، ص من 121 - إلى 127)

4- أشكال الزواج:

يشير علماء الإنسان و الإجتماع إلى أن الزواج أقدم نظام اجتماعي عرفه الإنسان، وقد عرفت الأسرة الإنسانية عدة أنواع وأشكال للزواج على مر التاريخ ومختلف المجتمعات والأديان، من أهمها :

4-1 وحدانية الزواج :

- مونوجامي - وهو نظام للزواج لا يسمح بمقتضاه أن يكون للرجل أكثر من زوجة واحدة في وقت واحد ، ولا للمرأة أكثر من زوج كذلك .

(الوحيشي أحمد بيري، 1998، ص 319)

وتشير "سنة الخولي" (2003) أن هذا الشكل من الزواج منتشر على أوسع نطاق عالميا، بل إن هناك مجتمعات ترفض كل أشكال الزواج عدا الوحدانية ، إلا أن هذا لا يعني أن الزواج لا يبد أن يحدث مرة واحدة طوال العمر فقط ، بل يمكن السماح بالزواج مرة أخرى في حالة الطلاق أو وفاة أحد الزوجين .

(سنة الخولي . 2003 ص 214)

4-2 وحدانية الزوج و تعدد الزوجات :

وهو النظام الذي بمقتضاه يحوز الرجل عددا من الزوجات، و لقد أخذت به طائفة من الشعوب الإفريقية ، حيث كان الرجل يعاشر من خمسة إلى ستين سيدة و يتفاوت هذا العدد تبعا لمركز الرجل الإجتماعي ومبلغ ثرائه، وانتشر هذا النظام بصفة خاصة في المقاطعات الزراعية لحاجة الرجل لعدد من النساء يساعده في عمله و ينجبن له أولادا كثيرين .

(مصطفى الخشاب ، 1985 ، ص 109)

وقد ظهر نظام تعدد الزوجات عند قدماء العبريين، وكانت هناك زوجة أصلية للشخص وهي تتنازل أحيانا عن حقها في فراش زوجها لجارية من جواريه بشرط أن ينسب أبناء الزوج من جواريه

إلى الزوجة الأصلية ، أما الأمهات الجوارى فكان ينظر إليهن على أنهن مجرد أداة للإنجاب لا أكثر، وعادة ما كان هذا النظام يطبق في حالة عقم الزوجة الأصلية أو عدم إنجابها للذكور.

(نبيل محمد توفيق السمالوطي. 1981. ص ص 160. 161)

ومن الملاحظ أن هذا الشكل من الزواج لا يحقق في مضمونه العدالة بين الزوجات ، حيث تهضم حقوقهن ويصبحن سوى أداة للإنجاب وتسقط الوظيفة النفسية والاجتماعية للزواج في هذا الشكل، إلى أن جاء الدين الإسلامي ووضع ضوابط وقيود أمام تعدد الزوجات قصد المحافظة على استمرارية مؤسسة الزواج واستقرارها .

فيقول تعالى : >> وإن خفتم ألا تقسطوا في اليتامى فانكحوا ما طاب لكم من النساء مثنى و ثلاث

ورباع فإن خفتم ألا تعدلوا فواحدة أو ما ملكت أيمانكم ذلك أدنى ألا تعدلوا>> (النساء 3)

وبذلك وضع الإسلام لتعدد الزوجات مجموعة من الضوابط المحكمة وهي :

- ألا يجمع الرجل في عصمته أكثر من أربع زوجات في وقت واحد.
- المساواة بين الزوجات في الحقوق والواجبات .
- أوجب الإسلام العدل المادي وهو المأكل والملبس والسكن، والعدل المعنوي وهو الحب والميل القلبي والنفسي.

(نبيل محمد توفيق السمالوطي 1981 . ص ص 161 - 162)

وإن استطاع الزوج العدل في الأمور المادية فإنه لن يستطيع ذلك في الأمور المعنوية أي القلبية، ويقول تعالى >> و لن تستطيعوا أن تعدلوا بين النساء ولو حرصتم فلا تميلوا كل الميل >>

(النساء الآية 129)

فقد كان الرسول (ص) يحب عائشة أكثر من غيرها ، و مع هذا كان يساوي بين نساءه في الأمور المادية ، ولا يخصصها بشيء إلا بعد استئذان باقي زوجاته و لذلك كان يقول >> اللهم هذا قسمي فيما أملك فلا تؤاخذني فيما لا أملك >>

(بدران أبو العنين بدران 1961 ص ص 104 - 105)

و الحكمة من تعدد الزوجات في التشريع الإسلامي نجدها في النقاط التالية :

- إن التعدد تدعوا إليه الحاجة الطبيعية ، و يضطر إليه الإنسان اضطرارا ذلك لأن المرأة تتعرض لبعض الموانع التي تجبرها على عدم المعاشرة الجنسية كالمرض ، وفترة النفاس وفترة الحيض، أن التعدد حل وسط فقد تكون المرأة باردة لا تألف الرجال و لا تلبي رغبات الزوج.
- التعدد متنفس للخروج من المآزق كسفر الزوج، أو الخلافات الزوجية المتكررة.
(بدران أبو العنين بدران . 1961 ، ص 107 - 108)

وقد يكون التعدد كذلك قصد حل مشكلة عقم الزوجة أو إنجابها للإناث فقط دون الذكور.

إن رضوخ المرأة لقاعدة التعدد جعلها توطن النفس لقبول امرأة أخرى تقاسمها زوجها، وتدعى الزوجة الثانية "الضرة" لأنها تضار صاحبها في زوجها ، وقد كره الإسلام تسميتها بالضرة فدعاها جارة، ودعوتها بهذه التسمية لا يخفى في نفس الزوجة الأولى الشعور بالأذى وقد يشاطرها هذا الشعور ذوها، ودليل ذلك أن النبي (ص) غضب حين علم أن علي بن أبي طالب هم أن يجعل لفاطمة ضرة، فقام في المسجد خطيبا وقال : >> إنما فاطمة بضعة مني، يربيني ما يربيتها ويؤذيني ما يؤذيها. فلما سمع ذلك امتنع و لم يتزوج إلا بعد وفاة فاطمة<<.

ولقد اتخذ البعض من موقف النبي (ص) حجة على أن الأصل في الإسلام هو الزواج بامرأة واحدة، وإن التعدد هو الإستثناء من هذا الأصل تقتضيه ظروف خاصة.
(عبد السلام الترماني . 1998 . ص 193)

3-4 تعدد الأزواج :

وهذا الشكل من الزواج نادر الحدوث و محدود بدرجة كبيرة فهو نظام يتم بمقتضاه زواج مجموعة من الرجال لزوجة واحدة فتكون من حقهم جميعا، وقد أخذت بهذا النظام القبائل في المجتمعات القديمة والحديثة، وخاصة في بعض المناطق في الهند و نيبال والتبت.

ويختلف الوضع الاجتماعي والقانوني للأزواج، ففي بعض المجتمعات يعامل الأزواج جميعا بدرجة متساوية في جميع الحقوق والواجبات و في حق الأبوة، في حين أن بعض المجتمعات تعتبر أحد الأزواج زوجا أصيلا فينسب إليه وحده جميع الأطفال الذي تتجهم الزوجة.

ويندرج ضمن هذا النظام ثلاثة نماذج و هي :

- النموذج الأول: ويشترط في هذا النموذج أن يكون الأزواج أقارب.
- النموذج الثاني: في هذا النموذج يباح تعدد الأزواج بدون التقيد برابطة القرابة بين الأزواج
- النموذج الثالث: وفي هذا النموذج يكون للمرأة زوج واحد، ولكن يباح لغيره من الرجال أن يتصل بها فترة محددة قبل زفافها أو بعده في ظروف معينة وبقيود خاصة، ولكن بدون أن يكون له صفة الزوج ولا حقوقه.

(الوحيشي أحمد بيبي 1998 . من ص 321 إلى 324)

4-4 تعدد الأزواج و الزوجات - الزواج الجمعي - :

وهو النظام الذي بمقتضاه يتاح لعدد من الرجال أن يتزوجوا عددا من النساء، على أن يكون حقا مشاعا بينهم. وقد سارت عشائر قديمة على هذا النظام في بعض نواحي استراليا و ميلانيزيا وبعض قبائل التبت وهملايا وسيبيريا وتودا وقبائل الهاواي، وقد تفرع هذا النظام إلى أشكال فرعية كثيرة: منها الزواج الأخوي الذي بمقتضاه يتعاشر الأخوة والأخوات معاشرة زواجية في نطاق الأسرة، ومنها زواج الأقارب و بمقتضاه يتعاشر بعض الأقارب بطائفة من أقاربهن أو من الأبعاد على حسب النظم التي يؤخذ بها المجتمع.

ويرى العالمان "مورجان وفريزر" أن نظام الزواج الأخوي قد ترك آثارا كثيرة في النظم الزوجية القديمة والحاضرة. وأهمها نظامان :

أولهما يسمى "الليقير Le Virat" و بمقتضاه يتعين أن يتزوج الرجل بأرملة أخيه المتوفى أو أخواته .

وثانيهما يسمى << السورورا Sorora >> و بمقتضاه يتزوج الرجل بأخت زوجته أو أخواتها بعد وفاتها أو يجمعهن في زواج واحد .

والملاحظ أن الأطفال الذين يولدون في ظل هذين النظامين يعتبرون أشقاء للأولاد الموجودين قبلا، كما يكسب العم في النظام الأول صفة الأب ، و تكتسب الخالة في النظام الثاني صفة الأم و هذا ما يدل على أن الأبوة و الأمومة و الأخوة تخضع لأوضاع اجتماعية و لعادات الجماعة و عرفها وتقاليدها و لا ترتبط في أساسها بالقرابة الدموية أو العصب.

(مصطفى الخشاب . ص ص 107 ، 108 . 1985)

كما توجد أنواع أخرى من الزواج مثل الزواج المؤقت، وهو نوع من مظاهر وحدانية الزوج والزوجة، وهو نموذج لا يستمر إلا لفترة قصيرة تحددها التقاليد والأعراف والقوانين، كذلك زواج المتعة وهو زواج قائم على التعاقد المؤقت إذا ينص في العقد أنه موقوت بأجل معين تنتهي بحلولة رابطة الزوجية ولا تزال بقاياها سائدة في بعض البلاد الغربية و حتى العربية الإسلامية، و إن كان الإسلام لا يقر مثل هذا الزواج ، إلا أن الشيعة الأمامية هي الفرقة الإسلامية التي تعترف بصحة وجواز هذا الشكل من الزواج و تقرر مشروعيته .

(الوحيشي أحمد بيبي . ص ص . 327 ، 328)

5- الإختيار الزوجي :

يُعد الإختيار في الزواج المرحلة الأولى للزواج بعد التفكير فيه، وهو خطوة هامة لبناء دعائم الحياة الزوجية السليمة وهو محك نجاح الزواج و التوافق فيه أو فشله و عدم التوافق فيه.

5-1 الإختيار الزوجي في الشريعة الإسلامية:

و نظرا للأهمية البالغة التي يكتسبها الإختيار للزواج فقد وضع الإسلام كمنهج سماوي أسس هذا الإختيار، لكي يكون اختيارا صحيحا سليما يبنى بناء علاقة زوجية متينة.

وأهم المبادئ التي يقوم عليها الإختيار للزواج في الشريعة الإسلامية ما يلي:

5-1-1 بالنسبة لإختيار الزوجة :

- ألا تكون محرمة حرمة أبدية أو مؤقتة: لقوله تعالى في سورة النساء الآية 22 و 23 >> حرمت عليكم أمهاتكم وبناتكم وأخواتكم وعماتكم و خالاتكم وبنات الأخ وبنات الأخت وأمهاتكم اللاتي أرضعنكم وأخواتكم من الرضاعة وأمهات نسائكم وربائبكم اللاتي أرضعنكم وأخواتكم من الرضاعة وأمهات نسائكم وربائبكم اللاتي في حجوركم من نسائكم اللاتي دخلتم بهن فإن لم تكونوا دخلتم بهن فلا جناح عليكم و حلائل أبنائكم الذين من أصلابكم <<
- أن تكون ذات دين وخلق: عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول قال: >> تتكح المرأة لأربع : لمالها ولحسبها ، ولجمالها ولدينها، فأظفر بذات الدين تربت يداك < رواه البخاري.
- و عن سعد بن أبي وقاص رضي الله عنه أن النبي قال: >> أربع من السعادة: المرأة الصالحة، والمسكن الواسع، والجار الصالح، والمركب الهنيء، و أربع من الشقاء: الجار السوء، والمرأة السوء، والمركب السوء، والمسكن الضيق. << رواه أبو حيان وأحمد.

- أن تكون ولودا : لقوله تعالى << المال والبنون زينة الحياة الدنيا >> (الكهف 46) وقوله << تزوجوا الودود فالود فإني مكاتر بكم الأمم >> رواه أبو داود.
 - أن تكون ودودا: تُقبِل على زوجها. فتحيطه بالمودة والحب والرعاية وتحرص على طاعته ومرضاته، ليتحقق بها الهدف الأساسي من الزواج وهو السكن.
 - أن تكون بكرا: لتكون المحبة بينهما أقوى والصلة أوثق لقوله << عليكم بالأبكار فإنهن أعذب أفواها، وأنتق أرحاما، وأرض باليسير >> أخرجه البخاري
- (مصطفى عيد الصيصانة، 1993 ص ص 104، 106)
- أن تكون حسنة الوجه جميلة: لتحصل بها للزوج العفة.

- أن تكون ذات حسب: كريمة العنصر، فعن عائشة رضي الله عنها قالت قال رسول الله (ص) << تخيروا لنطفكم، وانكحوا الأكفاء >> رواه ابن ماجه
 - أن تكون ذات حسب، والحسب هو الشرف بالآباء والأقارب.
 - أن تكون سليمة من العيوب المنفرة والأمراض السارية و العلل المعدية.
 - أن تكون عفيفة محتشمة، ذات أخلاق فاضلة.
 - أن لا تكون مخطوبة للغير، لنهي الرسول (ص) على ذلك حيث يقول << لا يخطب أحدكم على خطبة أخيه، ولا يبيع على بيع أخيه إلا بإذنه >> رواه أبو داود.
 - أن تكون يسيرة المهر لقوله (ص) << خير النكاح أيسره >> رواه أبو داود
 - أن تكون راضية بالزوج لمن تقدم لخطبتها وموافقة وليها على زواجها.
- (مصطفى عيد الصيصانة، 1993 ، ص 106)

5-1-2 بالنسبة لإختيار الزوج:

لقد وضع الإسلام أسس اختيار الزوج مثلما وضعها في اختيار الزوجة وركز على الخلق والدين وأغفل ما سواهما فحث على الرضا بهما، وحذر من الإعراض عنهما لما يترتب على ذلك من فتنة في الأرض وفساد كبير لقوله ﷻ <> إذا أتاكم من ترضون دينه وخلقه فزوجوه، ألا تفعلوه تكن فتنة في الأرض وفساد عريض >> رواه الترمذي

وللإسلام نظرة شمولية في الزواج من الرجل الصالح كونه يعد الركيزة الأساسية لنجاح الزواج واستمراره.

(حسين محمد يوسف، بدون سنة، ص 49)

5-2 النظريات المفسرة في الإختيار للزواج:

لقد تعددت النظريات التي تناولت موضوع إختيار شريك الحياة فهناك النظريات الإجتماعية الثقافية والنظريات النفسية.

5-2-1 النظريات الإجتماعية الثقافية:

ولقد تضمنت النظريات الإجتماعية الثقافية ثلاث نظريات هي نظرية التجانس ونظرية التجاور المكاني ونظرية القيم.

أ- نظرية التجانس:

تقوم نظرية التجانس على أساس ميل الناس للزواج ممن يتشابهون معهم شعورياً كان ذلك أولاً شعورياً. ويكون التشابه على أساس أنهما ينتميان إلى الجماعة أو البيئة نفسها التي يرتبط كل منهما بها. والتشابه والتجانس يتصل بالخصائص الإجتماعية العامة وأيضا الخصائص أو السمات الجسمية وأهم أوجه أو عوامل التجانس التي تقوم عليها هذه النظرية.

- التجانس في الجنس - التجانس في الدين - التجانس في أصل الشعوب - التجانس في السن أو العمر - التجانس في الخصائص الإجتماعية - التجانس في التعليم - التجانس في الإتجاهات والميول - التجانس في المهنة والمكانة الإجتماعية والإقتصادية
- التجانس في الصفات والخصائص الجسمية.

(نادية حسن أبوسكينة، منال عبد الرحمان خضر - 2011، ص 80)

كما أكدت سامية حسن الساعاتي (1981) أهمية التجانس في الإختيار للزواج من خلال دراستها حول الإختيار للزواج والتغير الإجتماعي في مصر، توصلت إلى تأثير نظرية التجانس في الإختيار للزواج.

أي التجانس في الدين، والسن، والمستوى التعليمي، والصفات الجسمية والمزاجية، والتجانس في القيم.

وتشير علياء شكري وآخرون (2009) على أن عدم التجانس الطبقي بين طرفي الزواج والتفاوت في السن يؤدي إلى العديد من مظاهر عدم الإستقرار الزواجي و حدوث الطلاق.

(علياء شكري وآخرون. 2009، ص 66)

ب- نظرية القيم :

ترى نظرية القيم أن الارتباط و الإنجذاب بين الأفراد يكون أكثر سهولة عندما يشترك هؤلاء الأفراد أو يعتقدون أنهم يشتركون في إتجاهات قيمية واحدة .

وتقتضى نظرية القيم :

-أن الأشخاص الذين يشتركون في نفس الخلفيات الإجتماعية يتعلمون و يحافظون على نفس القيم .

-ان هذا التفاعل الفعال الخالي من المشاكل يجعل كل فرد يشعر بالرضاء عن نتائج علاقته بالفرد الآخر، وبالتالي الرغبة في الإستمرار في هذه العلاقة وتوطيدها، والتي قد تكون علاقة صداقة، قد ينجم عنها إختيار للزواج في حالة ما إذا كانت بين رجل وامرأة.

-ان الأفراد ذوي القيم المتشابهة يتم بينهم إتصال و تفاعل اجتماعي فعال ، و ينشأ بينهم القليل من الاختلاف والتصادم والمشاكل.

فلاشترك في القيم يقرب الأشخاص من بعضهم نفسيا واجتماعيا وقد يكون ذلك أساسا للاختيار الزواجي.

(الوحيشي أحمد بيري ، ص ص 352،353)

ج- نظرية التجاوز المكاني:

والإختيار للزواج في نظرية التجاوز المكاني يكون من بين الذين يجمعهم نطاق جغرافي محدد يكون بمثابة مجال مكاني يستطيع الفرد أن يختار منه، وبذلك تتحدد الدائرة التي يجري الإختيار من بينها.

(نادية حسن أبو سكينه ومنال عبد الرحمان خضر، 2011، ص 80)

فقد تبين من الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن الناس يتزوجون ممن يلتقون بهم وهؤلاء يعيشون عادة بجوارهم سواء في المسكن أو العمل وتبين أيضا أن للقرب المكاني أهمية وظيفية في لقاء وتعارف الشباب، ومرجع ذلك أن الحق في حرية الإختيار محدود بالإعتبارات الثقافية التي تحدد الأشخاص الذين من الممكن أن يكونوا الشركاء المرغوب فيهم.

(سناء الخولي، 1983، ص 146)

5-2-2 النظريات النفسية:

ويُطلق عليها "نظرية الحاجات التكميلية" تقوم النظرية في الإختيار للزواج على أساس أن الأفراد يميلون إلى إختيار القرين الذي يشبع الحاجات الشخصية لديهم أكبر قدر من الإشباع. كما تقوم "مدرسة التحليل النفسي" في الإختيار الزواجي على أساس الحاجات المكملة وتضمنت وجهة نظرها في نظريات فرعية عديدة كنظرية فرويد، نظرية الصورة الوالدية. نظرية الشريك المثالي، نظرية الحاجات الشخصية.

وبالنسبة لنظرية " فرويد " فهي ترى أننا في الإختيار للزواج نبحث عن شخص يشبهنا أو عن شخص يحمينا، وتقوم " نظرية الصورة الوالدية " على أساس أن الفرد قد يختار قرينه بناء على وجود تشابه بين أحد الوالدين وبين القرين في الخصائص الجسمية والآراء و الأخلاق والشخصية. أما عن نظرية الشريك المثالي فإن << كريستنس >> هو أحد البارزين في مجال الإختيار الزواجي ، يرى أن مفهوم الشريك المثالي يتكون تدريجيا عند الفرد منذ أن يبدأ تعامله مع والديه وإخوته ومن بعدهم مع الآخرين من أفراد المجتمع.

وتشير كلا من " نادية حسن أبو سكيينة ومنال عبد الرحمان خضر" (2011) إلى أن عملية الإختيار في الزواج تتكون من ثلاثة عمليات فرعية هي :

- التفكير في الزواج
- البحث عن القرين المناسب
- إتخاذ قرار التقدم إلى خطبة الفتاة أو قرارا قبول الخطبة .

(نادية حسن أبوسكيينة، منال عبد الرحمان خضر، 2001، ص 81)

ويتكون كل من قراري التفكير في الزواج، وإختيار من يتقدم لخطبتها - بالنسبة للفتى - أو قبول من تقدم لخطبتها - بالنسبة للفتاة - من أربع جوانب لا يمكن الفصل بينهما لأنها جوانب متداخلة ومتفاعلة بينها ولا نلمسها بل نستدل عليها من خلال سلوك الإنسان و تعبيراته و كلامه - ويمكن تلخيص هذه الجوانب في: الجانب المعرفي أو الفكري ، و الجانب الوجداني أو النفسي، والجانب النزوعي أو السلوكي، وأخيرا الجانب القيمي أو الأخلاقي .

وسوف نشرح كل جانب بايجاز كما يلي :

➤ **الجانب المعرفي:** وهو الجانب العقلي الذي يضم الأفكار عن الزواج وأهميته وأسباب الإقدام عليه الآن، ومواصفات الزوجة الصالحة أو الزوج الصالح ومواصفات الفتاة أو الشاب، وما فيه من مميزات وعيوب، وإمكانية الموافقة أو الرفض والأسباب الداعية على الموافقة أو عدم الموافقة، وغير ذلك من المعلومات التي يحصل عليها الشاب أو الفتاة بخبراته وإدراكه لظروفه وسؤاله لأهله وأصدقائه وغيرهم ممن لهم علاقة بالفتاة، أو سؤال الفتاة لأهلها وغيرهم ممن لهم علاقة بالشباب الذي تقدم لخطبتها، ومن هنا يأتي تأثير الأهل والأصدقاء والزملاء في التفكير في الزواج وفي إختيار القرين.

➤ **الجانب الوجداني :** وهو جانب الميل أو الرغبة ويضم المشاعر الإيجابية الإعجاب والرضا والحب أو المشاعر السلبية - النفور وعدم الإرتباح والكرهية - التي تتعلق بموضوع الزواج أو بمن نريد الإقتران به.

➤ **الجانب النزوعي:** وهو الجانب السلوكي أو النفس - حركي الذي يظهر في تصرفات الرجل في التقدم للخطبة أو الإحجام عنها أو تصرفات الفتاة في القبول أو الرفض لمن تقدم لخطبتها.

➤ **الجانب القيمي:** وهو جانب الأخلاق والدين والضمير والذي يوجه الجوانب الثلاثة السابقة ويؤثر على التفاعل بينهما وعلى الدوافع والإنفعالات والعواطف وعلى ردود الأفعال في القبول أو الرفض.

(نادية حسن أبوسكينة، منال عبد الرحمان خضر، 2001، ص 81)

6- العلاقات التي تتم قبل الإستعداد للزواج بين الطرفين :

هناك عدة أنواع من العلاقات التي قد تتم قبل الإستعداد للزواج بين الطرفين ونذكر منها:

أ- **علاقة الصداقة:** وأساسها إتفاق الميول والتشابه في العادات و إتفاق في الهدف الذي يعمل له الصديقان، وهذه هي أسس علاقة الصداقة التي نجدها بين الزملاء في المدارس أو المؤسسات أو بين الأفراد.

ب- **علاقة الميل الجنسي:** وأساسها مجموعة من الإحساسات والقوى الإنفعالية البالغة من الغريزة الجنسية، التي ترمي إلى الإتصال الجنسي والتناسل ، وهي غريزة فطرية طبيعية، قد تحيط بها مظاهر مساعدة، كالميل إلى جذب إنتباه الجنس الآخر، والتزين بمختلف الطرق، لتخفيف هذا الغرض.

ج- **علاقة الحب(*) :** وأساسها مجموعة من الإنفعالات المتنوعة التي تتمركز حول شخص أو موضوع معين، شأنها في ذلك شأن أي نوع من أنواع العواطف. وإذا حللنا الإنفعالات التي تستثار في المواقف العاطفية فإننا نجدها تشمل إنفعال الحنان على من نعطف عليه وإنفعال الرغبة في تملكه والعمل على حمايته، والشعور بالسرور عند سروره، والخوف عليه من تعدي الغير، وكراهية من يكرهه.

وتتوقف علاقة الحب على نوع موضوع الحب الذي ترتكز حوله العاطفة، وعلى أنواع الإنفعالات السائدة في هذه العلاقة ،فمثلا حب الشاب لخطيبته يغلب عليه الإنفعال الجنسي، بينما حب الأم لطفلها عاطفة أخرى يغلب عليها إنفعال الحنان والأمومة، وحب الرعاية والحماية.

(أحمد محمد مبارك الكندري 1992- ص ص 79، 80)

وما يمكن ملاحظته أن هذه الأنواع من العلاقات تختلف باختلاف المجتمعات والأديان، إلا أن المجتمع الجزائري قد أخذ بهذه الأنواع من العلاقات قبل الزواج وهو ما نمسه من خلال التغيير الإجتماعي الذي يشهده المجتمع الجزائري الذي كان يغلب عليه طابع التحفظ وعدم الإختلاط بين الجنسين إستنادا لمعايير دينية وأخلاقية و اجتماعية.

*هناك مقولة في المجتمع الجزائري مفادها أن الحب يأتي بعد الزواج ، وكانت هذه القاعدة مطبقة في القرن الماضي إلا أن التغيرات التي يشهدها المجتمع الجزائري لم تعد تتماشى مع هذه المقولة فأصبح الشباب يؤمن بفكرة الحب ما قبل الزواج.

7- مراحل الحياة الزوجية :

بعد عملية إختيار القرين و انتهاء فترة الخطوبة ، و التي قد تكون طويلة أو قصيرة و إتمام إجراءات الارتباط الرسمي - الزواج- تظهر بوادر مؤسسة الزواج بعد الإنتهاء من حفل الزفاف، حيث يجد الزوجان أنفسهما أمام حياة جديدة و أدوار جديدة ، فيحاول كل منهما ممارسة هذه الأدوار بكل مسؤولية .

يشير " كمال مرسى" 1995 الى أن الزواج مثل الطفل يولد صغيرا وينمو بالرعاية والتربية، ويضعف بالإهمال والمعاملة السيئة، وكما أن نمو شخصية الطفل تعتمد على علاقته بوالديه، والتي يشعر فيها بالأمن والطمأنينة،فكذلك نجاح الزواج واستمراره يعتمد على العلاقة بين الزوجين،والتي يشعر فيها كل منهما بالأمن والسكينة،وأي خلل في هذه العلاقة يجعله زواجا هزيلا، لا يقوى على الاستمرار في تحقيق أهدافه للزوجين والمجتمع.

وكما أن الإنسان عرضة للأمراض والانحرافات في جميع مراحل حياته، فكذلك الزواج عرضة للاضطراب في جميع مراحلها،وفي حاجة إلى جهود كبيرة من الزوجين للمحافظة عليه وتقويته وحمايته من العواصف التي تهدمه و تمنعه من تحقيق أهدافه النفسية والاجتماعية والروحية.

والحقيقة أن الحياة الزوجية تمر بعدة مراحل ، فكل مرحلة لها خصوصيتها و وظائفها ومكاملة للمراحل الأخرى، وتتمثل هذه المراحل في: مرحلة شهر العسل، مرحلة بداية الحياة الزوجية، مرحلة الاستقرار.

7-1 مرحلة شهر العسل :

تعتبر مرحلة شهر العسل من أولى مراحل الحياة الزوجية، ويطلق على الأسابيع الأولى من حياة الزوجية ، التي يمكن أن تطول أو تقصر بحسب الشعور بالسعادة بين العروسين، ولقد أصبحت عادة شهر عسل مسألة إختيارية، وذلك حسب إمكانيات الفرد المادية والإجتماعية .

ويتوقف نجاح الحياة الزوجية في شهر العسل، وطول مدة الإستمتاع بهذه الفترة على درجة التفاهم الذي سبق حدوثه أثناء فترة الخطوبة، ففي شهر العسل يمكن التعرف إلى حد بلغ كل منهما درجة النضج العقلي والعاطفي، وإلى أي حد يستطيع كل منهما أن يتغير ما بنفسه في سبيل التكيف مع شريك حياته وإلى أي حد يستطيع كل من العروسين أن يستقل عن أهله و ينفصل عنهم في سبيل تكوين أسرة جديدة قائمة بذاتها.

(أحمد محمد مبارك الكندري، 1992 ، ص 86)

ويشير " مراد بوقطاية " (2000) لشهر العسل وظيفتان أساسيتان هما :

- تكثيف العلاقة العاطفية و الإتصال .

- تدعيم و توكيد الإيثارية إرضاء للطرف الآخر .

فإن توفر الحب المتبادل بين الطرفين فإنه يدعم الوظيفتين غريزيا .

(مراد بوقطاية ، 2000 ، ص 81)

وتشير " سناء الخولي " (2008) إلى أنه نادرا ما يتوافق الفرد في شهر العسل مع دوره الجديد، كون التوافق في الزواج هو عملية ديناميكية، وما شهر العسل سوى بداية لهذا التوافق، كما أن التأثيرات السلبية لشهر العسل غير المرضي قد يكون لها نتائج غير مرضية في المدى البعيد، لأن علاقة الزوجين في شهر العسل تكون مثالية إلى حد كبير، وعدم الرضا الأولى للتوافق قد يحطم المثالية المبكرة في الزواج و يؤدي الشعور بخيبة الأمل لكلا الزوجين.

7-2 مرحلة بداية الحياة الزوجية :

وهي السنوات الأولى للزواج ويعتبرها الكثير من علماء النفس ذات أهمية خاصة، حيث يبدأ كل منهما في اكتشاف شخصية الآخر، وبالتالي يحاول كل منهما تحديد الوظائف والأدوار والمسؤوليات الإجتماعية لكل منها.

يعطي علماء النفس والاجتماع العائلي أهمية كثيرة سنوات الأولى من الزواج، حيث يحتمل فيها ان يحدث مشاكل وصراعات زوجية، حيث أن أعلى معدلات الطلاق تسجل خلال السنوات الثلاثة الأولى من الحياة الزوجية.

ما تجدر الإشارة إليه أن هناك اختلاف في تحديد فترة السنوات الأولى من الزواج، فالبعض يعتقد أنها تبدأ بدخول بيت الزوجية، وبينما يرى البعض الآخر أنها تنتهي بإنجاب الطفل الأول، حيث يتوقع نقص شعور كلا من الزوجين بالارتياح و السعادة الزوجية.

(أحمد محمد مبارك الكندري ، 1992 ، ص 88)

ومن بين المشكلات التي تعالج في هذه المرحلة :

- العلاقة الجنسية بهدف الإشباع المتبادل للزوجين .
- تسيير وتأسيس وتنظيم البيت.
- العلاقات بين عائلتي الأنساب.
- العلاقات مع الأصدقاء القدامى للزوجين، وإقامة علاقات مشتركة جديدة وتحديد طريقة كزوج (Couple) في اللقاءات الودية مع الأصدقاء.
- مخطط الإنجاب.
- الطقوس والعادات الغذائية والشروط العامة للتغذية.
- إدارة الأموال وتنظيم الميزانية وكيفية حل المشاكل المالية.
- الاتجاه المشترك نحو الآراء السياسية و الدينية لكل واحد، وكذا الواجبات التي تتجر عن هذه الإلتزامات.

- السريرة الجسمية والمتمثلة في عادات النوم واليقظة والنظافة والكساء .
- التفاهم حول طرق معالجة الصعوبات واقتراح الحلول، وبصفة عامة نمط حل المشاكل التي تقع للزوجين.

(مراد بوقطاية ، 2000، ص 82)

3-7 مرحلة الإستقرار :

وتبدأ هذه المرحلة بعد إنجاب الأطفال، حيث يؤثر الأطفال على الزوجين وعلى العلاقة بينهما. فبعد إنجاب الأطفال تتغير نظرة كل من الزوجين لذاته وللحياة وتتغير الأدوار والأفكار المتعلقة بالدور الوالدي، وتقل الأنشطة بينهما، و يجد الزوجان أنفسهما أمام مسؤوليات جديدة وتبدأ معالم الأسرة في الظهور بتعدد أدوار كلا من الزوجين، والمشاركة في تربية الأطفال، وزيادة الأعباء المالية.

ويتم في هذه المرحلة :

- دراسة الآفاق المستقبلية والترقية والتكوين.
- تحديد أو إعادة تحديد أدوار كل زوج و هو أمر جد هام مع تحول الزوج - الزوجة معا- إلى أسرة (تحديد الأدوار الخاصة بالأب والأم).

(مراد بوقطاية ، 2000، ص 83)

أما في ضوء " نظرية اريكسون" للنمو النفسي الاجتماعي فإن الزواج كالشخصية يمر بثمانى مراحل، يحدث في كل منها تحولات في أفكار الزوجين ومشاعرهما وسلوكياتهما في التوافق الزواجي، فيتجه التفاعل بينهما من الناحية السلبية التي تضعف العلاقة الزوجية الى الناحية الايجابية التي تقويها وتغذيها وتميها، فمراحل النمو في الزواج مراحل تحولات تتطوي كل منها على أزمة يسميها " اريكسون " أزمة التحول أو أزمة النمو.

ويعتمد نمو الزواج على قدرة الزوجين في اجتياز أزمة كل مرحلة، وحل مشكلاتها حلا مناسباً لينتقل إلى المرحلة التالية قويا متينا، أما إذا كان الحل غير مناسباً فينتقل ضعيفا، أو يتوقف الزواج عن النمو ويحدث الطلاق.

وتأخذ مراحل نمو الزواج بالتدرج على شكل الهرم المقلوب،فانتقال الزواج من مرحلة إلى أخرى، لا يعني أن المرحلة الأدنى قد انتهت بقدر ما يعني إضافة المرحلة الثانية إليها، ثم إضافة الثالثة إلى الأولى والثانية، وهكذا إلى أن يكتمل نمو الزواج في المرحلة الثامنة.

(كمال مرسى،1995،ص ص 212،215)

8- الأدوار الزوجية :

يتضمن الزواج و كذلك العلاقات الأسرية كغيرها من العلاقات الجماعية القيام بأدوار معينة.

والدور الزوجي هو نمط من المعايير السلوكية تحدد وظيفة الفرد الاجتماعي كزوج أو زوجة، وتعتبر المرونة الزوجية بعدا أساسيا من أبعاد الدور الزوجي الذي يتمثل في سهولة التكيف مع مصدر كسب الرزق والمحافظة على الأسرة والمساندة الانفعالية لطرفي العلاقة وتنشئة الأبناء، وترتبط المرونة الزوجية لكل من الزوجين بدور الطرف الاخر في تفاعل وتكامل، ويحكم هذه العملية ما يسمى " توقع الدور" خاصة من حيث الحقوق والواجبات وسلوك الفرد الذي يتوقعه الطرف الاخر.

(عواطف حسين صالح،2004، ص 03)

تعد فاعلية الزوجين على أداء أدوراهما الأسرية بكل وضوح ومسايرة سلوكهما للتوقعات الأسرية من أهم العوامل المنبئة بالتوافق الزوجي.

وتشير سناء الخولي (2008) بأن الدور (Role Position) يتحدد بناءا على المعايير التي يعتنقها الأفراد، فكل من الزوجين يدخلان في العلاقة الجديدة بأفكار مسبقة عن كيف يجب أن يكون هو أو تكون هي كزوج أو زوجة ، وهذا يشمل على مظهرين هما :

- إتجاه معين عن وضع الشريك النسبي أو مركزه في التنظيم الجديد.
- إتجاه نحو تحديد << الفعل >> أو دور الفرد وما يجب أن يفعل باعتباره عضوا في أسرة.

(سناء الخولي ، 2008 ، ص 216)

وما تجدر الاشارة اليه ان الأدوار الزوجية عرفت بعض التغير وخاصة في الدول العربية "وهو ما ينطبق على الجزائر كدولة عربية"، فأصبح هناك نوع من عدم الوضوح في أدوار كلا الزوجين، والذي يرجع للعديد من الاسباب ومن أهمها خروج المرأة للعمل، وموجة التحرر التي تعرفها المرأة التي تتادي بالمساواة مع الرجل، هذه الموجة التي ضللت المرأة عن أدوارها وأخرجتها من ثوبها الأنثوي وأدخلتها في صراع الندم مع الرجل الذي هو في الأساس سندها وراعيها.

هذا الصراع الذي نلمسه في صراع الأدوار لكليهما والذي ينعكس سلبا على الاستقرار الأسري وينبئ بفشل العلاقة الزوجية ككل.

وترى " منى الصواف وقتيبة الجليبي" (2006) بأنه وإلى عهد قريب وفي معظم القرى والأرياف العربية كان دور كل من الزوج و الزوجة واضح، فالزوج يعمل لكسب لقمة العيش لزوجته وأبناءه ، والزوجة مكانها البيت تقوم على تنظيفه و ترتيبه وتهيئته لراحة زوجها، ومهمتها الأساسية تربية الأولاد، وهكذا يعرف كل من الزوجين سلفا أدوارهم، ووضوح هذه الأدوار سيقبل من مشكلات اضطراب العلاقة الزوجية.

أما في عصرنا هذا فلقد دخلت المرأة ميدان العمل وكسب الرزق الذي لم يعد حكرا على الزوج وحده، كما أن مسؤولية تربية الأولاد لم تعد من اختصاص الزوجة فقط، وأصبح من الضروري أن يخصص الأب قدرا أكبر من الوقت لأولاده ، كما أصبح إجتماع الزوج بالزوجة أكثر، وأصبح السفر في الإجازات مع العائلة شيئا طبيعيا، وكل هذا زاد من إحتتمالات الإحتكاك بين الزوجين، وكل ما زاد ذلك زاد معه إحتتمال إختلاف وجهات النظر والتصادم.

(منى الصواف ، قتيبة الجليبي ، 2006، ص 56)

أما " يوري ريو ريكوف" (2006) فانه يرى أن النظام الأبوي قد إندثر وظهر ما يعرف بالنظام المزدوج - سيادة الجنسين معا بدلا من سيادة الرجل وحده في النظام الأبوي - وهو نوع جديد كليا من تنظيم المجتمع، تنظيم جديد لجميع علاقات الرجل والمرأة، أثر بشكل واضح على أدوارهما،

وغير بدوره جذريا على أوضاعهما الإستراتيجية في المجتمع و الأسرة، بعد أن حل محل تبعية المرأة الإقتصادية والإجتماعية للرجل - وهي التبعية التي تربط المرأة بأوثق الخيوط- علاقات أكثر تعقيدا من الحرية والإستقلالية المتبادلة.

(يوري ريو ريكوف، 2006 ، ص 163)

8-1 دور الزوج :

دور الزوج في المؤسسة الزوجية في المجتمع العربي نستشفه من خلال المكانة التي يحتلها الزوج كفرد في الأسرة، ففيما مضى كان الزوج هو المعيل المادي الوحيد في الأسرة إلى جانب سلطته المطلقة في تسيير شؤون الأسرة واتخاذ القرارات فيها، وهي الأدوار التقليدية التي كانت مناطة بالرجل كرب أسرة.

فالدور الاقتصادي الذي كان يمارسه الزوج كدور أساسي وجوهري في الأسرة من خلال إعالتها، دعم وبصورة مباشرة دوره السلطوي والتربوي، فلقد كان الزوج يستمد قوته وهيمنته ابتداء من دوره الاقتصادي.

ولما تراجع هذا الدور للزوج في الأسرة الحديثة من خلال عدم احتكاره له ومشاركة الزوجة فيه وهو ما أثر سلبا على دوره السلطوي و التربوي في حين تعمق دور الزوجة بالمقابل في الجانب الإقتصادي و كذا السلطوي.

وتشير "حنيفة صالح" (2009) إلى أسباب تقليص دور الزوج في الأسرة العربية المعاصرة ونذكر منها :

- تداعيات آثار العولمة الإقتصادية وتأثيرها على الهياكل التنظيمية للمؤسسات الإقتصادية مما أفض إلى << بطالة بنيوية >> و تحديدا بين الرجال .

حيث إن البطالة لا تسلب الرجال السلطة التي توفرها لهم قدرة الإعالة على أسرهم فحسب؛ بل مفهوميهم لذواتهم و مشاعرهم بالقيمة الذاتية.

- المقاومة الشديدة من طرف الرجال وبعض الهيئات للحركات النسائية التي حاولت فضح هذه الممارسات غير الطبيعية.

- تداعيات العولمة الثقافية واختراف - المجال الأسري الخاص - بحيث أن المكانة الجديدة التي وصلت إليها المرأة لم تسلب الرجل فقط دور الإعالة بل سلبته أيضا سلطة الحماية - للمرأة - وفتح المجال للحديث عن مشاكل ختان البنات والممارسات الجنسية العنيفة في الزواج، واحداث تغييرات قانونية تمس المرأة مثل تغييرات في قوانين الشخصية والأسرة*.

(حنيفة صالح، نقلا عن بيضون ، 2009 ، ص ص 83-84)

ويري " كمال مرسى" (1995) ان هناك شروطا يجب توافرها في الزوج حتى يكون كفاء في أداء أدواره وهي:

- القدرة على القيام بمسؤوليات القوامة في الاسرة في الرعاية والانفاق، وتصريف أمورها في حدود شرع الله.

- القدرة على العدل بين زوجاته اذا عدد، و العدل بين واجباته نحو زوجته وحقوقه عليها.

- القدرة على الانجاب والابوة وتقبل دوره في تربية الاطفال والقدرة على لعب دور الام عند الضرورة دون الخلل بدور الاب.

- المهارة في أداء الاعمال المنزلية، ومشاركته لزوجته في أداء هذه الأعمال (خاصة اذا كانت عاملة ولا يوجد خادم يخدمها) وتقبل دوره في رعاية شؤون الاسرة، فهو مسؤول عن تحقيق الامن و السكنية لزوجته وأولاده داخل البيت، وعن اشباع حاجاتهم الجسمية و النفسية والاجتماعية والروحية،ومساعدتهم على تنمية صحتهم النفسية والجسمية.

- القدرة على القيام بواجباته الزوجية والالتزام بدوره الذكوري،فيكون بأحسن صورة كلما رأته زوجته، قادرا على حمايتها ورعايتها هي وأولادها.

* ما تجدر الإشارة إليه أن القانون الجزائري قد أعطى حقوقا واسعة للمرأة لم تكن تتمتع بها من قبل و هو ما نلمسه في تعديل قانون الأسرة الجزائرية لسنة 2005.

- وجود دخل من عمل أو تجارة أو ممتلكات، ينفق منها على أسرته مع حسن التدبير والتصريف، بما يوفر لزوجته أبنائه حاجات معيشتهم، و يرفع مكانتهم في الحياة.
- القدرة على تحقيق التوازن بين واجباته نحو نفسه وزوجته وأولاده وبيته وعمله، فلا يبالغ في احداها، ويقصر في أخرى، ولا يقع في صراع الدور أو صراع الادوار.

(كمال مرسى، 1995، ص ص 148، 149)

8-2 دور الزوجة :

بعد انحصار دور الزوج و تراجعها في مؤسسة الزواج وذلك إثر التغيرات والأسباب التي أشرنا إليها سابقا ، و بروز مكانة المرأة على الصعيد الإقتصادي والاجتماعي والمهني، كل ذلك يوحي بتغيير أدوار الزوجة بالمقابل .

فالزوجة وإن كانت في الماضي مجرد ربة بيت، لها واجبات محددة كالقيام بشؤون البيت وإعداد الطعام و تربية الأولاد، فإن الوقت الراهن في الأسرة المعاصرة لم يعد ينحصر دورها في تلك المجالات فقط و لم تصبح كمجرد أداة للإنجاب فقط ، فلقد طرأت تغيرات في المجتمع العربي المعاصر أثرت بنسبة كبيرة على وضعيتها و حياتها و خصائص أدوارها.

ومن أسباب هذه التغيرات نذكر :

- تحرير المرأة و تعليمها و محاولة إثبات ذاتها من خلال العمل.
- رفع القيود الصارمة على سلوك المرأة و إتاحة الفرصة لها للإختلاط بالرجال في مجالات مختلفة وهو ما أثر في تفكيرها وشخصيتها.
- إتاحة الفرصة للمرأة للعمل في مختلف الوظائف والتمتع بجميع الحقوق السياسية والمدنية .

ومن هنا وجدت المرأة نفسها على قدم المساواة مع الرجل - على الأقل في الحقوق و الواجبات القانونية و السياسية والمدنية - .

ومن خلال ذكر الأدوار الزوجية لكل من الرجل والمرأة نلاحظ أن هذه الأدوار كانت تتميز بنوع من الوضوح و التحديد في الأسرة التقليدية ، فكل من الزوج والزوجة يدرك بوضوح الأدوار المنوطة به منذ بداية الحياة الزوجية ولا يقبل النقاش فيها فهي مُسطرة واضحة المعالم.

أما في الأسرة المعاصرة فنلمس عكس ذلك تماما فأخذت أدوار الرجل في التقلص والتراجع أمام اجتياح أدوار الزوجة.

وبذلك يتجلى الغموض في أدوار كلا الزوجين ولم تعد هناك حدود فاصلة بينهما، وهو ما قد ينتج عنه صراع الأدوار هذا الأخير الذي يعد المؤشر القوي لسوء التوافق الزوجي.

لذلك كان لزاما على الزوجين في الأسرة المعاصرة و أمام التغيرات الحاصلة في المجتمع الجزائري فتح باب الحوار والنقاش حول أدوارهما الزوجية وتوضيحها وكيفية التكامل بينها درءا للصراع .

ويرى " كمال مرسى" (1995) أن الزوجة تعتبر كفاءة في أداء أدوارها اذا توفرت فيها الشروط التالية :

- الرضا بواجباتها و حقوقها الشرعية في الزواج، وقبول قوامه الزوج للأسرة ومساعدته في ذلك.
- القدرة على القيام بواجباتها الزوجية، والالتزام بدورها الأنثوي،فتكون في أحسن زينة كلما رآها زوجها، فيسكن إليها.
- القدرة على الإنجاب والأمومة وقبول دورها في تربية الأطفال، والقدرة على لعب دور الأب عند الضرورة، دون خلل في دور الأم .

- المهارة في أداء الأعمال المنزلية،وتقبل دورها داخل البيت ،وتوفير ما يحقق لها ولزوجها وأطفالها الأمن و السكنية،ويشبع حاجاتهم الجسمية و النفسية والاجتماعية والروحية.
 - القدرة على تدبير نفقات الأسرة المالية ومعاونة الزوج في تحسين مستوى المعيشة من مالها إذا كانت ذات مال أو راتب شهري.
 - القدرة على تحقيق التوازن بين مسؤولياتها نحو زوجها وأولادها وبيتها ونفسها و عملها (إذا كانت ذات عمل) دون أن تتعرض لصراع الأدوار أو صراع الدور.
- (كمال مرسى ،1995،ص ص148،147)

9- المفاهيم الايجابية للزواج والعلاقة الزوجية :

ترى " نادية أبو سكينه و منال عبد الرحمان خضر " (2011) بأنه لبناء صرح الزواج ونجاحه وتحقيق التوافق الزوجي لا بد أن تقوم العلاقة الزوجية على مفاهيم أساسية*، وهذه المفاهيم ليست مرتبة حسب أهميتها لكي يبدأ الزوجان بأولها و ينتهيا بآخرها، فلكل زوجين خصائصهما وظروف إرتباطهما المختلفة عن الآخرين.

ومن المفاهيم الإيجابية الخاصة بالزواج :

➤ **الحب :** و حسب أدلر فإن رابطة الحب >> خليط من القوة و الحنان لأن كلا من الرجل والمرأة يريد أن يحيط الآخر بعنايته، وأن يسبغ عليه عاطفته و حنانه من جهة، كما أنه يريد أن يركن إليه ويتلقى منه العطف والرعاية كأنما هو مجرد طفل، وحاجاته إلى رعاية الآخرين كأنما هو أب مسؤول.

ويرى علماء النفس بصفة عامة أن على الزوج ألا ينتظر أن يأتي الحب منذ بداية الحياة الزوجية حبا ناضجا و مكتملا لأن الجانب الحسي في الحياة الزوجية ، و خاصة بالنسبة للمرأة في حاجة إلى تهيئة طويلة و تربية دقيقة.

(نادية أبو سكينه ، منال عبد الرحمان خضر 2001 ، ص 159)

➤ **الإحترام:** وذلك بأن يحترم كل شريك شخصية الطرف الآخر و يتقبل عيوبها قبل إيجابياتها*، وعدم محاولة تغيير تلك العيوب بالقوة لأنها وليدة الظروف والبيئة، والصبر لإذابتها تدريجيا .

ويعني الاحترام أيضا تقدير القرين لآراء الطرف الآخر حتى ولو كانت لا تساهل رغباته الشخصية ، و هنا يظهر مبدأ التقارب الفكري ، كما يشمل أيضا احترام كيان الشخص في وجوده أو غيابه.

(سميرة الجهني ، 2008 ، نقلا عن سميحة توفيق ، ص 56)

➤ **التفاهم** : إن التفاهم ضروري جدا للحياة الزوجية ، و التفاهم لابد أن يكون واضحا بالنسبة للخطوط الرئيسية في الحياة ،لأن ذلك يسهل عمليات الالتقاء في التفاصيل ويجنب الطرفين النزاع الدائم و الجهود الضائعة في محاولة دفع الطرف الآخر للإلتجاء الذي يريده*.

(نادية أبو سكينه ، منال عبد الرحمان خضر ، 2011، ص 160)

➤ **الإلتماء**: إن الشعور بالانتماء إلى الكيان الأسري من المفاهيم الأساسية في العلاقة الزوجية، فالزواج أسمى من مجرد معيشة فردين معا، حيث أنه يعني أن يتقاسم الطرفان الآمهما وأفراحهما وأحزانهما، و كل نجاح أو تحقيق هدف فإنه يسجل لصالح الكيان الأسري ككل وليس لصالح أحدهما .

(سميرة الجهني ، 2008 ، نقلا عن سميحة توفيق ، ص57)

➤ **التعاون**: إن التعاون من السمات الأساسية التي يجب أن يتحلى بها الزوجان، فكل منهما لابد أن يكون السند للطرف الآخر، ويدفعه للأمام للنجاح، وليس هناك مانعا عن أن يتنازل أحد الطرفين قليلا عن أهدافه إذا كانت ستعوق تحقيق أهداف الأسرة.

➤ **الصدقة**: والصدقة هي الكلمة التي تشمل كل الصفات السابقة المتعلقة بالمفاهيم الايجابية الأساسية في العلاقة الزوجية، فالصدقة تعني المحبة الحقيقية والاحترام المتبادل القائم على التفاهم ، و الإلتماء الذي يعني الإلتزام الأدبي والمعنوي تجاه الطرف الآخر.

(نادية أبو سكينه ، منال عبد الرحمان خضر ، 2011، ص 160-161)

و علاقة الصداقة التي يقوم عليها الزواج تعتبر مؤشر قوي لنجاحه و استمراره، كونها تشمل جميع العناصر الايجابية في العلاقة الزوجية ، وتساهم بشكل فعال في تحقيق الصحة النفسية للزوجين، و بتجمع هذه المفاهيم في العلاقة الزوجية فانها ستنبئ بالتوافق الزوجي .

ومادامت العلاقة الزوجية أخذ و عطاء فإنها تخرج ما دخل إليها من مفاهيم ايجابية، فالزواج يخرج منه ما دخل إليه :



فإن ما نعطيه للزواج من رعاية و اهتمام و حب و احترام و تفاهم يخرج لنا بزواج سعيد متكيف، فعلى قدر صحة المدخلات أو العوامل المؤثرة على قدر ما يكون التوافق أو سوء التوافق الزوجي.

ومن المدخلات الاتجاهات العقلية و الميول، والإستعدادات، الخبرات، والقدرات، والمعارف، والمهارات، والعقائد والأفكار، الآراء، السمات، والخصائص الشخصية والظروف الإقتصادية والثقافية و النفسية .

بما في ذلك الحب والقبول والتفضيلات والعادات والتقاليد والأعراف وأنماط السلوك والاستجابات العاطفية أو الانفعالية و الاستعداد للتكيف والعوامل الإستعدادية .

و قد تكون هذه الإستعدادات السلبية في أحد الطرفين أوفي كلاهما و معنى ذلك أن الإستعداد للسعادة الزوجية يبدأ منذ الطفولة ، و عند الزواج تظهر هذه الإستعدادات للسعادة أو لعدم السعادة.

(عبد الرحمان العيسوي أ، 2004 ، ص 127)

ولقد قام أحد علماء الاجتماع بدراسة حول أسباب السعادة الزوجية أو معايير التكيف الزوجي* وتوصل إلى النتائج التالية :

- لا بد من تثبيت الحب حول القرين.
- تنمية الأساليب الصحيحة من قبل الزوجين في التعامل و التأزر و التوافق، مع الحرص على تجنب أسباب الاحتكاك و مناسبات الخلاف الشخصي.
- وجود أعمال مشتركة بين الزوجان، التي تضمن لهما وحدة القصد و امتزاج الهدف، مع الاهتمام في الوقت نفسه بتكوين ذكريات مشتركة.
- لا بد للزوجين من أن يكفل الواحد منهما للآخر أقصى حد ممكن من الاشباع الجنسي والشخصي.
- على الزوجين أن يجتهدا في حل كل مشاكلهما الاقتصادية حلا مرضيا.
- لا بد من أن يدع كل طرف للطرف الآخر أكبر قسط ممكن من الحرية في التعبير عن نفسه والعمل على تنمية إمكاناته الشخصية، بشرط ألا يكون في هذه الحرية أي تعارض مع الرابطة الزوجية والحياة الأسرية. ومعنى هذا أنه لا يمكن أن يكون ثمة " توافق زوجي " بمعنى الكلمة ان لم يعترف كل طرف بشخصية الطرف الآخر اعترافا كاملا. (محمد عثمان الخشت، ب، س، ص ص 36، 37)

* هناك بعض التداخل في تعريف كل من التكيف الزوجي و التوافق الزوجي والرضا الزوجي.

حيث يرى "عبد المعطي" (1991) أن التكيف الزوجي هو: " وسيلة لسد الحاجات الجنسية بصورة منتظمة، ووسيلة للتعاون الإقتصادي، ووسيلة للتجاوب العاطفي بين الزوجين، و القدرة على النمو الشخصي للزوجين معا في إطار من التفاني و الإيثار و الإحترام و التفاهم و الثقة المتبادلة، بالإضافة الى قدرة الزوجين على تحمل مسؤوليات الزواج وحل مشكلاته الموجودة، ثم القدرة على التفاعل مع الحياة من حيث التعرف على المشكلات الجديدة، وعدم تراكمها، وتعلم الأساليب لحلها."

ويعتبر " سباتير " أن الرضا الزوجي أحد أبعاد التكيف الزوجي، حيث يرى أن هناك أربعة أبعاد للتكيف الزوجي وهي: الإنسجام الزوجي، والرضا الزوجي، والتماسك الزوجي، والتعبير عن المحبة والعطف. كما أشار "بال وآخرون" إلى ارتباطه بالصحة النفسية، بينما ذكر "كومر و روهاتجي" ارتباطه بالأمن بين الزوجين و بكشف الذات.

ثانيا: الأسرة

1- مفهوم الأسرة :

1-1 الأسرة في اللغة :

جاء في لسان العرب "إبن منصور" (2008) بأن الأسرة : هي الدرع الحصينة، و أسرة الرجل : عشيرته و رهطه الأذنون لأنه يتقوى بهم.

(ابن منصور ، 2008 ، ص ص 126 ، 127)

أما مفهوم الأسرة في اللغة الفرنسية نجد أن >> الأسرة تتكون من الأب ، الأم و الأطفال يعيشون تحت سقف واحد << . (Larousse De Poche ,1979 , P 152)

و تعريف الأسرة في اللغة العربية لم تختلف كثيرا عنها في اللغة الفرنسية و إن كانت اللغة الفرنسية أكثر تحديدا في التعريف منها في اللغة العربية .

1-2 الأسرة في علم الاجتماع :

أما قاموس علم إجتماع الأسرة فيعرفها بأنها >> جماعة إجتماعية بيولوجية نظامية تتكون من رجل و امرأة تقوم بينهما رابطة زوجية مقررة بالإضافة إلى أبناء يقيمون في مسكن واحد، و يطلق مصطلح العائلية ليشير إلى الأسرة الممتدة التي تشمل بالإضافة إلى الزوجين و أبنائهما الأقارب كالعم والعمة، والابنة الأرملة <<.

(عبد الفتاح محمد سعيد الخوجا ، 2002، ص 239)

يعرف "ماردوك Murdock" الأسرة على أنها جماعة إجتماعية مميزة بين رجل و امرأة و ابناءهما، وهي تقوم بأداء أربع وظائف أساسية للحياة الإجتماعية وهي: << الجنسية ، الإقتصادية، التناسلية ، التربوية ، و يؤكد على ضرورة قيام الأسرة بالأولى و الثالثة فبدونهما لا تتقدم إستمرارية المجتمع، و بدون الثانية تتوقف الحياة ، و بدون الرابعة تنتهي الثقافة >>.

(نادية أبو سكيبة ، منال عبد الرحمان خضر ، 2011 ، ص 41)

وتشير "سناة الخولي" (2003) بأن : كلمة أسرة من الناحية السوسولوجية تدل على معيشة رجل وامرأة أو أكثر معا، على أساس الدخول في علاقات جنسية يقرها المجتمع، وما يترتب على ذلك من حقوق وواجبات كراعية الأطفال و تربيتهم،و لكن الأشكال التاريخية والمعاصرة للتنظيم الأسري جعلت من المناسب أن يضاف إلى كلمة (أسرة) صفة تحدد شكلها، فيطلق مصطلح << الأسرة الممتدة>> على الجماعة التي تتكون من عدد من الأسر المرتبطة التي تقيم في مسكن واحد و هي لا تختلف كثيرا عن << الأسرة المركبة>>.

(سناة الخولي ، 2003 ، ص ص 202 - 203)

كما ترى "سناة الخولي" أن هناك ارتباط كبير بين مصطلحي الزواج و الأسرة حيث أننا نميل إلى استخدامهما في نفس الوقت ليشيرا إلى نفس الشيء لكنهما في الحقيقة ليسا شيئا واحدا، فالزواج " بين Family" عبارة عن تزواج منظم بين الرجال والنساء، على حين يجمع معنى "الأسرة Marriage الزواج والإنجاب، وتشير الأسرة كذلك إلى مجموعة من المكانات و الأدوار المكتسبة عن طريق الزواج و الإنجاب، وبذلك يعتبر الزواج شرطا أوليا لقيام الأسرة و اعتباره نتاجا للتفاعل الزواجي.

(سناة الخولي ، 2003 ، ص 209)

وبذلك نلاحظ أن تعريفات علم الإجتماع للأسرة تركز بدرجة كبيرة على البعد الإنساني والإجتماعي للأسرة كمؤسسة إجتماعية .

1-3 الأسرة في علم النفس :

أما علم النفس فله نظرة مغايرة للأسرة فهو لا ينظر إليها كمؤسسة إجتماعية فقط بل هي مؤسسة نفسية عاطفية و تربوية بالدرجة الأولى ، فالأسرة حسبه الركيزة الأساسية لإشباع حاجات الطفل العاطفية ، فالطفل من خلال نشأته و في سنواته المبكرة الأولى يعتمد اعتمادا كلياً على الأسرة التي تتولى مهمة التربية و الرعاية و إشباع مختلف حاجاته البيولوجية و النفسية و يركز علماء النفس على دور الأسرة الذي يتضح من خلال دور الوالدين - الأب و الأم - في إعداد شخصية الطفل (*) و تكوينها من خلال آليات التنشئة الأسرية المختلفة .

يعرّف " نوربير سيلامي " الأسرة بأنها >> مجموعة من الأفراد تربطهم ببعضهم روابط الزواج، والدم أو التبني، يعيشون معا تحت سقف واحد أو يعترفون إن كانوا منفصلين، أن لهم منزلا مشتركا<< (نوربير سيلامي ، 2001، ص 197)

فالأسرة لها دور جوهري في إشباع الحاجة إلى الأمن الوجداني الذي يستشعره أعضاء الجماعة الأسرية ، و تخلق حولهم المناخ السيكولوجي الذي يناسب تفتحهم الشخصي.

وليست الأسرة دائما وسطا مستقرا متناغما، فالعديد من الأحداث كالمرض أو الموت أو الهجرة، وبعد الأب لأسباب مهنية، و وضع الأطفال في المعاهد إلخ، يمكنها أن تفككها ، و ثمة نزاعات يمكنها أيضا أن تبرز فيها ، إذ تضع أفراد الأسرة في شبكة من التوترات الشاقة التي يحتمل أن تكون مؤذية، ولقد بين التحليل النفسي أهمية العلاقات الوجدانية الأولى ، و بخاصة مع الأم ، في بناء الحياة النفسية وإعداد الشخصية، وتوجد إسهامات الكثير من العلماء الذين اهتموا بدراسة الأسرة وعلاقتها بالصحة النفسية، واحتمالية وجود صلات بين المرض العقلي و الأسرة ، و بينت الدراسات على وجه العموم أن الأسرة تؤدي وظيفة الحماية من الإضطرابات العقلية ، و لكنها في بعض الحالات الخاصة قد تسبب المرض في حد ذاته . (نوربير سيلامي ، 2001، ج1، ص ص 119-201-202)

* قد يتأثر الطفل من خلال تنشئته الأسرية في طفولته المبكرة بالعلاقة القائمة بين والديه سواء كانت علاقة متوافقة أو مضطربة ، مما قد يؤثر على نظرتة للحياة الزوجية في مرحلة الرشد .

2- خصائص الأسرة :

بالرغم من الاختلاف الموجود ما بين الأنظمة الأسرية إلا أنها تشترك في مجموعة من الخصائص و التي تتمثل في :

- الأسرة هي ظاهرة عالمية وجدت منذ القدم ، تتميز بالعموم و الانتشار و هي أساس الاستقرار في الحياة الاجتماعية .

- تقوم الأسرة من خلال ما يقره المجتمع من أوضاع ومصطلحات ، فهي خاضعة للجماعة وما يصدر عنها من اتجاهات و ما تخلقه طبيعة الاجتماع وظروف الحياة .

- إن الأسرة كما هو معلوم محدودة الحجم ومن اصغر هيئات المجتمع، وتتكون وحدتها الاجتماعية من خلال تفاعل أفرادها ما بينهم.

- تعتبر الأسرة الخلية الأولى للمجتمع وهي البيئة الأولى التي يتأثر بها الطفل ويكون فيها شخصيته.

- تتميز العلاقات داخل الأسرة بالوحدة والتماسك والتعاون القائم على روابط الدم.

- الأسرة هي المكان الذي يحقق فيه الإنسان غرائزه ودوافعه الطبيعية والاجتماعية كالحب والكره وغيرها من العواطف، فلهذا نجد الأسرة هي مؤسسة اجتماعية بواسطتها يستمر الجنس البشري والحياة الاجتماعية.

- إن نظام الأسرة لأي امة من الأمم يرتبط ارتباط وثيقا بمعتقدات هذه الأمة ودينها وتقاليدها وتاريخها وعرفها وما تسير عليه من نظم السياسة والاقتصاد والتربية ومما تمتاز به شخصيتها الجمعية.

- أن الأسرة باعتبارها نظاما مفتوحا فهي تتفاعل و تتكامل مع بقية الأنظمة الأخرى الموجودة في المجتمع.
(عبد القادر القصير ، 1999 ، ص 61 إلى 66)

- تعتبر الأسرة الإطار العام الذي يحدد تصرفات أفرادها ، و هي التي تحافظ على التراث القومي والحضاري وتنقله من جيل إلى جيل، ومصدر العادات والتقاليد والعرف، فيرجع الفضل إليها في القيام بأهم وظيفة اجتماعية وهي عملية التنشئة الاجتماعية .

- الأسرة هي وحدة اقتصادية متضامنة، ودائمة ومؤقتة في الوقت نفسه، فهي دائمة من حيث كونها نظاما موجودا في كل مجتمع إنساني وفي كل مكان وزمان، وهي مؤقتة لأنها تبلغ درجة معينة من النمو في الزمن، تنتهي بموت الزوجين، وزواج الأبناء وتحل محلها أسر أخرى .

- يعيش أعضاء الأسرة في مسكن مشترك وتحت سقف واحد، وقد يشاركها فيه أسر أخرى فقد يكون حجرة صغيرة أو شقة فاخرة، وكذلك قد اختلفت المجتمعات في تحديد مكان إقامة الزوجة، فهناك مجتمع تسكن فيه الزوجة مع أسرتها، وهناك من يتركها مع أسرة الزوج و أخيرا هناك مجتمعات لا تحدد مكان مسكن الأسرة الجديدة و إنما يترك ذلك لحريةهما حسب الظروف المتعلقة بالزوجين كقرب السكن من عمل أحد الزوجين.

- للأسرة طبيعة مزدوجة تتمثل في أن كلا من الزوج والزوجة يرتبط بأسرتين مرة يكون فيها الزوج الإبن أو الأب ومرة تكون فيها الزوجة البنت أو الأم.

(عبد القادر القصير ، 1999 ، ص 61 إلى 66)

- بما أن الأسرة هي نظام إجتماعي فهي تختلف من مجتمع إلى آخر ومن زمان إلى زمان إلا أن مرحلة تكوينها مرت بأربع مراحل أساسية وهي:

➤ **المرحلة الأولى:** أي مرحلة التمهيد للزواج وتنتم بأنها مشحونة بالعاطفة.

➤ **المرحلة الثانية:** أي مرحلة الزواج قبل إنجاب الأولاد وهي المرحلة التي يتقرب فيها الزوجان نوعا جديدا من الحياة و يتحمل كل منهما مسؤوليته وواجباته.

➤ **المرحلة الثالثة:** أي مرحلة الإنجاب والتي يتولى فيها الوالدين رعايتهم والعناية بهم وتربيتهم تربية صالحة وفق المعايير السائدة في المجتمع.

➤ المرحلة الرابعة: وهي مرحلة إكمال نمو الأطفال ونضجهم بحيث يستطيع كل واحد منهم الاعتماد على نفسه في تكوين أسرة جديدة .

(عبد القادر القصير ، 1999 ، ص 61 إلى 66)

أما فيما يخص الأسرة الجزائرية فقد كشفت الدراسات بأنها تتميز بالخصائص التالية :

- الأسرة الجزائرية هي أسرة موسعة حيث يعيش في أحضانها عدة أسر زوجية وتحت سقف واحد(الدار الكبرى) عند الحضر، (الخيمة الكبرى) عند البدو ، إذ نجد من 20 إلى 60 فرد أو أكثر يعيشون جماعيا.

- الأسرة الجزائرية هي عائلة بطريقية ، الأب فيها أو الجد هو القائد الروحي للعائلة فهو الذي يسيرها و ينظمها وفق نظام محكم .

- العائلة الجزائرية هي عائلة إكنائية النسب فيها للذكور و الإنتماء أبوي أما إنتماء المرأة (أو الأم) يبقى لأبيها و الميراث ينتقل من الأب إلى الإبن.

- الأسرة الجزائرية هي عائلة لا منقسمة أي أن الأب له مهمة و مسؤولية على الأشياء(البنات يتركن المنزل العائلي عند الزواج) و الأبناء المنحدرين منه أو الأبناء المنحدرين من أبناءه يكونون أسر جديدة يعيشون تحت سقف واحد أو ينفصلون عن الأسرة الموسعة.

- الأسرة الجزائرية هي أسرة الكنائية ، النسب فيها للذكور و الانتماء أبوي ، أما انتماء المرأة "أو الأم" ، يبقى لأبيها و الميراث ينتقل من الأب إلى الابن .

(مصطفى بوتفوشة ، 1984 ، ص 37)

3- وظائف الأسرة :

لقد مرت الأسرة الإنسانية خلال تاريخها الطويل بأشكال متعددة من حيث الحجم ونوع الوظائف وطبيعة العلاقات الأسرية ، فلقد تغيرت وظائف الأسرة بفعل التغيرات البنائية التي حدثت في البناء الاجتماعي، فاحتفظت لنفسها ببعض الأدوار التي يغلب عليها الصفة الفطرية مثل الإنجاب و التنشئة الاجتماعية للأبناء، فقد أصبحت الأسرة وحدة استهلاكية تعتمد في معيشتها على أنساق اجتماعية أخرى أهمها النسق الاقتصادي، وأصبح العمل خارج المنزل ظاهرة عامة في المجتمع الحديث من أجل إشباع حاجات أفرادها الضرورية وتحقيق مطالبها، وأصبح الاستقرار الأسري مرتبط باستقرار الدخل من العمل ، و أصبح التنظيم المهني هو البديل الاجتماعي للعائلة الكبيرة.

(نادية أبو سكينه ، منال عبد الرحمان حضر ، 2011، ص 50)

ويشير "إحسان محمد الحسن" (2009) أن الأسرة العربية كذلك قد مسها التغيير من حيث الوظائف، حيث تغيرت العديد من الوظائف التي كانت تؤديها الأسرة العربية التقليدية منذ حقبة الستينات من القرن العشرين، فالعائلة العربية الحديثة فقدت الكثير من وظائفها كوظيفة منح الأبناء الأعمال و الحرف و وظيفة منح الأبناء الثقافة و التربية و التعليم ، و وظيفة أداء الخدمات الترويحية خلال وقت الفراغ و وظيفة أداء الخدمات الدينية والروحية؛ فضلا عن فقدانها وظيفة الخدمات الطبية والصحية التي كانت تقدمها الأسرة لأفرادها، ذلك أن الدولة و أجهزة المجتمع الاختصاصية الاقتصادية منها و الصحية و الدينية و التربوية الترويحية راحت تساعد الأسرة في منحها الوظائف الاختصاصية التي كانت تؤديها الأسرة لأبنائها .

(إحسان محمد الحسن، 2009، ص 268)

ويرى بعض العلماء أنه بانكماش و تقليص وظائف الأسرة قد يؤدي إلى زوالها واضمحلالها مع الزمن، لأن المعيار الأساسي لوجودها هو القيام بوظائفها في المجتمع، وبزوال هذه الوظائف تزول الأسرة ككل.

إلا أن هذه الرأي لم يلق التأييد الكامل من العلماء، ذلك أن تقلص وظائف الأسرة لا يعني زوالها كمؤسسة اجتماعية ، حتى و أن فقدت بعضا من وظائفها نتيجة لظروف حضارية واقتصادية وثقافية، إلا أن أدوارها الأساسية لا تزال قائمة بقيام المجتمع الذي تستمد منه الشرعية لإستمرارها، ولا تزال الأسرة في المجتمع المعاصر تؤدي وظائفها الأساسية والتي تطورت لتلائم مع الظروف والاضاع المتغيرة، ونلخص هذه الوظائف في الآتي:

3-1 الوظائف البيولوجية التدعيمية: و تتلخص في :

- ان الأسرة تمدنا بوظيفة شرعية هي إشباع الحاجات الجنسية على أسس منطقية قانونية وأخلاقية
- تدعيم التكاثر الإنساني في المحيط الإجتماعي.
- تربية و تنشأة الطفل .
- إشباع الحاجات العاطفية لأفراد الأسرة .

(السيد رشاد غنيم و آخرون ، 2008 ، ص 24)

3-2 الوظائف الاجتماعية و الاقتصادية : و تشمل في :

- نقل الثقافة .
- الضبط الإجتماعي و تنظيم سلوك أعضائها .
- تمد الأفراد بوضعهم في المجتمع ، و منحهم مكانتهم من خلال ربطهم بالمجتمع الواسع .
- التدعيم الإقتصادي لأعضائها .

(السيد رشاد غنيم و آخرون ، 2008 ، ص 24)

3-4 الوظائف الأخلاقية و الدينية :

وتعني تزويد أفراد الأسرة بقواعد السلوك و الآداب العامة وقوالب العرف والتقاليد والعادات ومستويات الخير والشر، والفضيلة، كذا تزويد أفرادها بالطقوس الخاصة بالعبادة واحترامها.

(السيد رشاد غنيم و آخرون ، 2008 ، ص ص 32،33)

وما يمكن ملاحظته أنه بالرغم من تقلص وظائف الأسرة إلا أنها لا تزال تقوم به بمختلف وظائفها الأساسية كمؤسسة للتنشئة الاجتماعية، وهو ما يؤدي إلى تماسكها والحفاظ على كيانها من التفكك و ذلك ما يدعم مقوماتها التي تستمد منها شرعيتها ووجودها.

4- مقومات الأسرة :

تقوم الأسرة على مقومات أساسية تتكامل فيما بينها لبناء صرح الأسرة واستقرارها، وتتمثل هذه المقومات في :

➤ المقوم الديني :

تعمل الأسرة كمؤسسة للضبط الاجتماعي على غرس القيم الأخلاقية والروحية في الفرد، باعتباره الدعامة الأولى التي تساعد في المحافظة على استقرارها ومساعدته على كبح غرائزه، مما ينعكس بالإيجاب على تماسكها و وحدتها، وخلق الجو الملائم لنمو الطفل نموا سليما، فينشأ على الفضيلة والخير.

وترى " سلوى عثمان الصديق و آخرون " (2004) بأن تكوين شخصية الطفل تنشأ بتوجيهه تبعا لقدراته ولطبيعته، عن طريق تدريب منظم للقيم الأخلاقية التي يتضمنها الدين وسط بيئة منزلية حميمة، وفي حياة أسريه فاضلة، فالأسرة هي الحارس والرقيب وهي أولى المؤسسات التربوية وأهمها في تنمية الخلق.

(سلوى عثمان صديقي و آخرون ، 2004 ، ص 73)

ومما لاشك فيه أن الأسرة العربية تقوم على اعتبارات دينية بالدرجة الأولى، وتستمد من المقوم الديني أساسا جوهريا لبنائها ، كون الشريعة الإسلامية وضعت الأسس التي تحمي حقوق كلا من الزوجين والأبناء بما يكفل التماسك بين أفراد الأسرة.

➤ المقوم النفسي :

يلعب المقوم النفسي دورا لا يستهان به في الأسرة من خلال توفير الدعم النفسي و العاطفي للزوجين والذي يمتد بدوره للأبناء، فالأسرة تشبع لأفرادها الإحساس بالقبول و الأمن و المساندة و هو ما يؤدي بدوره إلى تحقيق الصحة النفسية .

فالجانب النفسي والعاطفي يعطي قوة معنوية للعلاقات الزوجية والأسرية، ويعطي الفرصة والجو الملائم للتفاعل الايجابي لهذه العلاقات، بحيث تكون قوية ومتمينة وقادرة على مواجهة ظروف الحياة والصدمات والأزمات المختلفة، هذه العواطف التي يقوم عليها التكامل الأسري، بمثابة الخيط الذي يوثق الصلة و يدعم الرابطة بالصورة التي تسمح بتحقيق الأهداف التي رسمها الزوجان.

(سامية محمد فهمي ، 1997 ، ص 109)

وبذلك فالمقوم النفسي يؤدي إلى تدعيم المقوم الإجتماعي للأسرة من خلال تلاحم الأسرة وانسجامها مع كل أفرادها .

➤ المقوم الصحي :

يشير "محمود حسن" (1967) إلى أن الأسرة هي الإدارة البيولوجية لإنجاب النسل واستمرار الحياة، وهي الوسيلة التي تنتقل من خلالها الخصائص الوراثية من جيل إلى آخر، ولا جدال في أن صحة الأبوين و سلامتهما تؤدي إلى إنجاب سلالة سليمة، فبمقدار دقة كل من الزوجين في حسن إختيار شريكه، و حرصه على أن يكون من سلالة طاهرة ، و على أن يكون خاليا من الوراثة و الجسمية و العقلية ، و بمقدار هذه الدقة يتحقق في النسل الآثار التربوية الصالحة للوراثة و يعصم من آثارها السلبية.

(محمود حسن،1967، ص 82)

4-4 المقوم الإقتصادي :

يلعب الجانب الإقتصادي دورا لا يقل أهمية عن باقي المقومات الأسرية في استقرار ونجاح الأسرة ، نتيجة الإشباع الذي يحققه لحاجات الأسرة ، كالسكن ، الغذاء ، اللباس وغيرها .

إن قيام الأسرة و إن كان يعتمد في أساسه على المقوم الديني بالنسبة للجزائر كدولة إسلامية والمقوم النفسي، والإجتماعي إلا أن المقوم الإقتصادي يدفع باقي هذه المقومات و ينميها و نحن لا ننكر أثر الجانب الإقتصادي في تحقيق الأمن النفسي للأسرة واستقرارها لتحقيق وظائفها و أهدافها

5- الصحة النفسية في الأسرة:

للأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة، فهي المدرسة الاجتماعية الأولى، التي تصبغ سلوك الطفل الصبغة الاجتماعية.

وما دامت السنوات الأولى من عمر الطفل لها تأثيرها القوي في التوافق النفسي أو سوء التوافق، والذي يمتد إلى مراحل نموه اللاحقة- المراهقة والرشد- نتيجة الخبرات والتجارب التي تعرض لها في مرحلة الطفولة، فلقد أجريت العديد من البحوث و الدراسات حول دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية للطفل وتأثير ذلك في سلوكه، وأوضحت هذه البحوث ما يلي:

- كلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة وقلّ نبذ الوالدين له، وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة وكلما قل الإحباط في المنزل، قلّ الدافع إلى العدوان لدى الطفل.

- الحماية الزائدة للطفل والتزمّت والتشدد في نظام الرضاعة والفظام تؤدي الى الاعتماد على الغير والاتكالية، وتربية الأطفال في المؤسسات تجعلهم أكثر ميلا للبلادة وأكثر عزوفا عن التفاعل الاجتماعي، وأكثر اتكالية وأكثر حاجة إلى انتباه الآخرين ومودتهم.

- المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط و الأعلى و الاستقرار الاقتصادي، أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل.

- نظام التغذية الذي تتبعه الأم مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل، ويجب إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص في فترة الرضاعة، وتنظيم مواعيد الرضاعة وعدم القسوة في الفطام، والذي يكون بشكل متدرج و في الوقت المناسب.

(حامد زهران، 2005، صص 14، 15)

إلى جانب ذلك فلقد أكدت البحوث المختلفة على أهمية العلاقة بين الأم والطفل و التفاعل الحاصل بينهما، وتذكر هذه البحوث أن أساس القلق الذي ينتاب الفرد هو فى شعور الطفل بالوحدة والانفصال في فترة الطفولة المبكرة، وقد يعود السبب فى ذلك الى عدم تقبل الوالدين لطفلهم، أو إهمال حاجاته البيولوجية، أو حدوث نقص في العواطف التي يحتاجها الطفل كحاجته إلى الأمن والاطمئنان.

(أمل مخزومي، 2008، ص 149)

وتؤثر العلاقة بين الوالدين والطفل (أب، أم، طفل) على صحته النفسية على النحو التالي:

- العلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيراً سيئاً على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.

- العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو في المراحل العمرية التالية- المراهقة و الرشد- إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم.

وتؤثر العلاقة بين الإخوة على الصحة النفسية للطفل على النحو التالي:

- العلاقات المنسجمة بين الإخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل أو جنس على جنس، المشبعة بالتعاون الخالية من التنافس، تؤدي إلى النمو النفسي السليم للطفل.

ومن هنا يجب على الأبوين أن يأخذا بعين الاعتبار سيكولوجية الطفل الأكبر، والطفل الأصغر والأوسط والطفل الوحيد.

(حامد زهران، 2005، ص ص 15، 16)

وتؤثر العلاقة بين الوالدين (زوج، زوجة) على صحة الطفل النفسية على النحو التالي:

- التوافق الزوجي يؤدي إلى تماسك الأسرة بما يخلق مناخاً يساعد على نمو الطفل إلى شخصية متكاملة ومرتنة، وبالمقابل فإن سوء التوافق الزوجي يؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية للطفل، وتكوين اتجاهات سالبة نحو الزواج والعلاقة الزوجية في مرحلة الرشد.

- الاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية و نحو الوالدية تؤدي الى استقرار الاسرة و الصحة النفسية لكافة أفرادها.

- المشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقومون به يهدد استقرار المناخ الاسرى والصحة النفسية لكافة أفرادها.

(حامد زهران، 2005 ص ص 15،16)

6 - المرأة في الأسرة الجزائرية:

مما لا شك فيه ان المجتمع الجزائري ذو مرجعية دينية أساسها الإسلام الذي كرم المرأة، وأعطاهما مكانة مقدسة وسط الأسرة والمجتمع ككل، وبالرغم من هذه المرجعية الدينية، نجد أن المجتمع الجزائري تحكمه الكثير من العادات والتقاليد الراسخة في الذهنية الجزائرية، ولا أبالغ إن قلت بأن الفرد الجزائري في بعض الأحيان، يخضع لهذه العادات والتقاليد والتي تمارس قوتها عليه، أكثر من المرجعية الدينية التي ينتمي إليها .

وبذلك فإن المرأة الجزائرية قد عانت من مخلفات الأحقاب السابقة، التي كانت تنظر للمرأة عامة نظرة دونية مقارنة بالرجل، وأقل مكانةً و شأنًا منه، و حصر أدوارها في إنجاب أكبر عدد من الذكور ورعايتهم والعناية بأمور المنزل، ولذلك كانت نشأة المرأة الجزائرية منذ الطفولة لها نوع الخصوصية تعكسها الأعراف و العادات الاجتماعية السائدة.

وما يمكن ملاحظته في المجتمع الجزائري، ان التطور الذي مسه في جميع المجالات، قد لعب دورا بارزا على وضعية المرأة من الأسرة التقليدية الى الأسرة المعاصرة.

6-1 المرأة الجزائرية في الأسرة التقليدية :

إن التنشئة الاجتماعية للفتاة الجزائرية في الأسرة التقليدية لها طابع من الخصوصية، تعكسه عادات وتقاليد البيئة الجزائرية المحافظة ، التي تركز ضعف المرأة أمام سلطة الرجل المطلقة، والذي له السلطة التامة في اخذ كافة القرارات التي تخصها، كونه حاميا و راعيا.

وفي هذا يقول "عشراني سليمان" (2002) أن هناك إحصاءات نفسية و عاطفية تتضمنها قيمة الذكورة حيال قيمة الأنوثة في الثقافة الجزائرية، حيث ظلت الأنوثة-إلى زمن قريب في البيئة الجزائرية- عنوانا على الضعف، وقد أضحي مفهوم << الحرمة >> يحيل إلى المرأة التي كانت ظروف التغالب والغزو تستوجب صيانتها على نحو ما تصان النفائس من المجوهرات و الأعلاق الثمينة.

بل أن دال << الولية >> - بمرور الزمن- يحيل بدوره على الأنثى حين تعدم الراعي والكفيل، أو يحيل إلى تلك الأنثى التي لها على الرجال حق الرعاية و الأخذ باليد.

(عشراني سليمان، 2002، ص ص 254)

والمجتمع الجزائري بحكم أعرافه و عاداته المترسبة من العصر الجاهلي، يمجّد ولادة الذكر باعتباره رمزا للقوة، ويُقيم لها الأفراح والولائم، بالمقابل يستهجن ولادة الأنثى التي ترمز للضعف والمهانة، حيث يشير "عبد الرحمان الوافي" (2011) أنه و إلى عهد ليس ببعيد كانت ولادة الأنثى في المجتمع الجزائري و خاصة في المناطق الريفية تثير الإشمئزاز والقلق لدى الأسرة.

(عبد الرحمان الوافي، 2011، ص 114)

و هذا يذكر بقوله تعالى في سورة النحل الآية 58-59 و إذا بشر أحدهم بالأنثى ظل وجهه مسودا وهو كظيم يتوارى من القوم من سوء ما بشر به أيمسكه على هون أم يدسه في التراب الا ساء ما يحكمون>>.

والفتاة الجزائرية منذ طفولتها تنشأ على فكرة أنها ضعيفة وتقوم الأسرة من خلال الأم بتحديد أدوارها تبعا لجنسها ، و في هذا يرى "سميد جمال" (2004) بأن تربية الفتاة على هذا النحو يهدف إلى تهيئتها منذ الصغر للأعمال المنزلية، و إعطائها تعليما دينيا ضمنه تكوين خلقي، فهي تلتقي جملة من القواعد تدخل كلها في إطار واحد و هو تهيئتها للحياة الزوجية .

(سميد جمال، 2004 ، ص 33)

وبذلك نجد أن الفتاة في أسرة أبيها تنتهياً منذ نعومة أظفارها لدورها الأنثوي الذي يتجسد في القيام بالأعمال المنزلية على أكمل وجه و الإلمام بفنون الطبخ والتنظيف والخياطة، إلى جانب هذا الدور فكانت الأسرة الجزائرية ،تقوم بالتشديد في تربية الفتاة وتعليمها قيم المحافظة على شرفها واستقامتها و حسن أخلاقها كون ذلك المعيار الأساسي لزواجها في المستقبل.

وبمجرد بلوغ المرأة ونضجها الجسمي والجنسي، يكون المجتمع العربي عامة مستعجلا لزواجها معتبرا أن بلوغها يبدأ مبكرا.

(صالح مفقودة ، 2009 ، ص 121)

حيث يرى في تزويج المرأة مبكرا صيانة لعرضها وشرفها، فالأسرة الجزائرية في تنشأتها للفتاة، توصل إليها إحياءات بأن وجودها في عائلتها وجود مؤقتا، في إنتظار دخولها في فئة أكبر إمتيازاً في السلم الاجتماعي ، و هي فئة المتزوجات، لذلك ينظر إليها أنها ناقصة في بيت أبيها، يُنتظر إنتقالها إلى بيت زوجها ليكون إستقرارها النهائي.

(عقاب نصيرة ، 1995 ، ص 76)

ويرى "محمد حمداوي" (2000) أنه حينما تغادر المرأة أسرة التوجه ملتحقة بأسرة الإنجاب، فإن مكانتها تكون مجهولة المعالم، خصوصا إذا لم تستفد من الزواج المفضل في النظام الأبوي أي أنها لم تقترن مع ابن عمها.

وما دام الهدف الأول من الزواج هو إنجاب أكبر عدد ممكن من الذكور لتقوية صفوف العائلة، فإن وضعية المرأة لا تنشأ إلا بميلاد الطفل الأول خصوصا إذا كان ذكرا.

(محمد حمداوي، 2000 ص16)

وهي نفس الفكرة التي عبر عنها "مصطفى بوتنفوشت" (1984) بأن المرأة الجزائرية التي تتحدر عن عائلة أخرى عموما أجنبية عن عائلة الزوج، تعتبر أجنبية فهي هامشية حتى تثبت جدارتها في أعمال البيت و الطبخ و الخياطة و الأعمال المنزلية الكبرى لغاية أن تأتي بمولود ذكر خاصة.

(مصطفى بوتنفوشت ، 1984 ، ص 70)

وهناك نوعية خاصة من العلاقات الزوجية في الأسرة التقليدية، والتي كانت تتسم بعزل الزوجين من حيث الاتصال الدائم و المباشر في المجال العام للحياة اليومية بدافع " الحشمة " وضرورة إمتناع الزوج عن التعبير عن عاطفته تجاه زوجته، لأن هذا ضربا من ضروب الضعف التي لا يجب أن يوصف بها أي رجل يعتز برجولته.

(حنيفة صالحى ، 2009 ، ص 204)

ويضيف "محمد حمداوي" (2000) >> بأن والد الزوج هو رب العائلة الكبيرة وله كامل الحقوق على زوجته و أولاده و كل من يعيش تحت مسؤوليته بعد الزواج، و هو صاحب القرار بخصوص الزواج و الطلاق و غيرها من الأمور << .

لأن العائلة هنا تكون مركبة من أسرة الأب و أسر أبنائه المتزوجين و أحيانا بعض أبنائهم المتزوجين أيضا- أي الأحفاد المتزوجين- حيث أنها تضم أربعة إلى خمسة أجيال، و قد يصل حجمها الخمسين فردا أو يقارب ذلك.

(محمد حمداوي، 2000 ، ص 10)

بناء على ذلك نجد أن العلاقة الزوجية تخضع لإرادة رب العائلة- والد الزوج- في قيامها واستمرارها وحتى إنهائها، وهو ما يدل على غياب إرادة الزوج والزوجة كطرفين في العلاقة الزوجية، فمادام للوالد سلطة اتخاذ قرار الزواج لإبنه بإرادته المنفردة، واختيار المرأة المناسبة لابنه من خلال مواصفات الأصل والنسب والأخلاق، فإن ما على الابن سوى الرضوخ لهذه الإرادة بدون مناقشة، و كذلك هو الأمر بالنسبة للفتاة التي لا يحق لها الاعتراض على إرادة والدها في أمر تزويجها من يراه مناسباً لها و لمصلحتها وللأسرة ككل.

ونلمس من خلال ذلك أن قيام العلاقة الزوجية في الأسرة التقليدية تكون خارج إرادة الزوجين اللذان يكون أول تعارف لهما ليلة الزفاف ، و تدخل بذلك المرأة عالم المتزوجات دون مقدمات كون المجتمع الجزائري التقليدي المحافظ صارم و متشدد في هذه الأمور، فلا يسمح للمخطوبين التعرف على بعضهما أو حتى رؤية بعضهما ، لأن ذلك يعد عاراً يلحق بالأسرة - سواء أسرة الزوج أو أسرة الزوجة- و إن كان زواج الرجل من ابنة عمه أكثر حياء من غيره الذي يتزوج بامرأة أجنبية خارج إطار القرابة، كون الزوج الابن العم يكون له ملمحاً عن زوجته المستقبلية و إن كان هناك لا يعرف حتى ابنة عمه إطلاقاً للفصل بين الجنسين الذي كان متبعاً منذ الطفولة، و منع الفتاة الخروج من المنزل إلا لضرورة قصوى يحددها الوالد وحده .

وإن خرجت- و ذلك نادراً- يجب الإلتزام بقواعد معينة حددها "محمد حمداوي" (2000) >> وهي الإلتزام في تحركها الحشمة و التستر و الحياء و غض البصر و فتور الطرف و أن تحجب حسناتها بما لا يدع فرصة لإثارة الرغبة الجنسية عند الرجل، و لهؤلاء بالمقابل أن يسلكوا ، تجاه المرأة التي تضطرها الحاجة إلى الخروج و المرور قربهم، سلوكاً متحفظاً، فيعطوا الطريق حقه و يظهروا اللامبالاة في حركاتهم و أن يعضوا من أبصارهم<<.

(محمد حمداوي ، 2000، ص 14)

6-2 المرأة الجزائرية في الأسرة المعاصرة:

بعد اندلاع الثورة الجزائرية يوم الفاتح من نوفمبر 1954 احتضنها الشعب الجزائري رجالا ونساء، وحققت المرأة الجزائرية قفزة نوعية في وضعيتها الاجتماعية حيث تحررت المرأة الجزائرية من دورها التقليدي في الإنجاب و القيام بأمر المنزل، وامتد دورها خارج إطار الأسرة من خلال التحاقها بإخوانها المجاهدين في الثورة المساهمة في تحرير بلدها.

مستغلة في ذلك مهاراتها سواء في الطبخ والخياطة للمجاهدين أو القيام بمهمة التمريض لإسعاف المجاهدين أو القيام بعمليات التفجير وغيرها من المهام، ووضعت بذلك المرأة يدها بيد الرجل وسخرت كل إمكانياتها في سبيل تحرير الوطن.

وبذلك أخذت تلك الحواجز السميكة بين عالم الرجل وعالم المرأة في التلاشي تدريجيا بعد إثبات المرأة الجزائرية للمجتمع الجزائري عن قدرتها إلى جانب الرجل في طرد الاستعمار الفرنسي.

ويرى "عبد الرحمان الوافي" (2011) أنه و بعد استقلال الشعب الجزائري يوم 05 جويلية من سنة 1962، اجتهد الجزائريون في البناء والتشييد للخروج من التخلف الذي خلفه الإستعمار والسير في طريق النمو والازدهار، كما اهتمت الدولة الجزائرية إهتماما كبيرا بالتعليم، فأصدر المرسوم الذي ينص على التعليم الإجباري و المجاني للبنين والبنات على حد سواء.

والتحقت الفتاة الجزائرية بالمدارس بعدما كانت في عهد سابق تحجب و تنقطع عن عالم الرجال وعن العالم الخارجي عموما .

وبذلك حدث تغيرا في الأسرة و المجتمع الجزائري عموما منذ الإستقلال إلى غاية نهاية السبعينات، ومع بداية الثمانينات عرف المجتمع الجزائري تطورا أسريا واجتماعيا و ثقافيا واقتصاديا من نوع آخر أثر في سلوك أغلب عناصر بنائه الإجتماعي، ومن أهم العوامل التي أدت إلى هذا التطور نذكر مايلي :

- الإتصال بالعالم الغربي* والتطلع والتفتح إلى ثقافات وتكنولوجية عالمية حديثة.

- بروز وسائل الإعلام وتأثيرها في شخصية أغلب أفراد المجتمع.

* في هذا يقول ابن خلدون بأن المغلوب مولع بالغالب ، حيث بقي الفرد الجزائري متأثرا بالحضارة الغربية المجسدة في فرنسا .

- النمو الحضري السريع غير المتحكم فيه و بروز أفراد وأنماط ثقافية حديثة عملت على التحرر من التقيد بالعرف و التقاليد الأمر الذي نتج عنه خاصة في المدن الكبرى مايلي :
- تغير حجم الأسرة.
 - تغير وظائف الأسرة.
 - دخول المرأة عالم الشغل و حصولها على راتب شهري تثبت به مرتبتها و مكانتها في الاسرة و المجتمع.

(عبد الرحمان الوافي ، 2011 ، ص ص 24-25)

وترى "نعيمية سمينة" (2012) في دراستها حول >> المرأة الجزائرية في مواقع صنع القرار الواقع والآفاق << أنه و منذ استقلال الجزائر عن فرنسا سنة 1962 عرفت الدولة الجزائرية تحولات إجتماعية و اقتصادية عميقة كان لها تأثير على وضع المرأة في الأسرة و المجتمع، و كنتيجة لذلك شهدت التشريعات القانونية تحسنا مطردا لفائدة المرأة في جميع المجالات خاصة في مجال الحياة العامة، حيث تؤكد كل القوانين على تساوي جميع المواطنين - رجالا ونساء- في تقلد المهام والوظائف في الدولة، كما منحت المرأة حق الإنتخاب و الترشح منذ الإستقلال.

كما أحيطت المشاركة السياسية للمرأة الجزائرية بالتزامات دولية؛ حيث صادقت الجزائر على كل الإتفاقيات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان عامة و تلك المتعلقة بحقوق المرأة، وتعتبر الجزائر أن إلتزامات الدولية تعلق القوانين الوطنية.

أدى هذا كله إلى حضور متزايد للمرأة في مختلف القطاعات (الصحة، التعليم، القضاء...)، حيث أصبحت تشكل المرأة 60% من الحاصلين على شهادة البكالوريا- الثانوية العامة- وتمثل ثلثي طلبة الجامعات و أخذت المرأة تغزو القطاعات الجوهريّة في الدولة بمرور الزمن، حيث بلغت نسبة النساء في قطاع الصحة 60% حسب إحصائيات سنة 2007، و في سلك القضاء بلغت النسبة 37% حسب إحصائيات 2008، و في الصحافة و الإعلام حوالي 78% حسب إحصائيات 2009.

وبالرغم من كل ذلك إلا أن المرأة الجزائرية لم تتول مناصب قيادية في الدولة، حيث لم تكن حاضرة في الحكومات الجزائرية التسع الأولى بعد الاستقلال و عينت أول امرأة في منصب وزاري في سنة 1984 أي بعد 22 سنة من الاستقلال رغم أن الدستور الجزائري يقر لها بذلك .

ولا تتولى النساء في الجزائر مناصب وزارية ذات مسؤوليات كبرى أو مناصب وزارية تقنية كما أنه لا يتم تعيينهن في وزارات إستراتيجية أو وزارات السيادة كال دفاع و الخارجية؛ بل تمنح لهم وزارات ذات صبغة اجتماعية متصلة بأوضاع العائلة والأطفال والشيوخ أو النهوض الاجتماعي أو السكن، و كأنها إمتداد لوظائفها التقليدية في المجتمع و العائلة.

(<http://www.alnoor.se/article.asp?id=147351>)

ولدخول المرأة عالم الشغل العديد من النتائج أبرزها تأخر سن زواجها، كون الدراسة الجامعية تأخذ سنوات كثيرة من عمر الفتاة، إلى جانب رغبتها في العمل بعد التخرج، و محاولة تحقيق ذاتها و أهدافها التي رسمتها طيلة مدة دراستها، وبالمقابل تأخر سن زواج الرجل الجزائري أيضا كنتيجة لعوامل التطور الذي شهده المجتمع، ولتعدد أمور المعيشة وعدم توفر الإمكانيات اللازمة للزواج كالسكن و الحصول على عمل مستقر، حيث أخذ معدل سن الزواج في الجزائر لكلا الجنسين في التزايد التدريجيا بعد لإستقلال. والجدول التالي المقتبس من الاحصائيات الصادرة عن الديوان الوطني للإحصاء بالجزائر سنة 2004 يوضح ذلك كمايلي :

جدول رقم (1) معدل سنوات الزواج في الجزائر من 1966 إلى 2002

الجنس / السنوات	الذكور	الإناث
1966	23.2 سنة	18.1 سنة
1977	25.3 سنة	20.9 سنة
1980	26.1 سنة	20.8 سنة
1987	27.7 سنة	23.7 سنة
1992	30.1 سنة	25.9 سنة
1998	31.3 سنة	27.6 سنة
2002	33 سنة	29.6 سنة
توقعات 2008	35 سنة	32 سنة

كما هو موضح في الجدول فإن معدل سن الزواج في الجزائر في إرتفاع مستمر، حيث أنه من سنة (1966) إلى سنة(1977) إرتفع من (23.2) سنة إلى (25.3) سنة بالنسبة للذكور و(18.1) سنة إلى (20.9) سنة بالنسبة للإناث، أي بمعدل زيادة سنتين تقريبا للجنسين .
ونفس الشيء تقريبا بالنسبة لسنة(1987) حيث أصبح (27.7) سنة للذكور و(23.7) سنة للإناث.

وكذلك بالنسبة لسنة(1992) حيث أصبح (30.1) سنة للذكور و (25.9)سنة بالنسبة للإناث أي بمعدل سنتين كذلك، و نفس المعدل لسنة 1998 و2002 أي بمعدل سنتين و بذلك تكون التوقعات لسنة (2008) (35) سنة بالنسبة للذكور و(32) سنة بالنسبة للإناث أي بمعدل زيادة سنتين.
(سميد جمال،2004، ص81)

وما يمكن ملاحظته في الجدول إضافة إلى ارتفاع سن الزواج لكلا الجنسين، أن الذكور أكبر سنا من الإناث بالنسبة لسن الزواج، وهو يعني أن المجتمع الجزائري يحرص على أن يكون الذكر أكبر سنا من الأنثى في الزواج، كونه يعد معيارا لسلطة الرجل.

ويشير "عبد الحق عباس" (2006) أنه شهدت الجزائر نتيجة لتعلم المرأة و خروجها للعالم الشغل ارتفاع لافت لظاهرة العنوسة حيث تشير الأرقام المتوفرة من خلال إحصائيات المعهد الوطني للإحصاء (2003) و ما تشير الصحف الوطنية إلى وجود 11 مليون عانس، في الوقت الذي تدخل العنوسة سنويا 200 ألف فتاة، و يوجد ضمن الـ 11 مليون عانس قرابة 5 ملايين فوق الـ 35 سنة.
(<http://www.chihanb.net/modules.php?nome=News&File=articL&File=1490>)

وبذلك فإن ظاهرة العنوسة في الجزائر تمثل خطرا حقيقيا على وضع المرأة النفسي والاجتماعي، كما يؤثر بدوره على نظرتها للزواج والعلاقة الزوجية و ذلك من خلال:

- التسرع في الزواج كغطاء إجتماعي تواجه به النظرة السلبية للمجتمع والأسرة للمرأة العانس، غير مراعية للتقارب الفكري مع الشريك ،والذي يلعب دورا هاما في تحقيق التوافق الزواجي، والتنازل عن بعض حقوقها بعد الزواج كالنفقة و المسكن .

- النظرة الخاطئة للزواج و عدم مراعاة أهدافه و أسسه، حيث قد ترتبط المرأة العانس برجل يصغرها سنا، هذا الأخير الذي ينظر لها نظرة مادية خاصة إذا ما كانت عاملة ذات دخل معتبر ويتوفر لديها مسكن خاص، فالزواج هنا يعتبر زواج مصلحة من كلا الطرفين.

فالمراة تكمن غايتها في التستر و اللحاق بركب الأمومة و إنجاب الأطفال قبل فوات الأوان، و محاولة الدخول في تجربة زواج مجهولة المعالم، و الزوج غايته مادية من خلال توفير الزوجة أسباب الراحة له.وتصبح بذلك العلاقة الزوجية علاقة غير متكافئة، غابت فيها أهداف الزواج و خططه و مستقبله لكلا الزوجين، وهو ما ينبئ بسوء التوافق الزواجي .

في المقابل قد ترتبط المراة برجل يكبرها سنا و يكون فارق السن بينهما كبيرا و غالبا ما يكون هذا الرجل متزوج و منجب لأطفال ، و تدخل بذلك المراة في علاقة زوجية مع رجل قد لا يحتويها عاطفيا ونفسيا،كون تجربة الزواج مختلفة لكليهما، حيث تكون المراة في أوج عطائها، ويكون الرجل- الكهل- في مرحلة ركود منتقلا بتجارب الحياة ، غير قادر على اشباع كافة احتياجات المراة النفسية والعاطفية ، وهو ما يؤثر على العلاقة الزوجية وبالأخص العلاقة الحميمة بينها، وهو ما ينبئ بسوء التوافق الزواجي.

خلاصة :

لقد عرفت الأسرة المعاصرة تغيرا واضحا في وظائفها في العصر الحديث، مقارنة بالأسرة التقليدية، وهو ما ينطبق على الأسرة الجزائرية، هذه الأخيرة التي طالتها التطور الحاصل في المجتمع الجزائري- سياسي، إقتصادي، ثقافي.- ، وما تبعه من تحرر للمرأة الجزائرية، من القيود الصارمة التي كبلتها بها الأسرة التقليدية، وحصر أدوارها في الانجاب والقيام بأمر المنزل، لتصبح أداة فعالة لبناء صرح المجتمع، من خلال تعليمها وخروجها للعمل على قدم المساواة مع الرجل، وهو ما أثر بدوره على نظرتها لذاتها وعلى أدوارها، هذه الأدوار التي امتدت خارج إطار الأسرة، لتجد المرأة الجزائرية نفسها داخل ثلاثية - الأم ، الزوجة ، العاملة - ، هذه الثلاثية التي أوقعت بها في مصيدة صراع الأدوار.

والأسرة وإن تعددت خصائصها وتميزت مقوماتها، وتقلصت وظائفها إلا أن ذلك لن يحط من مكانتها كمؤسسة للتنشئة الإجتماعية حيث تتشكل من خلالها شخصية الطفل في مراحل طفولته المبكرة وتأثر في تكوينه لمفاهيم الأسرة والذي يبدأ بالزواج كمرحلة أولى لبنائها.

وإن كانت تتميز الأسرة بالتماسك والتفاعل بين أفرادها، وهو ما يعكسه التوافق الزوجي ضمن الأسرة، فإن شخصية الطفل سوف تحضى بتكوين نفسي سليم، وتتكون لديه أفكار إيجابية عن الأسرة والزواج، والتي تساعد في مرحلة الرشد في الدخول إلى مرحلة الزواج بأفكار إيجابية، أما إذا ساد التفكك بين أفراد الأسرة الواحدة، و اضطربت العلاقة بين الوالدين، وهو ما ينعكس سلبا على نفسية الطفل، وتكون لديه أفكار سلبية ومشوهة عن العلاقة الزوجية، والتي تُعد مؤشرا قويا للتنبأ بالتوافق الزوجي لديه في مرحلة الرشد والذي يعد الزواج من أهم مطالب هذه المرحلة.

الفصل الثالث:

سوء التوافق الزوجي

تمهيد :

لما كان الزواج وبناء الأسرة مطلب أساسي من مطالب نمو الإنسان في مرحلة الرشد ، فإن الشريعة الإسلامية قد أحاطته بقدسية خاصة، وجعلت عماده المودة والرحمة بين الزوجين ، ووضعت حقوقا وواجبات لكليهما، وحددت كيفية سير العلاقة الزوجية من خلال ما أقره القرآن والسنة النبوية الشريفة .

كما اهتم علماء النفس والاجتماع بالعلاقة الزوجية والمتغيرات المؤثرة فيها ، وحاولوا دراسة العوامل المساهمة في نجاحها- التوافق الزوجي- أو اضطرابها - سوء التوافق الزوجي- وكيفية تأثير ذلك على مشروع الزواج ككل .

ويرتبط التوافق الزوجي بالتوافق النفسي الذي يحققه الفرد في جميع مراحل حياته وصولا إلى مرحلة الزواج وبناء الأسرة، ويعتبر مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية للصحة النفسية ،حيث إن جميع سلوكيات الإنسان الناجحة أو الفاشلة إن هي إلا محاولات للتوافق من أجل خفض ما يعانيه الإنسان من توتر وصراعات.

وبالمقابل فسوء التوافق الزوجي يعد من بين مجالات سوء التوافق النفسي، والذي يبرز من خلال السلوكيات الغير المتوافقة لكلا الزوجين أو أحدهما في تفاعله مع الزوج الآخر والتي تؤدي إلى عدم تحقيق أهداف الزواج الاجتماعية و النفسية والدينية.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول تعريف التوافق النفسي ومؤشرات السلوك التوافقي ثم أبعاده ومجالاته ثم الإحاطة بسوء التوافق النفسي ومظاهره وأساليب التوافق وقياسه .

ثم التطرق إلى سوء التوافق الزوجي والنظريات المفسرة له وتحديد عوامل سوء التوافق الزوجي،وأخيرا الوقاية من سوء التوافق الزوجي.

أولاً: التوافق وسوء التوافق

1- تعريف التوافق النفسي:

ويشير مصطلح التوافق إلى معنى التآلف والتقارب وهو نقيض التخالف والتنافر ، ومفهوم التوافق مستمد من علم الأحياء الذي يعطي معنى التكيف أي حدوث تغير عضوي في شكل الجسم أو أي وظيفة من وظائفه حتى يصبح قادراً على البناء والاستمرار، وهو بهذا المعنى يعد الأساس في نظرية النشوء والارتقاء لـ " دارون " .

واستفاد علماء النفس من المفهوم البيولوجي للتكيف ، واستخدموه في المجال النفسي بمصطلح التوافق، وأعطوه مدلول نفسي واجتماعي؛ إذ يفسر السلوك الإنساني بوصفه توافقات مع مطالب الحياة وضغوطها، وهذه المطالب هي نفسية اجتماعية بحد ذاتها ، وتتضح في صورة علاقات متبادلة بين الفرد والآخرين ، وتؤثر بدورها في التكوين السيكولوجي للفرد.

ويوجد هناك بعض التداخل بين مفهومي التوافق والتكيف، ولقد تناول " كاتل " **Cattel** ثلاث مصطلحات في هذا الإطار العلمي هي التكيف، والتوافق، والتكامل، في سبيل إعطاء تحديد دقيق لكل منهم.

فالتكيف: يعني انسجام الفرد مع الحيز الاجتماعي الذي يعيش فيه.

التوافق: يعني العمليات النفسية - البنائية كالحرية من الضغوط والصراعات النفسية ، ويعني أيضاً انسجام البناء الديناميكي المستمر للفرد .

أما التكامل: يعني مدى تكاتف وتأزر كل طاقات الفرد في سبيل تحقيق هدف معين .

(اديب محمد الخالدي .2009، ص ص ،104،103)

ويعرف " **سغموند فرويد** " **sigmund Freud** التوافق بأنه قدرة (الأنا) على خلق حالة الاتزان بين (الأنا العليا) و(الأنا السفلى)، ويرى بأن بعض الحيل الدفاعية إذا استخدمها الإنسان دون إفراط - تؤدي إلى حدوث نوع من التوافق .

(اديب محمد الخالدي .2009، ص ص ،104)

وبذلك نجد أن التوافق عملية ديناميكية كلية مستمرة، يحاول بها الفرد عن طريق تغيير سلوكه تحقيق التوافق بينه وبين نفسه وبين البيئة المحيطة به ، بغية الوصول إلى حالة من الاستقرار النفسي.

(صالح حسن احمد الداھري ،2008، ص 79)

حيث أشارت نتائج الجهود التي بذلت في دراسة التوافق النفسي إلى حقائق عدة ، حددت بمقتضاها مظاهر التوافق السليم، ومن بين ما أشارت إليه تلك الجهود العلمية إلى أن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع إشباع حاجاته حسب أولويتها من الحاجات العضوية والاجتماعية فعدم إشباع الحاجات وفقا لتسلسلها الهرمي يؤدي إلى توقف تطور الشخصية عند مستوى الحاجة غير المشبعة؛ فضلا عن حدوث اضطرابات نفسية وسلوكية مختلفة .

(اديب محمد الخالدي .2009، ص 109)

وبالتالي نجد أن التوافق النفسي الأساس الذي تُبنى عليه الصحة النفسية للإنسان، وهو ما يعني أن سوء التوافق النفسي يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية تختلف أعراضها من شخص إلى آخر.

2- مؤشرات السلوك التوافقي:

يمكن تلخيص مؤشرات السلوك التوافقي الذي ينبئ بالتمتع بالصحة النفسية فيما يلي:

- التكامل النفسي: ويشمل تناسق الميول والاتجاهات، بحيث يتحرر الفرد من الصراع ويوجه نشاطه إلى مثل العليا، بما يحقق حسن التوافق الذاتي.
- التكامل الاجتماعي: ويتضمن التمتع بصلات طيبة مع الآخرين ومبادلتهم الحب والتعاون والتقدير.
- الفاعلية والتعبير عن الذات : ويتطلب ذلك تنمية الاستعدادات والقدرات لنمو الذات إلى أقصى حد ممكن، مع اعتراف الفرد بالواقع وبحدود إمكانياته وقدرته على حل الإحباطات بأسلوب معتدل ومفيد.
- التمتع بالصحة ومظاهر النمو الطبيعي.
- المرونة في مواجهة الواقع.
- التمتع بدرجة عالية من احترام الذات والقدرة على التحكم في الذات.
- القدرة على اتخاذ الأهداف ومستويات الطموح فيكون قادرا على تحقيقها.
- القدرة على مواجهة الصراع والمخاوف والقلق والشعور بالذنب.
- تحمل المسؤولية وتقديرها.
- القدرة على الأخذ والعطاء المتبادل وفي نفس الوقت يكون لديه القدرة على أن يعطي أكثر مما يؤخذ.

(جنان سعيد الرحو ،2005،ص ص 371،372)

- القدرة على ضبط النفس والتحكم في الانفعالات : حيث يعتبر ضبط النفس والتحكم في انفعالاتها وأهوائها من أهم مؤشرات الشخصية المتوافقة، لأنها تعطي الإنسان فرصة تحكيم العقل والتريث، قصد معالجة المواقف التي يتعرض لها في حياته اليومية معالجة موضوعية .

(فرج عبد القادر طه ، 1999 ، ص 188)

ويتحدد ما إذا كان التوافق سليماً أو غير سليم تبعاً لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته، ومن أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي أن يتحقق إشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد، فإذا حدث إحباط أو كبت لدوافع الفرد وحاجاته لجأ الفرد إلى حيل الدفاع النفسي كأساليب غير مباشرة لإحداث التوافق النفسي، كما أن الضبط الشعوري للسلوك يعتبر عملية توافقية واعية مرنة، يتطلب طاقة واعية كافية من ذات مدركة واعية.

والموقف التوافقي يتضمن ثلاثة عناصر: الفرد وحاجاته من البيئة، أو إمكانيات الظروف الميسرة له، وللآخرين الذين يشاركونه الموقف، ولا غنى له عن استرضائهم إلى جانب ترضية نفسه أيضاً.

(محمد بيومي خليل، 2000، ص76)

3 أبعاد عملية التوافق :

تتضمن عملية التوافق بعدين أساسيين : هما التوافق الشخصي أو الذاتي والتوافق الاجتماعي .

3-1 التوافق الشخصي:

ويُقصد بالتوافق الشخصي أو الذاتي أن تكون للفرد قدرة عالية على التوفيق بين دوافعه المتصارعة توفيقاً يرضيها جميعاً ارضاءً متوازناً، والقدرة على حسم هذا الصراع والتحكم فيه بصورة عقلانية، وحل الأزمات النفسية حلاً إيجابياً بدل الهروب منها أو التمويه عليها .

(عبد الرحمان الوافي، 2011، ص108)

وهناك دراسات نفسية بحثت عن العلاقة ما بين التوافق الشخصي والتوافق الزوجي، مثل دراسة هوفمان التي أوضحت أن التوافق الشخصي للزوجين يرتبط ارتباطاً مرتفعاً بالتوافق الزوجي، وإن الأفراد المتوافقين توافقاً عاماً يكونون في الغالب متوافقين كأزواج.

(سهير كامل احمد، 1998، ص 37)

ويذهب " فرويد " إلى القول أن عملية التوافق الشخصي غالبا ما تكون لا شعورية أي أن الفرد لا يعي الأسباب الحقيقية للكثير من سلوكياته، ويرى " فرويد " بأن العصاب والذهان ماهية إلا عبارة عن شكل من أشكال سوء التوافق ، ويؤكد بأن قوة الأنا ، القدرة على العمل، القدرة على الحب، هم السمات الأساسية للشخصية المتمتعة بالصحة النفسية.

(محمد جاسم محمد أ، 2004 ، ص ص 25،24)

3-2 التوافق الاجتماعي:

يرى "حامد زهران" أن التوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والإمتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي السليم، والسعادة الزوجية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية .

(حامد زهران ، 2005 ، ص 27)

ويرى " روش " أن الشخص المتوافق اجتماعيا هو الذي يستطيع أن يتماشى سلوكه وفقا للأساليب الثقافية السائدة في المجتمع كما أن الفروق الفردية تجعل سرعة التوافق تختلف من شخص إلى آخر.

(صالح حسن الداھري ،2008،ص ص 70،69)

4- مجالات التوافق :

للتوافق مجالات عدة، وان كان يبدأ بتوافق الفرد مع نفسه، والذي يستدل عليه من خلال تمتعه بالصحة النفسية، والذي يمتد بدوره إلى باقي المجالات المحيطة بالفرد سواء في الأسرة أو في العمل أو غيرها من المجالات، ومن أهم المجالات التوافق نذكر:

➤ **التوافق الأسري :** وهو العلاقة الاجتماعية التي تقوم بين أعضاء الأسرة الواحدة -الأب ، الأم ، الأبناء-، على نحو يحقق التوازن داخل الأسرة، والتوافق الأسري نسبي بين أفراد الأسرة الواحدة التي قد نجد بينهم غير المتوافق والمتوافق بدرجة أقل ، والمتوافق بدرجة أكبر.

(محمد نبيل عبد الحميد، بدون سنة، ص 32)

كما يشمل الاستقرار الأسري والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة المادية والنفسية، الحب والمودة.

➤ **التوافق الديني:** يعتبر الجانب الديني جزء من التركيب النفسي للفرد، وكثيرا ما يكون مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة ، ويتحقق التوافق الديني بالإيمان القوي والصادق، ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة تنظيم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية واتزانها، ويشبع حاجة الإنسان للأمن والطمأنينة، ويسوء توافق الإنسان إذا ما فشل في التمسك بهذا السند المعنوي الروحي وهو ما يؤدي إلى اضطرابه ومعاناته من القلق والتوتر.

(صبره محمد علي ، 2005، ص ص 130، 129)

➤ **التوافق المهني:** ويتضمن الرضا عن العمل وإرضاء الآخرين فيه ويتمثل في الاختيار المناسب للمهنة عن قدرة واقتناع شخصي ، والاستعداد لها والدخول فيها ، والانجاز والكفاءة والإنتاج والشعور بالنجاح، والعلاقات الحسنة مع الرؤساء والزملاء والاستقلال في المهنة والتغلب على مشكلاتها.

(إجلال محمد سري ، 2000، ص 37)

➤ **التوافق العقلي :** ويتحقق التوافق العقلي بقيام كل أبعاده بدوره كاملا وهذه الأبعاد هي الإدراك الحسي والتعليم والتذكر والذكاء والاستعدادات.

(عبد الحميد محمد الشاذلي ، 2001، ص 61)

➤ **التوافق الزوجي:** يعد التوافق الزوجي محصلة التفاعل الايجابي بين الزوجين ومظهرا من مظاهر التآلف والتقارب بينهما ، ويرى " كمال إبراهيم " أن التوافق الزوجي هو قدرة كل من الزوجين على التواء مع الآخر، ومع مطالب الزواج ، ويستدل عليه من أساليب كل منهما في تحقيق أهدافه من الزواج وفي مواجهة الصعوبات الزوجية ، وفي التعبير عن انفعالاته ومشاعره ، وفي إشباع حاجاته من تفاعله الزوجي.

(الطاهر محمود ، 2004،ص 582)

كما يتضمن التوفيق في الاختيار المناسب ، والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها ، والحب المتبادل ، وتحمل المسؤوليات والقدرة على حل المشكلات والسعادة الزوجية والتصميم على مواجهة مشكلاتها وتحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة .

(حسام زكي علي، 2008، نقلا عن حسن مصطفى، ص 76)

وما تجدر الإشارة إليه في أن هناك مفاهيم متقاربة للتوافق الزوجي نذكر منها:

➤ **التكيف الزوجي :** والذي يعرف بأنه الوسيلة لسد الحاجات الجنسية بصورة منتظمة، وسيلة للتعاون الاقتصادي و التجاوب العاطفي بين الزوجين، والقدرة على النمو الشخصي للزوجين معا في إطار من التفاني والإيثار والاحترام والتفاهم والثقة المتبادلة، بالإضافة إلى قدرة الزوجين على تحمل مسؤوليات الزواج وحل مشكلاته الموجودة، ثم القدرة على التفاعل مع الحياة من حيث التعرف على المشكلات الجديدة، وعدم تراكمها، وتعلم أساليب حلها.

(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2009،ص 493)

ولقد حدد "سبانيير 1976 " أربعة أبعاد للتكيف الزوجي وهي:

- 1- **الإنسجام الزوجي:** ويشير إلى درجة من الاتفاق الزوجي حول قضايا مثل التمويل العائلي، أمور التسلية و الدين، فلسفة الحياة، ومهمات البيت.
- 2- **الرضا الزوجي:** ويتعلق بالالتزام في الاستمرار بالعلاقة الزوجية والرضا بما يتطلبه الزواج من مهام، والطمأنينة تجاه الشريك.
- 3- **التماسك الزوجي:** ويشير إلى تكاتف الأزواج وتضامنهم معا رغم التحديات التي قد تواجههم، والتعاون في إنجاز الأعمال و توزيع المسؤوليات، والمشاركة بالاهتمامات الشائعة.
- 4- **التعبير عن المحبة والعطف:** ويشير إلى التعبير عن الود والحنان والعطف نحو الشريك وإقامة علاقات جنسية تستند إلى هذه المحبة.

(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2009، ص 498)

5- سوء التوافق النفسي

السلوك غير المتوافق هو ذلك السلوك الذي يعجز فيه صاحبه عن تحقيق التناغم والانسجام والتآلف بين ذاته والآخرين، وهو ما يتمخض عنه من عدم الإمكانية والفشل في خفض التوتر وعدم استغلاله لإمكانياته المتاحة ، وما يترتب عن ذلك من مشاعر عدم الأمن والرضا و السعادة مع نفسه ومع الآخرين.

إن الشخصية المتوافقة تكون سوية بقدر ما تتطوي عليه من حرية ومرونة تجاه المتطلبات الغريزية البيولوجية، ومتطلبات العالم الخارجي الاجتماعية والأخلاقية، إلا أن هذه المرونة تفتقدها الشخصية السيئة التوافق غير المتزنة ، الأمر الذي يجعل صاحبها يتخبط بصورة عشوائية وغير عقلانية من أجل الوصول إلى غاياته التي يفشل في الوصول إليها في نهاية المطاف ، وهذا هو ما نسميه بالسلوك الشاذ غير السوي .

(جنان سعيد الرحو، 2005، ص 373)

ويشير "سليم أبو عوض" (2008) إلى أن سوء التوافق ينشأ عندما يكون هناك عقبات في وجه الفرد لا يوافق عليها المنطق أو المجتمع أو العادات أو القيم ، أي عندما تتعارض حاجات الفرد ورغباته مع الواقع ومع حاجات ورغبات الآخرين ، مما يؤدي إلى حدوث صراع نفسي واحباطات وأمراض نفسية.

(سليم أبو عوض ، 2008 ، ص 225)

6- مظاهر سوء التوافق النفسي :

لسوء التوافق عدة مظاهر فقد يعيش الفرد أزمة نفسية، وفي كثير من الحالات يعد سوء التوافق بداية المرض النفسي، فاتخاذ أنماط شاذة من السلوك، وعدم الاتزان الانفعالي، والتهيج والتأثر السريع، وغيرها من مظاهر سوء التوافق يكون منبئا لبداية الاضطراب النفسي.

ومن ابرز مظاهر سوء التوافق ما يلي :

- الشخص غير المتوافق لا يجد طعاما للحياة لكثرة ما يعانيه من توترات موصولة وصراعات نفسية غير محسومة، وما تتطوي عليه هذه الصراعات من مشاعر القلق والذنب والنقص السخط والرتاء للذات.

- الشخص غير المتوافق غير ناضج من الناحية الانفعالية - أناني، غيور -

- الاستجابة الشاذة للمواقف.

- سوء الصحة الجسمية ، التي أخذت تأثيرها من معاناته النفسية واضطرابه الإنفعالي فنجد الشخص سيئ التوافق يشكو من الأرق أو فقدان الشهية للطعام، أو خفقان القلب أو ضيق التنفس والإرهاق.

- سوء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، كون الشخص سيئ التوافق كثيرا ما يرتاب في سلوكيات الآخرين ومقاصدهم.

(جنان سعيد الرحو ، 2005 : ص ص375،374)

7- أساليب التوافق النفسي:

في سبيل تحقيق التوافق النفسي وخفض حدة التوتر والقلق الذي يصادف الإنسان، نتيجة الصراعات و الاحباطات التي يتعرض لها خلال سيرورة حياته، قد يسلك في سبيل ذلك إلى أساليب مباشرة وأساليب غير مباشرة للتوافق.

7-1 أساليب التوافق المباشرة:

إن أسلوب التوافق المباشر هو الأسلوب الأمثل الذي يجعل الإنسان متوافقا شخصيا واجتماعيا، فالشخص السوي المتوافق يصدر عنه سلوك أداتي فعال ، سلوك موجه نحو حل الصراعات والاحباطات والضغط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدرها، من خلال اتخاذ أساليب ايجابية ليقوى بها وسائل التغلب على التوترات والمخاوف ، وهو يحاول أن يصل إلى الأهداف على الرغم من التوترات حين تكون للأهداف قيمتها وأهميتها ، ويستخدم طاقاته من غير تبديد لجهوده وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من أن يتبين المحاولات غير الفعالة، والعقبات التي لا يمكن تخطيها والأهداف التي لا يمكن بلوغها، وهو في هذه الأحوال يتقبل الإحباط ويعيد توجيه طاقاته بطريقة أكثر فعالية وعقلانية.

وبالرغم من تعرض الشخص المتوافق لمواقف إحباط كثيرة وصراعات متعددة، إلا أننا نجد لديه الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون ملائمة مع الموقف الضاغط الذي يتعرض له.

(سليم أبو عوض ،2008،ص ص ،210،209)

وترى الباحثة بان أساليب التوافق المباشرة ليست وليدة لحظة المواقف الضاغطة والاحباطات التي يتعرض لها الشخص بل هي ثمرة شخصية متوازنة نفسيا نتيجة تنشئة اجتماعية سليمة بدأت منذ الطفولة من خلال عملية التربية والتدريب والخبرات التي امتلكها الفرد خلال سيرورة حياته.

ويمكننا تلخيص أهم المبادئ للتوافق المباشر :

- أن يجعل الفرد الأزمة موضوعا لتفكيره وتأمله الهادئ الموضوعي.
- الروية والهدوء والواقعية في التفكير.
- النظرة إلى الأزمة أو المشكلة من جميع نواحيها نظرة فاحصة شاملة موضوعية في جرأة وصراحة.

(احمد عزت راجح، 1968، ص 475)

7-2 أساليب التوافق الغير مباشرة :

إذا فشل الفرد في تحقيق توافقه مع أساليب التوافق المباشرة في التغلب على الصراع والإحباط، فإن حالة القلق والتوتر الناتجة عن الإحباط تستمر مدة طويلة فتسبب له الكثير من الألم والضيق، فنجده يلجأ إلى أساليب غير مباشرة، قد تؤدي إلى تخفيف حدة التوتر النفسي وآثاره بصورة مؤقتة وذلك من خلال:

- التوافق عن طريق الحيل اللاشعورية.
 - أو التوافق عن طريق الأساليب الاستعطافية .
 - أو أسلوب التوافق عن طريق القلق المرضي.
- 7-2-1 التوافق عن طريق الحيل اللاشعورية :

هي وسائل توافقية لا شعورية من جانب الفرد وظيفتها تشويه الحقيقة، حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات التي لم تحل والتي تهدد أمنه النفسي، وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها، والاحتفاظ بالثقة بالنفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية والأمن النفسي، وحيل الدفاع النفسي تعتبر محاولات للإبقاء على التوازن النفسي من أن يصيبه الاختلال وهي حيل عادية تحدث لكل فرد السوي والغير سوي ولكن الفرق بينهما هو نجاح الأول وإخفاق الثاني باستمرار ووجودها بصورة معتدلة عند الأول وبصورة مفرطة عند الثاني.

(حامد زهران ، 2005،ص ص 28)

وهناك عدة تقسيمات للحيل اللاشعورية نذكر منها:

- أ - حيل الدفاع الانسحابية أو الهروبية : مثل الانسحاب والنكوص التثبيت والتبرير والإنكار والإلغاء والتخيل.
- ب - حيل الدفاع العدوانية أو الهجومية : مثل العدوان والإسقاط .
- ج - حيل الدفاع الابدالية : مثل الإبدال، الإزاحة، الإعلاء، التعويض، النقص، التكوين العكسي، الرمزية .

(حامد زهران ، 2005، ص 38)

وسوف نشرح بإيجاز تقسيمات الحيل اللاشعورية كما يلي:

أ- حيل الدفاع الانسحابية أو الهروبية : ونذكر منها :

- النكوص:

وهو تراجع الفرد إلى أساليب طفيلية أو بدائية من السلوك والتفكير والانفعال، حين تعترضه مشكلة أو يتلقى بموقف آزم ، فإذا به يستبدل بالطرق المعقولة لحها أساليب ساذجة يبدو فيها تهلهل التفكير وغلبة الانفعال، ومن مظاهر النكوص، السب، الصراخ، الغيرة، البكاء عند الارتظام بالمشاكل. (أحمد عزت راجح، 1968، ص 474)

- الانسحاب:

وهو عملية دفاعية للهروب من الموقف أو التراجع عنه ، وفي الحالات المرضية تكون استجابة الانسحاب في الواقع ككل ، وللانسحاب درجات وأشكال متعددة ، فالانسحاب البدني مثلا هو إحدى الاستجابات الأساسية للضغوط والإحباط ، لأن الإنسان غالبا ما ينسحب نفسيا ولا يشترك فيما لا يعجبه، وقد يفضل العيش في حياة بسيطة ويققل من درجة طموحاته، حتى لا يتورط في مواقف يريد باستمرار أن ينأى عنها .

وقد يحدث أن آثار الانسحاب تكون أشد وطأة على من يلجأ إليه نتيجة المواقف التي دفعته إلى إتيانه، فتسوء أحواله أكثر ويشتد عليه الإحباط ، وقد يصبح ضحية الشعور بالذنب لأنه انسحب أو استسلم أو قد تمتلكه الكراهية لمن يتسبب في انسحابه.

(أديب محمد الخالدي ، 2009، ص 239)

- التبرير:

وهي آلية لاشعورية يسعى الشخص من ورائها إلى إيجاد الحجج، وحشد البراهين لصالح فعل أو رأي لا يقوم في الأصل على هذا الأساس للدفاع عن نفسه أو لتبرير أفعاله أو نتائج سلوكياته.

(كمال دسوقي 1974، ص 395)

ب- حيل الدفاع العدوانية أو الهجومية : ونذكر منها :

- العدوان : قد يلجأ الإنسان إلى العدوان كأسلوب للتوافق غير المباشر ، وهو التصرف الذي ينبع من الحاجة للخروج من الأزمة أو لخفض التوتر، وقد يكون الهجوم شديداً على أطراف الأزمة . والعدوان قد يكون مباشراً والذي يتجه بصاحبه إلى هدف غير سبب الأزمة ، وقد يكون ذلك معبراً عن الخوف من مواجهة المشكلة أو هروباً من مواجهتها .

(سيد صبحي ، 2003، ص 87)

وهناك الكثير من ألوان العدوان غير المباشر، وخاصة في ثقافات بعض المجتمعات حيث يتخذ العدوان صورة إبداء بعض الملاحظات أو الإشارات أو الانتقادات الجارحة نحو الشخص مصدر الإحباط ، كما أن هناك نوعاً من العدوان يتخذ من الناس الأبرياء هدفاً لتفريغ المشاعر العدوانية.

(مصطفى خليل الشرقاوي ، ب س ، ص 261)

فالزوج الذي يعاني من مشاكل في عمله وصراعات مع العمال ورب العمل ، قد يفرغ مشاعره العدوانية في زوجته عند الرجوع إلى المنزل ، مما يؤثر سلباً على الجو الأسري القائم والعلاقة الزوجية ككل .

ومن المعتاد أن يفرغ الشخص المحبط مشاعره في الأشياء المادية من حوله، من خلال تكسير الأواني ودفع الأبواب بشدة وغيرها من المظاهر التي يحاول الشخص من خلالها تفريغ مشاعره العدوانية.

- الإسقاط: Projection -

وهو ميل نفسي لإلقاء اللوم على الآخرين أو الظروف ، وتبرئة النفس من الخطأ في الدوافع أو الفشل في الأهداف بنسبة ذلك إلى الغير لا للنفس ، فلكي تظل صورة المرء الذاتية في نفسه وكما يعكسها أمام الآخرين سليمة غير منتقدة ، ينبغي ستر خطئها وإخفاء فشلها عن طريق الإسقاط . أما إذا تطور الإسقاط إلى مجرد حماية صورة الذات إلى توهم الاضطهاد أو الأفكار الإيمانية للنفس، بأن الآخرين يتحدثون عنها ويكرهونها ويتحاملون عليها يصبح مرض -البارانويا-

(كمال دسوقي ، 1974، ص ص 395،394)

ج- حيل الدفاع الإبدالية :

- التكوين العكسي: **Formation.Réactionnelle**

وهو موقف نفسي خارجي ينصب في الاتجاه المعاكس لإحدى الرغبات المكبوتة ، ويشكل رد فعل ضدها ، مثل الحياء الذي يقاوم رغبات استعراضية .

(مجلة الثقافة النفسية ، 1991 ، عدد 7 ، ص 113)

- التعويض: **Compensation**

وهو من الحيل اللاشعورية يدفع بالفرد إلى العمل على معالجة النقص الحقيقي أو الوهمي بالعمل على تحقيق النجاح المطلوب، أو الاستعاضة عنه بهدف آخر مما يؤدي إلى تخفيف حالة التوتر والقلق.

(صالح احمد حسن الداھري ، 2008 ، ص 88)

- الإعلاء أو التسامي : **Sublimation**

يعتبر الإعلاء في الواقع شكلا من أشكال التعويض، أو هو الصورة الايجابية من الإبدال، وقد كان هذا المصطلح يعني في نظر << الفرويديين >> استبدال هدف جنسي في طبيعته بهدف غير جنسي مقبول اجتماعيا، ولكن هذا المصطلح أصبح يستخدم بعد ذلك بصورة أكثر شمولا ، وقد عرف كل من "كامرون ومارجريت" 1950 الإعلاء بأنه << استبدال سلوكيات أو طقوس ومفاهيم غير مقبولة اجتماعيا أو ضارة بالمجتمع بردود أفعال مقبولة اجتماعيا خاصة إذا كانت ذات طبيعة غيرية أو غير ذاتية >> وهذا التعريف يتضمن بطبيعة الحال استبدال الأنشطة الجنسية وغير الجنسية .

وتعتبر الموسيقى والرسم والغناء وغيرها من ألوان الفنون متنفسا لتوجيه الرغبات الجنسية ،ويلاحظ أنه كلما كان الهدف الذي يتجه إليه الفرد مشابها للهدف الذي تسامى عنه كلما قل الصراع والقلق لديه. فاهتمام بعض الناس بالتبرع لخدمة ورعاية الأطفال اليتامى أو اللقطاء هو هدف مناسب لإعلاء دافع الأبوة أو الأمومة لديهم كونهم لم يرزقوا أولادا ، واتجاه البعض إلى كتابة القصص والشعر العاطفي هو إعلاء مناسب للجنس لديهم.

(مصطفى خليل الشرقاوي ، ب س ، ص ص ، 264،265)

- الإبدال :

وهي تحول الانفعالات من موضوعها الأصلي إلى موضوع بديل ، فالمشاعر التي ارتبطت بشخص معين أو موقف معين تحول إلى شخص آخر أو موقف آخر، فمثلا إذا كانت عند الشخص مشاعر عداة موجهة إلى الأب وهي مشاعر مؤلمة لا يقرها المجتمع والدين ، وبالتالي تستبعد من الشعور وتحول إلى من يشبه الأب مثل المدرس أو الزوج أو من يمثل سلطة في المجال النفسي للفرد. (دري حسن عزت ، 1986 ، ص 69)

7-2-2 أساليب التوافق الاستعطافية :

لقد ذكرها سيد عبد الحميد مرسي (1985) بأنها تقع ضمن الأساليب السلوكية التي يطلق عليها حاليا اسم العصاب .وأساليب السلوك العصابي ليست متشابهة بل تختلف إلى حد ما في أعراضها، ولذا فقد جرت العادة على أن تحدد هذه الأساليب باعطائها مسميات مختلفة تسهلا لعملية الوصف، ومن الأساليب الاستعطافية الهستيريا ، والأفكار المتسلطة - الوسواس - والقهر ، والمخاوف المرضية، وذلك كما يلي:

- **الهستيريا** : الهستيريا مرض نفسي يتميز بتحويل الصراع النفسي إلى صورة إضرابات فسيولوجية ومركبة ، دون ان تكون هناك علل عضوية يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات . وتتميز الهستيريا عامة بظهور أعراض وعلامات مرضية بطريقة لاشعورية.

(محمد جاسم محمد ، 2004، ص 367)

وتنشأ الهستيريا بوجه عام كوسيلة لتحقيق حلا مؤقتا للصراع ، فهي أسلوب للتخلص من القلق عن طريق الهروب من المواقف المثيرة له ، كما أنها في نفس الوقت تؤدي إلى إشباع الدوافع الاجتماعية كالحاجة إلى العطف والانتباه .

(سيد عبد الحميد مرسي ، 1985، ص 160)

- الأفكار المتسلطة :- الوسواس -

الفكرة المتسلطة - الوسواس - هي الفكرة أو الرغبة الملحة التي يعتبرها الشخص خاطئة أو عديمة النفع أو مضايقة له ، ولكنه في الوقت نفسه لا يستطيع التخلص منها ، وليست جميع الوسواس، من نوع واحد ، كما أنها لا تحقق جميعها نفس الغرض من حيث التوافق فبعض الوسواس ليست سوى مجرد تعبير صريح عن القلق .

فقد يكون عن القلق بالكلمات ما يجعله أخف حدة مما لو ترك على حاله باعتباره خوفا من المجهول ، ويمكن اعتبار بعض الوسواس قلقا منقولاً إلى المصدر المباشر للإحباط، وفي هذه الحالة يكون للوسواس وظيفة توافقية هامة هي أنه يخفف من حدة القلق الشديد الناتج عن العدوان المكبوت. (سيد عبد الحميد مرسي ، 1985،ص 161)

- القهر:

فالأفكار المتسلطة -الوسواس- لا تقف عند كونها أفكاراً إذ تؤدي إلى القيام بأفعال قهرية، وهي أفعال يقهر الفرد على القيام بها بالرغم من أنه لا يريد ذلك. وتتصف هذه الأفعال بأنها غير معقولة ومتكررة وطقوسية تقتحم الحياة العادية للشخص ،وتخل بفعاليتها ولكنه يقوم بها منعا للخوف والقلق الذي يلزمه إن لم يقم بها. (راضي الوقفي ، 2003،ص 622)

- المخاوف المرضية :- الفوبيا -

الخوف مرض دائم من وضع أو موضوع << شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان >> غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي منطقي ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه ويصاحبه القلق والسلوك القهري .

وما ينبغي الإشارة إليه هو أنه يوجد فرق بين الخوف العادي والخوف المرضي ، فالخوف العادي غريزة وهو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلا ، وهو انفعال تثيره المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر، وهو نمط من السلوك الانفعالي الذي يتميز بمشاعر قوية ذات طبيعة غير سارة ومصحوبة ببعض الاستجابات الجسمية والحركية.

بينما الخوف - الفوبيا - فهو يرتبط بموضوعات ومواقف ليس بها تهديد أو خطر أو أي أذى ظاهر، وهو خوف مستمر ومتطرف ذا طبيعة غير معقولة، فهو فكرة متسلطة وملحة وغير منطقية.

(عبد الحميد محمد الشاذلي ، 2001،ص ص 131،130)

والمخاوف المرضية عموماً استجابات تساعد الفرد على الابتعاد عن المواقف التي تثير خوفه ، فإذا ما ابتعد عن هذه المواقف انخفض توتره وحقق توافق مؤقتاً ، أما إذا لم يحدث ذلك فإن هناك كسباً ثانوياً قد يحصل عليه الشخص من المحيطين به، فالشخص الذي يعاني مخاوف مرضية يستطيع في أغلب الأحيان أن يحصل على اهتمام الآخرين وعطفهم واستغلالهم لصالحه.

(سيد عبد الحميد مرسي، 1985، ص 162)

7-2-3 أساليب التوافق عن طريق القلق المرضي :

تعتبر الأساليب غير المباشرة للتوافق السابق ذكرها وسائل لإعادة التوافق المفقود للشخص، وهي تحقق خفضاً للتوتر أو القلق بشكل مؤقت وعندما يعجز الشخص عن الوصول إلى حل للتغلب على الصراع الذي يعانيه، فإنه يضل في حالة انفعالية مؤلمة هي حالة << القلق >> نفسها، وهنا يصبح القلق في ذاته حالة مرضية هي حالة الشخص الذي فشل تماماً في تحقيق التوافق.

وقد يجمع الشخص القلق بين عدة مظاهر فنراه يشعر بنوبات حادة من الهلع أو الخوف غير محدد المصدر، كما يشعر بالإعياء والتعب وعدم القدرة على العمل ، مع الشكوى من بعض الأعراض الجسمية الغامضة التي ليس لها أساس عضوي، إلى جانب ذلك قد يشعر الشخص القلق بالاكتئاب والتشاؤم واليأس ، كما قد يشعر أيضاً بالاهتمام الزائد بصحته ، والخوف من المرض مما يدعوه إلى كثرة التردد على الأطباء ليطمئن على صحته، هذا بالإضافة إلى الخوف من الجنون ، والخوف من الموت، وضعف القدرة على التركيز وتشتت الانتباه، وعلى الرغم من أن هذه المظاهر قد توجد منفصلة بعضها عن البعض الآخر تماماً، إلا أنها مع ذلك قد تصنف في بعض الأحيان تصنيفات منفصلة.

فقد يوضع الشعور بالإعياء والشكوى المرضية الغامضة تحت مرض "النورستانيا" وقد يوضع الاهتمام الزائد بالصحة وشدة الحرص عليها تحت مرض توهم المرض.

وقد يقتصر اسم عصاب القلق على نوبات الفزع الحادة أو الهائمة بأعراضها الفسيولوجية كشدة ضربات القلب ، وضيق التنفس ، وزيادة العرق.

وقد يصنف المظهر النفسي المتعلق بالهم والشعور بالاكتئاب تحت مرض الاكتئاب العصابي، وما يترتب على الحالة الانفعالية المؤلمة المستمرة من تلف أو تغيير عضوي، كقرحة المعدة أو الحساسية الجلدية وغيرها ، قد يصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية.

(سيد عبد الحميد مرسي ، 1985، ص ص 164، 163)

وهذه الأساليب غير المباشرة ليست مستقلة بعضها عن البعض الآخر بشكل واضح محدد، بل قد تصبح أحيانا متداخلة أشد التداخل.

8- قياس التوافق النفسي:

يمكن قياس التوافق باستخدام الأساليب التالية :

1-8 الملاحظة : والتي تأتي من مصدرين:

- ← الدراسات الميدانية
- ← الدراسات التجريبية

- **الدراسات الميدانية** : وتشمل ملاحظة الأفراد أثناء توافقهم للمواقف الطبيعية والطارئة ، وهو ما قام به عالم النفس ذو التوجه التحليلي "برينو بتلهم" 1960 حيث قدم حسابات وتحليلات سيكولوجية للظروف السيكولوجية والفيزيائية غير العادية التي تعرض لها المسجونون، وأشكال التوافق التي قاموا بها وقد كان هو نفسه سجيناً عاش الخبرة بنفسه.

- **الدراسات التجريبية** : وهي تختلف عن الدراسات الميدانية في أن المجرّب يصطنع المواقف فتأتي أبسط من مثيلاتها في الحياة الطبيعية وتكون معتدلة الشدة ، لكن المنحنى التجريبي له ميزتين عن المنحنى الميداني هما :

- إمكانية إجراء قياسات دقيقة ومضبوطة.
- إمكانية عزل العوامل المسببة الهامة .

(عبد الحميد محمد الشاذلي ، 2001، ص74)

8-2 الاختبارات والمقاييس التي تقيس التوافق والصحة النفسية : ومن أمثلتها:

- قائمة <<بل>> للتوافق : من وضع << هوبل >> عام 1934 ، وظهرت الترجمة العربية عام <<1960>> بعنوان << اختبار التوافق للطلبة >> ويتكون من (160) بندا في النسخة الأمريكية.(140) بندا في النسخة المصرية وقام بإعدادها محمد عثمان نجاتي.

- مقياس الصحة النفسية : اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد عبد الحميد مرسي.

(عبد الحميد محمد الشاذلي 2001 ، ص 75)

ثانيا : سوء التوافق الزوجي

1- تعريف سوء التوافق الزوجي:

قبل التطرق لسوء التوافق الزوجي كان لزاما علينا التعرف على التوافق الزوجي الذي هو القدرة على الوفاء بمتطلبات الزواج خاصة فيما يتعلق بـ :

- 1- مشاركة الخبرات والاهتمامات والقيم.
- 2- احترام فردية الشريك وحاجاته وأهدافه ومزاجه.
- 3- المحافظة على خطوط مفتوحة للاتصال والتعبير عن المشاعر.
- 4- توضيح الأدوار والمسؤوليات.
- 5- التعاون في اتخاذ القرار وحل المشكلات وتربية الأطفال.
- 6- الحصول على إشباع جنسي متبادل.

ويعتبر التوافق الزوجي أحد متطلبات الزواج الموفق أو الناجح ، ويتضمن استقرار مشاعر الايجابية السارة بين الزوجين.

(نادية أبو سكيبة ، منال خضر 2011 ص154)

وتعرف "سناء الخولي" (1983) التوافق الزوجي بأنه " التحرر النسبي من الصراع والاتفاق النسبي بين الزوج والزوجة على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة وكذلك المشاركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف".

ويعتبر " كمال مرسي" (1995) أن الزوجان المتوافقين زوجيا إذا كانت سلوكيات كل منهما مقبولة من الآخر ، وقام بواجباته نحوه ، واشبع له حاجاته ، وعمل ما يربطه به ، وامتنع عن عمل ما يؤذيه، أو يفسد علاقته به أو بأسرتيهما في حين يعتبر الزوجان غير متوافقين أو سيء التوافق معا، إذا كانت سلوكيات كل منهما تؤذي الآخر أو تحرمه من إشباع حاجاته، أو لا تساعداهما على تحقيق أهدافهما من الزواج ، أو تفسد علاقتهما الزوجية.

وصعوبة التوافق الزوجي مسألة نسبية ، تختلف من زوج لآخر بحسب نظرة كل منهما للأزمة، وتفسيره له، وفهمه لقدراته، وعلاقته بالزوج الآخر وأهدافه من الزواج.

فالزوج الذي يتمتع بالنضج الانفعالي لا يحبط بسرعة أمام أزمات الزواج، بل تراه يسعى جاهداً إلى التغلب عليها وتجاوزها مما يحقق توافقه الزوجي، أما الزوج غير الناضج نجده يسلك سلوكيات غير مناسبة لمواجهة الأزمة، ولا يتحمل الإحباط ويتهرب من مواجهة الصعوبات والعوائق ويلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية مما يجعل حياته الزوجية غير مستقرة يكثر فيها الخلافات والشجار.

(كمال مرسي 1995، ص 195)

ويتم الحكم على التوافق أو سوء التوافق الزوجي من خلال ثلاثة زوايا:

زاوية الزوج : ويقصد به ما يقوم به من سلوكيات في تفاعله مع الزوجة وما يتحقق له من أهداف وما يتعرض له من صعوبات وخلافات وما يشبع له من حاجات .

زاوية الزوجة : ويقصد بها ما تقوم به من سلوكيات في تفاعلها مع زوجها، وما يتحقق لها من أهداف وما تتعرض له من صعوبات وخلافات وما يشبع لها من حاجات .

- زاوية الزواج : ويقصد به ما يتحقق من أهدافه للزوجين والأسرة ، في ضوء قيم المجتمع ومعاييره الدينية والقانونية .

(كمال مرسي 1995،ص 194)

وترى "سناء خولي"(1998) انه اذا لم يتفق الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة، واذا لم يشارك كلاهما الآخر في أعمال ونشاطات مشتركة ويتبادلا العواطف فهما زوجان يعانيان من سوء التوافق الزوجي .

(سناء الخولي، 1988، ص 75)

وترى الباحثة أن سوء التوافق الزوجي يعبر عن فشل الزوجين في تحقيق أهداف الزواج النفسية والاجتماعية والدينية، وعدم قدرة الزوجين على حل مشكلاتهما ومواجهتها ، وضعف التواصل العاطفي والفكري بينهما ، بالرغم من قيام العلاقة الزوجية بصورة شرعية الا أنه يكسوها التصدع.

2- النظريات المفسرة لاستمرار الزواج غير المتوافق :

بالرغم من عدم توافق الزوجين وظهور الخلافات الزوجية الهدامة، وتصدع العلاقة الزوجية إلا أن الرابطة الزوجية تظل قائمة أي لا يحدث الطلاق، حيث يجد الكثير من الأزواج أنفسهم مستمرين في الزواج بالرغم من التعاسة التي يعيشونها.

ومن هنا يطرح التساؤل لماذا يستمر الكثير من الأزواج والزوجات في العلاقة الزوجية بالرغم من الشكوى المستمرة من طرفي العلاقة أو احدهما ؟

يوجد نظريتان حاولتا الإجابة على هذا السؤال وتفسير استمرارية الزواج غير المتوافق وهما نظرية التحليل النفسي ونظرية التبادل.

2-1 نظرية التحليل النفسي :

يستخدم مصطلح " التوازن " في النظرية السيكودينامية للإشارة إلى استمرارية التوازن في النظام النفسي الداخلي، بينما يستخدمه المنظرون في مجال الأسرة كمصطلح يوضح استمرارية التوازن داخل الأسرة والتي تحافظ على توازن محدد قائم، وحينما يهدد كيان التوازن الأسري تقوم الأسرة في العادة بمحاولات منظمة لإعادة هذا التوازن، وعادة ما يشارك كل أفراد الأسرة في هذه العملية.

وتتضمن العلاقة الزوجية نوعا من التوازن، حيث تلعب نوع العلاقة بين الزوجين دورا مركبا في زيادة أو نقصان المشاكل والخلافات لدى كل منهما.

وقد يظهر هذا التوازن بين الزوجين في تقسيم السلطة واتخاذ القرارات، وأحيانا ما يتم تقسيم السلطة بشكل لا يرضي الزوجين ولا يصلان إلى أي طريقة مرضية للتوازن.

ومن الممكن أن يظهر هذا التوازن في جوانب أخرى، فنجد أحد الزوجين يمثل أنا أعلى للطرف الآخر أو يمثل صورة ذات منخفضة أو يكون كأنا مثالي له، وغير ذلك من العلاقات منها ما يلي:

2-1-1 شريك الحياة الذي يمثل صورة ذات منخفضة القيمة :

أثناء عملية النمو لا يكون كثير من الأفراد صورة ذات متزنة وإيجابية، فقد يكون الفرد صورة سلبية عن نفسه ويشعر بضيق من دفاعاته غير التوافقية، ويكون من الأسهل إسقاط غير المقبول في الذات على شخص آخر، وأثناء العلاقة الزوجية يمكن أن يكون << الشخص الآخر >> المناسب هو الزوج /الزوجة.

وعندما يسقط الزوج كل ما يكرهه في نفسه على زوجته يحصل على قدر كبير من الحماية والإشباع ، ويشعر أن عدم سعادته ترجع لشيء خارجي بدلا من شيء داخلي ، وبدلا من الإحساس بتقدير ذات منخفض يشعر بقوة وسلطة في احتقاره لزوجته، ويمكنه تجنب مواجهة مشكلاته العصابية بأن يطلق على زوجته أنها غبية ومملة وغير مثيرة جنسيا.

2-1-2 شريك الحياة كأنا مثالي:

حيث يميل كثير من الأفراد عند اختيارهم لشريك حياتهم، إلى إسقاط نرجسيتهم المفقودة على شريك الحياة المنتظر، فيسقطون كل القوة التي يريدون امتلاكها عليه، ويرون أن شريك حياتهم قادرا على تحقيق تخيلاته.

إلا أن أحداث الحياة الواقعية تؤثر على أمنيات الفرد الغير واقعية ، وكثيرا ما تفشل محاولات جعل الشريك أنا مثاليا لأسباب كثيرة .

(داليا مؤمن، 2004، ص ص 72 . 73)

2-1-3 شريك الحياة العاجز:

عندما يكون الزوج عاجزا بدرجة شديدة ، ويشعر أنه طفل ضعيف يريد إشباعا فوريا من والد ذي قوة مطلقة ، وإذا كانت الزوجة لا تريحه فورا من كل ألم ، سيثور ويستاء من عدم قدرتها على القيام بدور الأم الكاملة ، فزوجته التي لديها في العادة نقص في الثقة بالنفس وتقدير ذات منخفض عادة ما تستجيب لغضب زوجها بالاكنتاب واليأس.

(داليا مؤمن، 2004، ص 74)

ويمكن القول بان التوازن الذي يحاول الزوجان إقامته أثناء العلاقة الزوجية في الحالات السابقة توجد احتمالية كبيرة لتبادل الأدوار بينهما.

2-2 نظرية التبادل :

تقوم نظرية التبادل على مدى تبادل المكافآت والإثابات بين الزوجين باعتبارها المعززات للعلاقة الزوجية ،حيث يرتبط التوافق الزوجي بزيادة ما يحققه الزواج من إثابة وتعزيز لكل من الزوجين، وفي حالة ما انطوى الزواج على كثير من عوامل الخسارة فان العلاقة الزوجية قد تضطرب ويسودها سوء التوافق.

وبذلك فإن أصحاب نظرية التبادل قد حللوا طبيعة العلاقة الزوجية والاتزان الزوجي بمصطلحات المكاسب والخسائر في استمرار العلاقة الزوجية، وما يسببه من صعوبة في التغيير وهو ما يؤدي بدوره للانجذاب للبدائل.

إن قرار فك الرابطة الزوجية يتأثر بالعديد من الاعتبارات الاقتصادية والمعتقدات الدينية والقوانين المنظمة لفك الرابطة الزوجية وكذا الأصدقاء وأفراد العائلة والخوف من المجهول. وبالتالي نجد العديد من العوامل المسببة لاستمرار الزواج لدى نظرية التبادل رغم الشكوى المستمرة لاضطراب العلاقة الزوجية ومن بين هذه العوامل نذكر:

2-2-1 عامل دورة حياة الأسرة :

على مر دورة الحياة تتغير العلاقات والأدوار الزوجية، ومع تقدم العمر تقل الجاذبية الجسمية للإنسان وتقل إمكانياته الكامنة، مما يقلل من فرصة وجود بديل لهذه العلاقة الزوجية، ومن ناحية أخرى كلما زاد طول الفترة التي يقضيها الزوجان معا تراكمت الخبرة المشتركة بينهما، وقد تعتبر هذه الخبرة والألفة - على المدى الطويل - حاجزا يعوق الطلاق حتى إذا كانت هذه الخبرات سلبية.

2-2-2 عامل وجود الأطفال:

يلعب عامل وجود الأطفال بعدا هاما لاستمرار الزواج، تبعا لعدد عمرهم وجنسهم فالزوجان غير المتوافقان الممارسان لدور الأبوة والأمومة للأطفال، يجدون أنفسهم مستمرين في زواج غير متوافق ومحفظين بالرابطة الزوجية المضطربة في سبيل عدم خسارة أدوارهما - كاب وأم - وما تمثله هذه الأدوار من روابط عاطفية قوية اتجاه الأطفال.

(داليا مؤمن، 2004، ص 76)

2-2-3 العامل الاقتصادي الاجتماعي:

يلعب العامل الاقتصادي دورا لا يستهان به في استمرار العلاقة الزوجية حتى وإن كانت الروابط العاطفية بين الزوجين ضعيفة.

فبالنسبة للزوجة ذات الدخل المنخفض أو غير العاملة وتعليمها اقل من المتوسط نجد أن لديها

بدائل أقل للعلاقة الزوجية وذلك لسببين:

الأول: أن وسائل الدعم الاقتصادي محدودة.

الثاني: أن الحالة الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة تقلل الأمل في الزواج مرة أخرى .

(داليا مؤمن، 2004، ص 77)

وترى الباحثة أن للعامل الاقتصادي الاجتماعي بالنسبة للمرأة أثرا بالغا في استمرار العلاقة الزوجية غير المتوافقة في المجتمع الجزائري، فالمرأة الجزائرية غير العاملة تجد نفسها خاضعة ماديا لزوجها هذا الأخير الذي يتولى مهمة التدبير الاقتصادي للأسرة ، وتجد بالتالي نفسها مضطرة للاستمرار في الزواج لأنها لا تملك بديل اقتصادي، خاصة في ظل تدهور المستوى المعيشي لبعض الأسر الجزائرية وارتفاع القدرة الشرائية، والتي معها قد تجد المرأة المطلقة خاصة إذا كانت بأطفالها تدني في تلبية احتياجاتها ، ويجبرها الوضع بطريقة أو بأخرى البقاء في بيت الزوجية، كما لا ننسى النظرة القاسية للمجتمع الجزائري التي ينظر بها للمرأة المطلقة، والتي يعتبرها دائما الطرف المدان والمسبب لفشل العلاقة الزوجية.

أما بالنسبة للمرأة العاملة أو ذات الدخل العالي وذات المستوى التعليمي، فهي أوفر حضا من قريناتها من النساء غير العاملات وهي تتحكم الى حد ما في استمرار العلاقة الزوجية أو إنهائها، ولكن ما تجدر الإشارة إليه أن الزوج في هذه الحالة نجده أكثر حرصا على استمرار العلاقة الزوجية غير المتوافقة خاصة وان كان الإنفاق المادي مشترك بين الزوجين.

2-2-4 عامل القدرة على الضبط :

وان كان للعامل الاقتصادي الاجتماعي دورا بارزا لاستمرار العلاقة الزوجية المضطربة، فإن لعامل القدرة على الضبط دورا لا يمكن إغفاله في تفسير استمرار الزواج غير المتوافق. حيث نجد لدى بعض الأفراد قدرة أكبر على التحكم في السلوك وضبطه، أما الذين لديهم نقص في الإحساس بالضبط فيشعرون أنهم دخلوا مصيدة علاقة غير سعيدة، ولكنهم لا يستطيعون فعل أي شيء فيما يتعلق بذلك، فلا يستطيعون أخذ خطوات جادة نحو إنهاء العلاقة الزوجية والتعامل مع النتائج المترتبة عليها.

وبالمقابل فالأفراد الذين لديهم قدرة على الضبط يميلون أكثر من غيرهم لإنهاء العلاقة الزوجية المضطربة .

(داليا مؤمن، 2004، ص، 78)

3- عوامل سوء التوافق الزوجي:

قد تتعرض مؤسسة الزواج عند إنشائها وخلال مراحلها اللاحقة لمشكلات عدة، ولكن طبيعة العلاقة بين الزوجين {علاقة متينة، أو ضعيفة} هي التي تحدد كيفية مواجهة هذه المشكلات وتجاوزها وحمل مشروع الزواج إلى بر الأمان.

وفي دراسة عربية على عينة مكونة من 60 من المتزوجين المتوافقين وغير المتوافقين والمطلقين أعدادهم 38-10-12 على التوالي تزوجوا وطلقوا خلال الأربع سنوات الأولى من الزواج، تبين أن مشكلات التواصل تمثل 33% من جملة المشكلات الزوجية ومنها عدم التفاهم وانقطاع الحوار وعدم احترام آراء الطرف الآخر، وعدم التعبير عن مشاعر الحب، ويليها عدم القدرة على حل الخلافات 15% وخلافات حول تربية الأطفال وعدم التعاون، وعدم تحمل المسؤولية 15%، ثم مشكلات تدخل الأهل أو عدم احترام أهل الطرف الآخر 10%، ثم مشكلات مالية 8.5% تتمثل في بخل الزوج، ومشكلات أخرى متنوعة تتمثل في الخيانة والعناد والمشكلات الجنسية ونقص الاهتمامات المشتركة.

وتتفق هذه النتائج مع بعض الدراسات الأجنبية التي ترى أن وجود علاقة وثيقة كالزواج لا بد أن تتضمن درجة من الصراع، ومن أكثر الخلافات شيوعاً مشكلات في التواصل والتناظر الجنسي وفقدان الأهداف المشتركة.

(داليا مؤمن، 2004، ص ص 60، 61)

بالتالي توجد عوامل عديدة قد تؤدي إلى سوء التوافق الزوجي وتهدد العلاقة الزوجية.

وتقسم الباحثة هذه العوامل إلى عوامل سابقة لمرحلة الزواج وعوامل لاحقة لمرحلة الزواج.

(لاحظ المخطط رقم 01)



3-1 العوامل السابقة لمرحلة الزواج :

وهي العوامل التي تسبق دخول الزواج مرحلته الفعلية والتي تساهم في خلق سوء التوافق الزوجي واضطراب العلاقة الزوجية .

وسوف نتطرق لهذه العوامل الواحدة تلو الأخرى كما يلي:

3-1-1-1 خبرات الطفولة :

تؤثر خبرات الطفولة لكل من الزوجين على توافقهما الزوجي سلبا وإيجابا ، فالجو النفسي للأسرة الذي عاش فيه كل من الشريكين قبل الزواج يعتبر من العوامل المؤثرة في سوء التوافق الزوجي كما أن الطريقة التي عومل بها كلاهما في طفولته من والديه ، ومدى تعرضه للثواب والعقاب، والمعايير الاجتماعية التي أخضع سلوكه لها ، ومدى إشباع أو إحباط حاجاته الأساسية الأولية أو الحاجة للتنقل والانتماء، والحاجة للأمان النفسي وأيضا علاقة الوالدين ببعضهما وعلاقتهما بالآخرين ، تعتبر ضرورية لمعرفة توافق الزوجين أو عدم توافقهما.

(غزلان محمد الدعدي ، 2009، ص 41)

ترى مدرسة التحليل النفسي أن مشكلات الزوجية ظهرت نتيجة للاحباطات البيئية في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد.

فحينما ينشأ الطفل بين أبويه ويشاهد ويستشعر العلاقة التي تربطهما ببعض ومدى التفاهم أو التباعد بينهما، ورد فعل كل طرف ، وعلاقة كل منهما بأسرته الخاصة ودور هذه الأسر في تنمية علاقات جديدة، أو هدم العلاقات الموجودة ، وينعكس كل هذا على المفاهيم التي يكونها الطفل- شعوريا أو لا شعوريا - عن الزواج والأسرة وقد لا يفصح عنها الطفل. ولكنها تظهر في ردود أفعاله في المواقف الحياتية المختلفة، وتتضح عند اختياره لشريك حياته وعند قيام أسرته الفعلية.

فالأفراد الذين قضوا طفولة سعيدة في ظل أبوين يتسمان بعلاقة زوجية متينة وخالية بعض الشيء عن المشاكل التي تترك خطاها في ذهنية الطفل ، نراهم قد اجتازوا مرحلة المراهقة والرشد واختيار الشريك بوضوح وثبات ، وذلك لأن معالم الرؤيا الأسرة والعلاقة الزوجية واضحة وسليمة.

والبعض قد تنتقله التجربة التي مر بها في طفولته داخل أسرته من مشاهد لاضطراب العلاقة بين الأبوين، والشجارات المستمرة التي تؤثر سلبا على نفسية الطفل، ونراه يحاول أن يتجنب تكرار التجربة التي قد اجتازها وما صاحبها من آلام نفسية ، محاولا التأسيس لحياة زوجية ناجحة.

في المقابل نجد بعض الأفراد وكأنهم يريدون الانتقام من الآخرين والذين تشاء لهم الظروف الاقتران بهم.
(نادية أبو سكيينة ، منال خضر ، 2011 ، ص 75)

3-1-2 الخلفية الأسرية :

يرى محمد شحاتة ربيع (2005) بأن " سوء التوافق الزوجي ميراث اجتماعي يتواجد مع الأسر جيلا بعد جيل ، وذلك أن الفرد يتوافق في الزواج أكثر إذا كان والداه قد عاشا حياة زوجية موفقة ، لأن علاقات الحب والدفء العاطفي التي عاشها أثناء طفولته ومراهقته يميل إلى تكرارها والإستمساك بها مع شريكه في الحياة الزوجية .

ومن هنا نلمس الدور الكبير الذي تلعبه الأسرة من خلال الزوجين في ترسيخ قيم الزواج الناجح في ذهن الطفل، وهو ما أشرنا إليه في عنصر خبرات الطفولة كعامل مهم من عوامل سوء التوافق الزوجي.

3-1-3 التكوين النفسي المضطرب لشخصية الزوج أو الزوجة:

إن بعض الأزواج أو الزوجات بسبب تكوينهم النفسي المضطرب والذي هو نتيجة ما مروا به من خبرات في طفولتهم ومراهقتهم ، يؤثر سلبا على العلاقة الزوجية عند زواجهم، وسوف نذكر بعضا من اضطرابات الزوجة أو الزوج على سبيل المثال لا الحصر.

أ- الزوجة المسترجلة : إن هذا النوع من الزوجات يكون مشبعا بالرغبة في الجنس الآخر، فالزوجة من هذا النوع تحب أن يكون لها مركز الصدارة في الأسرة ، وهي غير قادرة على إيجاد علاقات عاطفية مع زوجها ، لأن الرجال جميعا بمن فيهم زوجها ، يمثلون بالنسبة لها شخصية الأب غير المرغوب فيه ، ذلك أن هذا النوع من الزوجات كن في الغالب بنات لآباء غير مكترئين بأطفالهم أو منازلهم أو بأسرهم، أو آباء من النوع المدمن على الخمر أو المقامر ، ومن ثم أصبحت فكرة هؤلاء البنات على أبائهن فكرة لا يشوبها الاحترام والتقدير، وبالتدريج أخذت الفكرة تعم الرجال جميعا حتى شملت الأزواج، وهذا بدوره يفسر اتجاهات الزوجة العدوانية نحو زوجها، ومحاولتها السيطرة عليه

والتقليل من شأنه وإخضاعه لإرادتها ، وهو الأمر الذي لا يقبله الزوج فيجد نفسه في صراعات وخلافات مع الزوجة .

ومن هنا فإن الزوجة المسترجلة بما فيها من صفات غير مألوفة بين النساء العاديات تصبح مصدر قلق للزوج ، وهو ما يؤدي إلى سوء التوافق الزوجي .
(احمد عبد اللطيف أبو سعد ، سامي محسن الختاتنة ، 2011 ، ص 154)

ب- الزوجة الهستيرية :

وهي نوع من الزوجات العصبيات ، إن الزوجة الهستيرية تكون دائمة الشكوى من سوء صحتها، ودائمة التردد على الأطباء تبحث عن علاج لآلامها الكثيرة الوهمية ، ودائمة الإلحاح في جذب أنظار الآخرين بشتى الطرق ، إما من خلال الحديث العالي أو اللبس المكشوف الخليع أو المشي المبندل، ودائمة التعرض لنوبات مفاجئة من الضعف والإغماء أو حتى ما يشابه نوبات الصرع ، هذه الآلام الجسمية الموهومة تلفت نظر الزوج وتستدر عطفه كأسلوب تعويض لا شعوري عن الحرمان من الحب الطفيلي، كما تحقق هذه الأعراض الجسمية الهروب من المسؤوليات المنزلية، وفي بعض الحالات الأخرى تلجأ الزوجة إلى هذا الأسلوب المرضي لانتقم بطريقة لاشعورية من زوجها الذي يهملها .

والزوجة الهستيرية شأنها شأن الزوجة المسترجلة تعتبر مصدر من مصادر القلق والاضطراب في الحياة الزوجية لدرجة تصبح فيها هذه الحياة جحيما لا يطاق ، وتظهر آثار ذلك في تبرم الزوج وهروبه من المنزل، أو دخول الزوج في خلافات مع الزوجة لانهاية لها وبذلك تتوتر العلاقة الزوجية ويسودها سوء التوافق .

(احمد عبد اللطيف أبو سعد ، سامي محسن الختاتنة ، 2011 ، ص 155، 154)

ج- الزوج الطفل:

إن سلوك الزوج من هذا النوع يشبه سلوك الأطفال فهو دائم الارتباط بأمه وأسرته ودائم الاعتماد عليهم في القيام بحاجاته ، وذلك من خلال تنشأته الأسرية منذ الطفولة .
وعند زواجه في مرحلة الرشد فانه يتطلب من زوجته أن تكون له وحده كما كانت أمه ، أي انه يتطلب أن يعتمد عليها اعتمادا كلياً في قضاء حاجاته، غير أن طبيعة الزوجة تختلف عن طبيعة الأم ، فالزواج تفاعل مشترك بين الزوجين ، وتحمل المسؤولية معا ولذلك فان الزوجة العادية قد ترفض

سلوكيات زوجها وسليبيته ، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة الزوجية وهو ما ينبئ حتما بسوء التوافق الزوجي.

(احمد عبد اللطيف أبو سعد ،سامي محسن الختاتنة ،2011 ، ص 155)

إلى جانب ذلك هناك الزوج أو الزوجة الو سواسية أو الفصامية وغيرها من الشخصيات المرضية التي يصعب التعايش معها وتكون عاملا رئيسيا في سوء التوافق الزوجي .
وبذلك نلاحظ أن إصابة احد الزوجين بمرض نفسي معين يؤثر سلبا على العلاقة الزوجية ، وان تعددت هذه الأمراض النفسية ما بين الهستيريا والوسواس القهري والاكتئاب وغيرها إلا أنها تنبئ بفشل الزواج وعدم استمراره.

وبالرغم من وجود احتمالية استمرار الزواج في حالة العلاج النفسي للزوج أو الزوجة إلا أن ذلك وللأسف قليل الحدوث ، كون المجتمع الجزائري وعاداته وتقاليده وخصائصه تلعب دور رئيسي في توجيه العلاقة الزوجية واستمرارها .حيث لا يزال المجتمع الجزائري لا يفرق ما بين المرض النفسي (حتى بأشكاله البسطة جدا)والمرض العقلي ويخط بينهما اشد الخط ، ويبالغ في نظرتة التشاؤمية له وصعوبة الشفاء او استحالته .

ومن تناقضات المجتمع الجزائري أنه يفرض على الزوجة الصبر مع زوجها والعناية به في حالة مرضه النفسي أو العقلي ، أما إذا كانت الزوجة هي المصابة فما على الزوج إلا أن يطلقها ويفك الرابطة الزوجية تماما ،لاعتقاده الراسخ بعدم أهليتها لتكون زوجة له.

وهو ما لمستته الباحثة في واقع مدينة بسكرة ، من خلال تردد الزوجات اللاتي يعانين أزواجهن من اضطرابات نفسية معينة ويحاولن جاهدات توفير العلاج النفسي لهم ،وللأسف هناك زوجات طلقن لأجل إصابتهن بأمراض نفسية لظروف معينة عايشتهن الزوجة - مثل اكتئاب ما بعد الولادة - ويأتي بهن عائلتهن مثل الأم قصد العلاج وذلك بعد الطلاق ويضل ينظر إليهن بأنهن أصابهن الجنون ، ولا يترك لهن فرصة الرجوع إلى أزواجهن .

3-1-1 العوامل الشخصية:

تتأثر العلاقة الزوجية بشخصية كل من الزوج والزوجة سواء في تدعيم التوافق الزوجي أو في خلق سوء التوافق الزوجي الذي يهدد العلاقة الزوجية، كما تتأثر بدرجة اختلافهما الانفعالي أمام المواقف والأحداث التي تمر عليهما، وبدرجة الإحساس بالقلق وعند القابلية للتكيف مع المتطلبات الجديدة للحياة الزوجية.

ونجد أن عدم النضج الانفعالي مثلا يرتبط ارتباطا وثيقا بسوء التوافق الزوجي ، ويتكون عدم النضج الانفعالي من مكونات مستقلة أهمها :

عدم القدرة على التعامل مع ضغوط الحياة وعدم القدرة على التعامل مع الغضب ، ونقص ضبط الذات، وانعدام المسؤولية ، والتمركز حول الذات .

(داليا مؤمن، 2004، ص 67)

ويمكن القول أن الخصائص الايجابية للشخصية تيسر تكوين وتطوير و استمرار علاقات شخصية واسعة والعكس صحيح، فقد توصل الباحثون إلى وجود خمسة أبعاد في الشخصية تتنبأ بالتوافق الزوجي من عدمه وهذه الأبعاد هي:

- السيطرة والانبساط في المقابل الخضوع والانطواء.
 - القبول الدفء والثقة في المقابل البرود والشك.
 - الضمير الحي، الثبات والتنظيم الجيد في مقابل أن الفرد لا يعتمد عليه وأنه غير منظم.
 - الاتزان الانفعالي - الأمن والهدوء في مقابل العصبية وتقلب المزاج.
 - الذكاء أو الانفتاح - وجود رؤية وفضول في مقابل عدم التأكد واللامبالاة .
- وبفحص دور كل من هذه الأبعاد في جلب الغضب والضيق لدى عينة من المتزوجين حديثا تبين أن الأبعاد الخمسة تؤثر في استدعاء الإحباط لدى الزوجين من خلال الضغط على الآخر - مثل معاملة الزوج على انه غبي أو ناقص - والتملك - المطالبة بوقت واهتمام كبير جدا - والإساءة - صفع الطرف الآخر- وعدم الإخلاص - إقامة علاقات جنسية خارج الزواج - والمزاج الاكتئابي - كثرة البكاء- والإفراط في شرب الخمر وعدم إظهار العواطف أو التصرف بخشونة والتمركز حول الذات .

(داليا مؤمن، نقلا عن buss، 2004، ص 67)

3-1-5 سوء اختيار القرين :

لقد اشرنا في الفصل الأول من الدراسة إلى الاختيار الزوجي ونظرياته ، وذكرنا بأن الاختيار للزواج يعد المرحلة الأولى للزواج بعد التفكير فيه وهو خطوة هامة لبناء دعائم الحياة الزوجية السليمة، وهو محل نجاح الزواج والتوافق فيه أو فشله وعدم التوافق فيه .

ويتمثل سوء اختيار القرين في التسرع، أو الوقوف تحت تأثير العاطفة أو على أساس الجاذبية الجنسية أو الجمالية.

إلى جانب سوء اختيار القرين فان " لطفي عبد العزيز الشربيني" يرى بان من العوامل الرئيسية لسوء التوافق الزوجي هي التوقعات التي يحملها الشباب والفتيات والصورة التي يرسمها كل منهم في ذهنه لما ستكون عليه الحياة الزوجية غير الواقعية أو تتسم بالمبالغة والخيال، وهنا تكون الصدمة حين تحدث المواجهة مع المسؤوليات والأعباء بدلا من الأحلام الوردية.
(www.almostshar.com)

3-2 العوامل اللاحقة لمرحلة الزواج :

وهي العوامل التي تبرز بعد قيام العلاقة الزوجية و الدخول فيها،وان تعددت هذه العوامل إلا انه يكفي توفر عامل أو أكثر لينبئ بسوء التوافق الزوجي، ومن بين هذه العوامل نذكر:
3-2-1 السن عند الزواج :

يرى العديد من الباحثين أن سوء التوافق الزوجي قد يرتبط بعامل السن عند الزواج وذلك من خلال الزواج المبكر أو المتأخر.
الزواج المبكر: حيث أن إقدام بعض الأفراد على الزواج المبكر في سن لا تؤهلهم لتحمل مسؤوليات الزواج وبناء أسرة لأنهم ليسو بالنضج الكافي للقيام بالدور الزوجي، وتشير " داليا مؤمن" (2004) أنه في الزواج المبكر توجد إمكانية الزواج للمرة الثانية لان الفرصة تكون أعلى من هم تحت سن 25 سنة.

الزواج المتأخر: في الزواج المتأخر تختلف توقعات الأدوار بين الزوجين لأول مرة في سن متقدمة، وهذه التوقعات أقل استعدادا للتغيير، ومن ثم يزيد احتمال عدم الاتزان الزوجي، وهو مصطلح يشير إلى الزواج الذي تكرر فيه حدوث الطلاق.

أما بالنسبة لفرصة الزواج للمرة الثانية تكون أقل بين أفراد هذه الفئة، ومن ناحية أخرى فان من يتزوج في سن متأخرة يكون قد اعتاد على حياة العزوبية، وعدم تحمل المسؤولية ويكون قد كون علاقات قوية بوالديه يهددها هذا الزواج، وبذلك يكون أقل إدراكا لخصوصية العلاقة الزوجية.
(داليا مؤمن، 2004، ص ص 63،62)

3-2-2 فارق السن بين الزوجين:

يرى "عبد الرحمان الوافي" 1996 أن التباعد الكبير في السن قد يشكل عائقا في توافق الزوجين، نظرا لاختلاف التجربة في الحياة، والتكوين ومستوى النضج وفي درجة تحمل مسؤولية بناء الأسرة.

(عبد الرحمان الوافي 1996، ص 55)

كما أن الفرق الكبير في السن بين الزوجين يؤثر سلبا على العلاقة الجنسية بينهما ، حيث يكون أحدهما في الشيخوخة والآخر مازال في مرحلة الرشد أو الشباب، وهو ما يؤدي إلى سوء التوافق الجنسي ، وهو ما يمتد إلى اضطراب العلاقة الزوجية بأكملها.

(عبد الحميد سيد منصور ، زكرياء احمد الشربيني ، 2000، ص 149)

وهناك عدة دراسات حاولت التعرف على تأثير فارق السن بين الزوجين على توافقهما الزوجي ومن بينها دراسة (هالة فرجاني 1990) والتي هدفت الى التعرف على مدى تأثير فارق السن بين الزوجين على توافقهما الزوجي ، ولقد تكونت عينة الدراسة من 40 زوجا و40 زوجة من الأزواج المرتبطين معا، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- مقابلة مقننة تتضمن أربع أبعاد من إعداد الباحثة .

- اختبار إسقاطي مع أربع صور من إعداد الباحثة .

ولقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن عامل فارق السن بين الزوجين سببا قويا في سوء التوافق بينهما، وخاصة كلما تقدم السن بالأزواج، وكلما كان فارق السن بين الزوجين كبيرا كان سوء التوافق أعمق.

(سهير حسين سليم جودة، 2009، ص 85)

3-2-3 الاختلاف البيئي والاجتماعي والديني للزوجين :

مما لا شك فيه أن كلا من الزوجين ينتمي إلى أسرة معينة ، وكل أسرة تختلف عن الأخرى بقدر من الاختلافات، مهما كانت ظروف كل منهما ومهما تقاربت مستوياتها وتدرجها الثقافي والاجتماعي ، حيث تعد الاختلافات الأسرية بين الزوجين من أهم أسباب حدوث عدم التوافق الزوجي بين الأزواج، وتمثل الاختلافات الثقافية بين الأزواج أحد أهم هذه الاختلافات عندما تتباين التقاليد والعادات والقيم لدى أسرة احدهما عن الآخر.

(وليد محمد الشمري، 2009، ص 40)

الى جانب ذلك فان اختلاف الطبقة والمجتمع للزوجين يؤثر على توافقهما، فقيم البيئة الحضرية تختلف عن البيئة الريفية، إذ أنه في البيئة الحضرية يستطيع الفتى أن يلتقي بالفتاة سواء في ميدان العمل أو غيره، ويتعرف عليها ويخرج معها في فترة الخطوبة، مما يتيح لكل طرف التعرف على اهتمامات

الأخر وميولاته ومحاولة رسم مستقبل الزواج ووضع أهدافه، أما في البيئة الريفية حيث يخطب الأهل زوجة المستقبل بناء على تقاليدهم وعاداتهم ولا يتاح للزوج فرصة التعرف على الزوجة.

(سنة الخولي 1983 ، ص 84)

أما في ما يخص العامل الديني فلقد أشارت دراسات إلى ارتباط التدين بالصحة النفسية للزوجين والتي بدورها تيسر تحقيق التوافق الزوجي حيث ترى "لو" << Lou,1995 >> أن التدين يعد سياقاً ملائماً لحل الصراعات الأسرية بصفة عامة والزوجية بصفة خاصة .

(الطاهر محمود ، 2004 ، ص 578)

والمجتمع العربي الإسلامي يجد كل من يعتنق الدين الإسلامي جملة من السور والآيات القرآنية التي أحاطت الزواج والعلاقة الزوجية بنوع من القدسية ، ووضعت شروطه وأحكامه وحقوق وواجبات كلا من الزوجين ، ولاشك أن اقتداء كلاهما بالقران الكريم والسنة النبوية في تسيير العلاقة الزوجية يؤدي إلى التوافق الزوجي.

3-2-4 سوء التوافق الجنسي :

لقد أشرنا في الفصل الأول من الدراسة إلى أهداف الزواج ، وذكرنا بأن الإمتاع الجنسي من أهم أهداف الزواج وهو ما يؤكد علماء النفس من خلال العلاقة الجنسية الناجحة* ما بين الزوجين ، والتي تؤثر إيجاباً على العلاقة الزوجية ككل .

ويقصد بالتوافق الجنسي استمتاع كلا الزوجين بإشباع حاجاته إلى الجنس مع الطرف الآخر، بعد اتفاقهما على أهداف ذلك الإشباع وإجراءاته ، وشعورها بالمودة والحب والرضا عن تلك العلاقة، كونه يمثل متعة نفسية طويلة الأمد وليس مجرد لذة جسدية عابرة تنتهي بانتهاء العلاقة الجنسية ، ومن أهدافه الصحية السكن النفسي لكلا الزوجين وإشباع حاجتي الأمومة والأبوة .

(كمال مرسي ، 1995 ، ص 118)

ويشير "سعيد محمد عثمان" (2009) أن التوافق الجنسي يعد الدعامة الأكثر أهمية لتأمين الزواج. (سعيد محمد عثمان، 2009، ص 33)

* للمزيد راجع كتاب ثيودورايك سيكولوجيا العلاقة الجنسية ص 21 وما يليها.
محمد جاد : الإسلام والعلاقات الجنسية بين الرجل والمرأة.

ويرى علماء النفس والجنس أن المصدر العضوي للدافع الجنسي يرتبط بوجود مادة كيميائية خاصة بالدم ، وتعرف هذه المادة بالهرمونات، ويقوم بإفراز الهرمونات نوع خاص من الغدد الصماء يسمى بالغدد التناسلية وتعرف هذه بالهرمونات الجنسية ، والتي تنقسم بدورها إلى نوعين هرمون الأنوثة وهرمون الذكورة، فهرمون الأنوثة أو << الأستروجين >> تقوم بإفرازه الغدة التناسلية الأنثوية ومقرها المبيضين، وهرمون الذكورة أو << الأندروجين >> تقوم بإفرازه الغدة التناسلية الذكرية وتوجد بالخصيتين، وعندما تصل نسبة "الأستروجين" بالدم إلى حد معين أو تزيد عنه تشعر الأنثى بنوع من التوتر وعدم الارتياح ، وذلك عندما تصل نسبة "الأندروجين" إلى حد معين أو تزيد عن هذا الحد يشعر الذكر بعدم الارتياح، وفي هذه الحالة يحتاج الكائن الحي من كلا النوعين إلى إشباع جنسي ليتخلص من هذا التوتر.

(مصطفى غالب، 1986، ص ص 10، 11)

والعلاقة الجنسية الناجحة والمثالية بين الزوجين هي القدرة على خفض التوتر وهو ما يعبر عنه بالتوافق الجنسي، والذي يلعب دورا جوهريا في تحقيق التوافق الزوجي .

وفي هذا الصدد يرى " ثيدورايك" في مؤلفه "سيكولوجيا العلاقة الجنسية" أن العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة ليست علاقة جنسية محضة بل هي تعبر عن الحنان وعن الشراكة الحميمة بين الزوجين.

(ثيودورايك ، 2005، ص 235)

أما عدم التوافق الجنسي بين الزوجين فيقصد به عدم إستمتاع كل من الزوجين أو أحدهما بالإشباع الجنسي مع الآخر، وشعوره بالإحباط والتوتر مما يفسد علاقتهما الزوجية ويؤثر على تفاعلها الزوجي بشكل عام تأثيرا سلبيا.

(كمال مرسي ، 1995 ، ص 124)

وهذا هو السبب الخفي - والأهم - لفشل كثير من العلاقات الزوجية ، ونادرا ما يتطوع الزوجان بالحديث عنه رغم أهميته ، وإنما يأتیان للعيادة الزوجية أو لمحاضر الصلح العائلي أو لمحكمة الأسرة بأسباب فرعية هامشية ، ولكن السبب الأصلي للشقاق يكون كامنا في العلاقة الخاصة بينهما، وقد وجدت بعض الدراسات أن هذا السبب يكمن وراء 70-90% من حالات الطلاق.

ومع هذا فهو سبب صامت لا يبيح به الكثيرون ، ومن هنا نستطيع أن نقول دون مبالغة أن نجاح الحياة الزوجية يبدأ من الفراش ، وأن فشلها يبدأ أيضا من الفراش .

وتعدد أسباب سوء التوافق الجنسي بين الزوجين ، حيث هناك العديد من الاضطرابات الجنسية التي تهدد العلاقة الجنسية بين الزوجين وبالتالي تؤثر سلبا على توفقهما الزوجي ككل . وترى منى الصواف وقتيبة الجبلي << (2006) بان هناك ثلاثة عوامل تساهم دائما في تكوين أي مشكلة من المشكلات الجنسية مهما كان نوعها وهي :

- المعلومات الخاطئة عن الجنس.
- الجهل بطبيعة الوظائف الجنسية.
- قلق الأداء والذي يصيب الرجل عادة من ان يفشل في الأداء الجنسي .

و تشير " منى الصواف وقتيبة الجبلي" (2006) الى انه في المجتمعات العربية نلاحظ أكثر أنواع الاضطرابات الجنسية انتشارا في العيادات النفسية يمكن ان تتوزع على ثلاثة انواع هي :

- أ- اضطراب انخفاض الرغبة الجنسية.
 - ب- اضطرابات الرعشة الجنسية .
 - ج- اضطرابات مرحلة الإثارة الجنسية .
- وسوف نشرح كل اضطراب على حدا كما يلي:
- أ- انخفاض الرغبة الجنسية :

وهو حالة تكون فيها المرأة فاقدة للحساسية الجنسية ، وعاجزة عن أداء دورها الطبيعي في عملية الجماع ، وحالتها هذه تشبه حالة عجز الرجل ، في كون الدم لا يملا أعضائها الجنسية ، وامتناع الأوعية الانتصابية عن التصلب ، وغدها لا تفرز ومدخل المهبل جافا ، غير أنها تختلف عن الرجل في أنها تستطيع المشاركة في العملية الجنسية ولكن بطريقة آلية خالية تماما من الفاعلية والايجابية.

(محمد عثمان الخنشب ، ب س ، ص 124)

تؤكد كلا من " منى الصواف ، وقتيبة الجبلي" (2006) بأن انخفاض الرغبة الجنسية يعد أكثر أنواع الاضطرابات الجنسية شيوعا بين النساء في المجتمعات العربية وهو قليل الانتشار بين الرجال ، وإذا ما حدث ذلك، فإنه يكون في الغالب نتيجة لمرض نفسي آخر مثل الاكتئاب ، ولكن عند المرأة يختلف الأمر ، وتوجد العديد من العوامل المشتركة في إحداث هذا الاضطراب ويصعب تمييز أي منها عن الآخر و منبين هذه العوامل ونذكر:

- خصوصية المجتمع العربي المحافظ الذي لا تبيح ثقافته اختلاط الذكور بالإناث ابتداء من فترة النضوج الجنسي الأول في فترة المراهقة .
 - أثر التربية الملتزمة بالعادات والتقاليد التي ترسخ في ذهنية الفتاة الصغيرة أن دورها في المستقبل كامرأة هي إنتاج الأطفال والقيام بالواجبات المنزلية فقط .
 - انتشار عادة ختن البنات في بعض البلاد العربية مثل مصر والسودان وغايتها الأساسية منها هي خفض الرغبة الجنسية عند المرأة .
 - غياب التربية الجنسية بالنسبة للفتاة، وتنشئة الفتاة على اعتقاد أن الجنس الحلال أمر قبيح ومستهجن وتستمر في ذلك الاعتقاد حتى بعد الزواج والإنجاب .
 - قد يكون ضعف الرغبة الجنسية ستارا للمرأة يخفي رفضها لزوجها ، فقد تكون غير قادرة على حبه لسبب ما حيث يكون الرجل فضا قاسي القلب سيء الطباع ،يؤذي زوجته نفسيا وجسديا ، ومن ثم يطلبها أن تستجيب له جنسيا وان تستمتع بذلك أيضا ، والمرأة في المجتمع العربي قليلة الخيارات فهي لا تستطيع ترك زوجها بالرغم من حياتها الزوجية السيئة معه فهي تحرص على كيان الأسرة وهي إن فكرت في هجر زوجها إلى بيت أهلها فإنها ستقابل بالرفض من جهتهم، كون الكثير من الآباء والأمهات في المجتمع العربي يستنكرون ترك المرأة بيت زوجها وفي نظرهم أن المرأة يجب أن تصبر على حياة الجحيم مع زوجها،وبذلك تجد المرأة نفسها تستعمل ضعف الرغبة الجنسية كستار للتهرب من العلاقة الجنسية المشروعة مع زوجها.
 - الخجل والحياء الذي قد يصيب أحد الزوجين أو كلاهما، وقد يحدث ذلك على وجه الخصوص عندما يكون كلا الزوجين على غير معرفة بالأخر وتكون ليلة الزفاف أول لقاء بينهما.
- (منى الصواف ، قتيبة الجلي ، 2006 ، ص ص 78 ، 79)
- وقد يكون انخفاض الرغبة الجنسية من قبل المرأة نتيجة شعورها بالإهمال من قبل زوجها أو انشغاله عنها ، أو بسبب الخوف من الحمل وإنجاب الأطفال.
- (عمر رضا كحالة ، 1979 ، ص 262)
- إلى جانب ذلك فهناك أسباب أخرى لانخفاض الرغبة الجنسية لدى المرأة حيث يؤكد الأطباء من (مايو كلينيك) في الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك أسباب عضوية وهرمونية تلعب دورا بارزا في انخفاض الرغبة الجنسية لدى المرأة.
- أما الأسباب العضوية حيث يقسمونها إلى:

- اضطرابات جنسية : كالألم أثناء الجماع ، وعدم القدرة على الوصول إلى مرحلة ذروة التهيج الجنسي.
- أمراض عضوية: مثل التهابات المفاصل، السرطان، مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم أمراض الجهاز العصبي ،العقم.
- آثار جانبية للأدوية : مثل أدوية معالجة الاكتئاب ،وأدوية معالجة الأرق ، أو ارتفاع ضغط الدم أو العلاج الكيميائي للأمراض السرطانية ، أو حتى أدوية معالجة نزلات البرد وحالات الحساسية.
- العمليات الجراحية السابقة : حيث تشير المصادر الطبية إلى أن المرأة التي خضعت في السابق لأي نوع من العمليات الجراحية في الثدي أو الأعضاء التناسلية ، سواء كانت عمليات علاجية أو تجميلية ، فهي عرضة للمعاناة من تدني الثقة في الجاذبية الجسم وبالتالي احتمال معاناة من تدني الرغبة الجنسية.
- الإجهاد والتعب البدني : والذي يعتبر من أهم أسباب حصول هذه المشكلة الجنسية ، وتتعدد الأسباب هنا فمنها ما يتعلق بفقر الدم أو سوء التغذية أو الخضوع لبرامج حمية صارمة لإنقاص الوزن أو غيرها، بالإضافة إلى أعباء رعاية الأسرة وتدبير شؤون المنزل والقيام بواجباته الزوجية والاجتماعية والأسرية.
- أما الأسباب الهرمونية فيقصد بها التغييرات التي تطال معدلات نسبة الهرمونات الأنثوية بالذات، حيث تضطرب نسبة الهرمونات الأنثوية قبل انقطاع الدورة الشهرية ، كذلك في مرحلة ما بعد بلوغ انقطاع الدورة الشهرية تلك .
- وكذلك هرمون << استروجين >> estrogen الأنثوي الذي يساعد على حفظ مستوى جيد من الصحة لأنسجة المهبل في الرغبة في ممارسة العملية الجنسية ، فهذا الهرمون الحيوي يتدنى مستواه قبل وبعد مرحلة بلوغ سن اليأس لدى المرأة ، وهو ما يؤدي بدوره إلى انخفاض الرغبة الجنسية لديها وإلى جفاف المهبل وضموره ، مما يؤدي إلى صعوبات في ممارسة العملية الجنسية بطريقة مريحة ومرغبة في تكرارها .
- إضافة إلى ذلك تحصل في مرحلة من مراحل الحمل والرضاعة تغييرات هرمونية قد تسبب انخفاض الرغبة الجنسية لدى المرأة .

(Online time .yoo7.com)

ب- اضطرابات الرعشة الجنسية :

ويقصد بها الاضطرابات التي تؤثر على إتمام العملية الجنسية الشرعية بصورة تسعد الطرفين، واضطراب الرعشة الجنسية لدى المرأة يشمل صعوبة أو انعدام القدرة على الوصول إلى هذه الرعشة الجنسية، التي تكون قمة اللذة وإيذانا بانتهاء العملية الجنسية، أما الرجل فإن القذف هو ما يقابل الرعشة عند المرأة، وكلمة الرعشة تشمل من الناحية العلمية القذف عند الرجل والرعشة عند المرأة وأسباب اضطراب الرعشة الجنسية لدى المرأة هي نفسها أسباب اضطراب انخفاض الرغبة الجنسية. (منى الصواف، قتيبة الجبلي، 2006، ص 79)

أما اضطراب القذف عند الرجل فيتمثل في سرعة القذف، وهو الذي يعبر عن عدم الكفاية الجنسية، حيث يحدث فيها القذف أو الإنزال قبل أوانه.

وينقسم القذف غير الطبيعي إلى ثلاث أنواع :

- القذف السريع : وهو حدوث القذف أو الإنزال بعد الدخول في المهبل في وقت أقل من المعتاد .
- القذف المبكر : وهو حدوث القذف بمجرد ملامسة العضو لفرج المرأة.
- القذف المبكر جدا : وهو الذي يحدث بمجرد تفكير الرجل في العملية الجنسية ، أو عند المداعبة والتقبيل.

(محمد عثمان الخشت، ب س، 120)

وسرعة القذف هو من أكثر المشاكل الجنسية شيوعا بين الرجال و هو من أعظم أسباب الشقاء في الحياة الزوجية. أما أسباب سرعة القذف عند الرجل فهي تنقسم إلى أسباب نفسية وأسباب عضوية،.

أما الأسباب النفسية فهي متعددة منها القلق والتوتر وعدم الثقة بالنفس والخوف من الفشل في العملية الجنسية . وهناك مؤشرات فسيولوجية تدل على ذلك ويمكن تحديدها في الآتي :

- إحساس بشد وتوتر في عضلات الرقبة والكتفين.

- إحساس بانقباض في المعدة وفقد الشهية .

- عرق، خاصة بالكفين.

كما أن للأفكار والهواجس التي تدور في ذهن الزوج أثناء العملية الجنسية دورا كبيرا في ظهور سرعة القذف ،كأن يسأل الزوج نفسه هل سيحدث انتصاب بسهولة أو هل سيبقى الانتصاب مستقرا فترة كافية ؟ هل ستعجبها مقدرتي ؟ أو هل سيحدث تأخر في القذف أو سيحدث قذف سريع ؟

وهذه الأفكار فهي تعبر عن التوتر والقلق الذي يعانيه الزوج .

(محمد عثمان الخشت ، ب س ، ص ص 116،115)

أما الأسباب العضوية لسرعة القذف فهي كثيرة، فقد تكون ناشئة عن ازدياد حساسية الجهاز الجنسي ، والاختلاف في إفرازات الغدد الصماء، والتهاب أو احتقان البروستاتا أو الحويصلات المنوية أو مجرى البول الخلفي، وكذلك وجود أورام التهابية في مجرى البول الخلفي والتقرحات في هذه الأماكن.

(محمد عثمان الخشت ، ب س ، ص ص 120، 121)

وعلاج حالات القذف السريع يتخلص في وصف صادات ألفا من نوع Dihydroe vgotamine وهذه العقاقير تعطي نتائج علاجية باهرة إذ تؤثر على الجهاز العصبي الودي المتحكم بالقذف وذلك خلال بضعة أسابيع .

ومن الضروري أن يترافق هذا العلاج الدوائي ببحث تفصيلي في طريقة التعايش الزوجي والمشاكل التي يعيشها الزوجان - مثل الغيرة الخيانة ، مشاعر الندم ، برودة جنسية... الخ.

كما لا بد لنا من الإشارة إلى أن العلاج بصادات ألفا لا ينجح إلا في 65% من الحالات وهذا يعني انه لا يؤثر في حوالي ثلث المرضى المعالجين به ، وفي مثل هذه الحالات لا بد للمعالج من مقابلة الزوجين والإطلاع منهما على الشوائب التي تشوب حياتهما الجنسية ، إذ أن هذه الحالات غالبا ما تكون تجسيدا - تظاهر جسدي - لبعض حالات القلق ، الانهيار ، الوسواس... الخ .

(مجلة الثقافة النفسية ، 1991 ، ص 79)

ج- اضطرابات مرحلة الإثارة :

تعتبر مرحلة الإثارة الجنسية أولى المراحل في العملية الجنسية الشرعية وتشمل اضطراباتها اضطرابات الانتصاب عند الرجل واضطرابات عملية الترتيب التي تؤدي إلى جفاف المهبل لدى المرأة، هذه الأخيرة قليلة الحدوث وقد يكون سببها في المجتمعات العربية عدم معرفة الرجل بأهمية المداعبة وتهيئة الزوجة نفسيا وعاطفيا قبل العملية الجنسية، أما اضطرابات الانتصاب عند الرجل فهي واسعة الانتشار.

(منى الصواف قتيبة الجلبي ، 2006 ، ص ص 81،80)

وبذلك فإن سوء التوافق الجنسي وإن تعددت مظاهره من انخفاض الرغبة الجنسية، واضطرابات الرعشة الجنسية واضطرابات مرحلة الإثارة، وغيره من المظاهر فإنه يعد - أي سوء التوافق الجنسي - من أبرز عوامل سوء التوافق الزوجي.

3-2-5 صراع الأدوار:

يرى "كمال مرسي" (1995) أن الكثير من المتزوجين الشباب يقعون في الصراع داخل الدور أو بين الأدوار، بسبب عدم كفاءة كل من الزوجين أو أحدهما في القيام بواجبات دوره، وتوقعاته الخاطئة من الزوج الآخر، وعدم فهمه واجباته وحقوقه، أو حصوله على معلومات خاطئة أو غامضة عن هذه الواجبات والحقوق، فيختل تفاعله مع الزوج الآخر، ويكثر الشقاق والصراع بينهما.

وينشأ غموض توقعات الدور المطلوب من الزوج (أو الزوجة) عن عدم فهمه واجباته وحقوقه، أو حصوله على معلومات مشوشة عن هذه الواجبات أو عدم كفاءته في القيام بها، مما يجعله متردداً، غير واثق مما يقوم به: هل هو المتوقع منه أم لا، أو عندما تتعارض توقعات الدور عنده ويقع فيما يسميه <<جروس Gross>> <<الصراع داخل الدور>>.

أو عندما تكثر التوقعات من أحد الزوجين - أو من كليهما بسبب تعدد الأدوار التي يقوم بها، وكثرة الواجبات المطلوبة منه وتعارضها، فيحدث ما يسميه <<جروس Gross>> <<الصراع بين الأدوار>> حيث يشعر الزوج أو الزوجة بالعجز عن التنسيق بين هذه الأدوار ولا يقدر على تحقيق المتوقع منه في كل منها.

(كمال مرسي، 1995، ص 143)

3-2-6 الغياب الاضطرابي لأحد الزوجين :

يشكل الغياب الاضطرابي لأحد الزوجين خطراً جسيماً يؤدي إلى اضطراب العلاقة الزوجية وسوء التوافق الزوجي، كما أنه يؤثر في تشكيل الأسرة ويعرضها للتفكك والتصدع، وقد يكون هذا الغياب لأحد الزوجين لأحد الأسباب التالية :

- سفر الزوج للعمل في بلاد أخرى أو منطقة أخرى غير مقر إقامته المعتاد، ورفض بعض الزوجات التعاملات مصاحبة أزواجهن إلى مقر إقامته الجديد.
- سجن أحد الزوجين .

ولاشك ان غياب احد الزوجين عن الآخر لمدة طويلة قد تولد بعض الاضطرابات والمشاكل منها :

- اضطراب المعاشرة الزوجية السوية ، فقد يتجه الزوج أو الزوجة إلى إشباع الغريزة الجنسية بطريقة غير مشروعة .
 - فقد يقدم الزوج على حماقة لا يدرك أثارها في المدى الطويل، بأن يتزوج من زوجة أخرى تعيش معه في مقره الجديد ، أو قد تطلب الزوجة الطلاق خاصة إذا طالت مدة السجن.
- (احمد أبو سعد ،سامي الختاتنة ، 2011 ، ص 173)

3-2-7 حالات العقم :

يشكل العقم أحد أكثر العوامل المساهمة في حدوث سوء التوافق الزوجي، حيث يهتم كل طرف الآخر بأنه هو السبب، وتلجأ النساء عادة إلى الأطباء والمعالجين وحتى الدجالين والمشعوذين، ويعد العقم من أكبر مهددات الحياة الزوجية بالانفصال أو على الأقل بتعدد الزواج ، ولا تقتصر المشكلة على جوانبها الفسيولوجية بل تشمل جوانب نفسية مثل شعور الطرف العاقر بالإحباط والحرمان والتوتر .

وقد يكون العقم النفسي المنشأ أي عقمًا وظيفيًا والذي يحتاج إلى علاج نفسي.

(احمد أبو اسعد ، سامي الختاتنة ، 2011،ص ص 171، 172)

إلى جانب هذا فإن إنجاب الزوجة للإناث فقط ،قد يلعب دورا في سوء التوافق الزوجي ، من خلال رغبة الزوج الملحة بإنجاب الذكور والتهديد بالزواج من أخرى أو فك الرابطة الزوجية ، فتشعر الزوجة بالتهديد والقلق والخوف مما يؤثر سلبا على علاقتها الزوجية بالزوج .

3-2-8 خروج المرأة للعمل : - عمل المرأة -

تشير "سلوى عثمان الصديقي" (2001) إلى أن خروج المرأة إلى العمل قد فرض ظروفًا جديدة على الأسرة ككل ، ومشكلات للأولاد والزوج والزوجة نفسها ، وإعطائها فرصة المشاركة في العمل على نطاق واسع مستقلة بذلك عن زوجها ، حيث أصبح هدفها من العمل إرضاء رغبتها في إثبات وجودها وتدعيم مركزها .

ولكن بالمقابل ترى " شكوة نوابي نزاد" (2001)، بأن دعم الزوج للمرأة هو مفتاح نجاحها في التوفيق بين دوريهما المختلفين في العمل خارج البيت وداخله ، كون لمدى تعاون الزوج مع الزوجة في أداء المهام المنزلية تأثير مباشر على نجاح العلاقة الزوجية ، وتتضمن مؤازرة الزوج و نظرتة الايجابية الى عمل الزوجة وتأثير دخلها ومساهمته في إدارة شؤون المنزل وانجاز الأعمال المتطلبة فيه.

(شكوة نوابي نزد ، 2001 ، ص 103)

ولقد أكدت العديد من الدراسات على تأثير خروج المرأة للعمل وتوافقها الزوجي ، منها دراسة Sairs , Galamboz (1992) ، وهدفت هذه الدراسة إلى تصور نموذج بنائي لشروط عمل المرأة من جهة ، والضغط التي تتعرض لها المرأة العاملة من جهة أخرى ، وتأثير ذلك على التوافق الزوجي ، باستخدام طريقة التحليل العملي ، ولقد تكونت العينة من (86) رجلا وامرأة من الأزواج العاملة ، ولقد أظهرت النتائج أن ضغط العمل وشروطه يؤثر سلبيا على الإدراك الحسي والتوافق الزوجي لدى الزوجات دون الأزواج .

(سهير حسين سليم جودة ، 2009 ، ص 84)

ويرى "محمد الدقس" (2007) أن هناك عدة عوامل تؤثر في عمل المرأة ايجابا أو سلبا،ويمكن تقسيمها الى عوامل اجتماعية و عوامل اقتصادية على النحو التالي:

أ- العوامل الاجتماعية: من أهمها:

- التعليم والتأهيل: حيث لاشك بأن قاعدة التعليم اتسعت في الآونة الأخيرة لدى المجتمعات العربية، وبخاصة لدى الإناث مما أفسح المجال أمامهن للعمل خارج المنزل.
- ارتفاع معدل سن الزواج للإناث : وكننتيجة لتعلم المرأة ارتفع سن زواجها، فمعظم الإناث يتزوجن بعد الانتهاء من الدراسة الجامعية، مما يؤدي إلى رفع سن الزواج ويخفض معدل الخصوبة، ومن شأن هذا كله أن يسهم في توجه المرأة نحو العمل خارج البيت.
- تشريعات وقوانين العمل: حيث لاشك في أن تشريعات وقوانين العمل من شأنها أن تؤثر في عمل المرأة، ففي معظم الأقطار العربية هناك تشريعات وقوانين تتعلق بعمل المرأة، مثل منح إجازة الأمومة، والضمان الاجتماعي، و التقاعد، وتوفر فرص التعليم التأهيل والتدريب، ومراكز محو الأمية وغير ذلك،إن مجمل تلك القوانين والتشريعات المعمول بها في معظم الأقطار العربية - بما فيها الجزائر- من شأنها أن تزيد من فرص عمل المرأة.

ب- العوامل الاقتصادية: من أهمها:

- طبيعة البناء الاقتصادي للمجتمع: حيث شهد الاقتصاد العربي في الآونة الأخيرة تقدما ملحوظا، مما أحدث تغيرا في التوزيع السكاني، وزيادة ملحوظة في نسبة مشاركة المرأة في القوى العاملة نتيجة للتغيرات البنوية في اقتصاديات البلدان العربية، فقد كان للنمو الاقتصادي تأثير واضح في توزيع السكان داخل هذه البلدان،وأصبحت الحياة الحضرية مع ما تتطوي عليه من تغيرات في

التنظيمات الاجتماعية مظهرا بارزا للمجتمع العربي، وقد تزايدت الحاجة الماسة إلى زيادة دخل الأسرة لتزايد النفقات الاستهلاكية، وهي أعلى بكثير مما كانت عليه في المناطق الريفية التي كانت مكتفية ذاتيا.

- الضرورة الاقتصادية: وذلك نظرا لتزايد احتياجات المرأة نتيجة للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، مما يضطرها للعمل كي تسهم في تلبية متطلبات الأسرة و تخفيف الأعباء على الزوج.

([http : //www.amanjordan.org/aman_studies/wmview.php ?ArtiD=1222](http://www.amanjordan.org/aman_studies/wmview.php?ArtiD=1222))

3-2-9 تدخل الأهل والأصدقاء في الحياة الزوجية :

تتكون الوحدة الزوجية بداهة من الزوج والزوجة، ولكن هذا التكوين لا يعطي المعنى الصحيح للوحدة الزوجية في المجتمعات العربية، لأن هناك طرفا ثالثا يفرض نفسه في العلاقة الزوجية وهو عائلتا الزوجين، حيث لا تزال المجتمعات العربية بحكم الأعراف و التقاليد الاجتماعية تعطي للعائلة الممتدة صلاحيات كبيرة في القرارات المهمة التي تخص الزوجين.

(منى الصواف، قتيبة الجلي، 2006 ص ص 49،50)

وتلمس الباحثة تدخل أهل الزوجين في العلاقة الزوجية في العديد من الجوانب، والتي تبدأ منذ التفكير في الزواج واختيار القرين، لتمتد بعد الزواج من خلال التدخل في خصوصية العلاقة الزوجية والتي قد تصل إلى حد التدخل في تحديد عملية الإنجاب، وكيفية تربية الأطفال، وقد يصل هذا التدخل كذلك إلى تقرير إنهاء العلاقة الزوجية أو الاستمرار فيها.

وللأصدقاء والمقربين كذلك دور سلبي للتدخل في خصوصية العلاقة الزوجية، و هو ما نستشفه من الدروس التي تلقن للزوجين قبل الزواج، في كيفية التعامل مع الطرف الآخر و بسط نفوذه عليه، وكأن الزوجين مقدمان على حرب ليحدد الطرف المسيطر والطرف الخاضع فيها، لا على علاقة زوجية أساسها المودة والرحمة والاحترام المتبادل.

وبذلك تتلاشى شخصية كلا الزوجين في تحديد مصير حياتهما الزوجية، مما يؤثر سلبا على العلاقة الزوجية ويضعفها و يجعلها هشة أمام التدخلات الخارجية.

3-2-10 العامل الاقتصادي والمادي :

ترى "نادية أو سكيينة ومنال لخضر" (2011) أن التغييرات التكنولوجية التي تمر بها المجتمعات والتي أثرت على الأنظمة الاقتصادية، قد صاحبها تغيير كبير في أنماط السلوك نتيجة لسيطرة وانتشار

مفاهيم جديدة مثل الحرية والفردية والمنفعة الشخصية ، وانهيار القيم الدينية أمام المادية وانهارت كذلك تلك القدسية التي كانت تحيط بطبيعة الزواج واصطبغ بصبغة مادية ترتكز على السعادة الزوجية ، وكثيرا ما ينشأ الصراع بين الزوجين بسبب قصور الموارد الاقتصادية عن سد احتياجات الأسرة ، وتختلف هذه الاحتياجات من مجتمع إلى آخر ومن طبقة إلى أخرى فيما يعد احتياجات ضرورية لفئة من الناس قد يكون مظهرا من مظاهر الرفاهية في فئة أخرى.

وقد يكون توافر الموارد الاقتصادية والثراء مصدرا للخلافات بين الزوجين وخاصة إذا أسئ استغلالها كما أن اختلاف الزوجين في طرق الإنفاق وإسراف أحدهما أو تقنيره يزيد من حدة الخلافات، وفي المجتمعات التقليدية نجد أن الدخل الإضافي للزوجة العاملة قد يعد من أسباب النزاع بين الزوجين وذلك من خلال :

- رغبة الزوج في الاستحواذ على دخل الزوجة ورفضها ذلك.
- امتناع الزوجة عن المشاركة في الإنفاق على احتياجات الأسرة .
- إنفاق الزوج كل دخل الزوجة على التزامات الأسرة بنفسه دون مشاركة الزوجة.

(نادية أبو سكينه، منال لخضر، 2011 ، ص، 169)

3-2-11 الخلل في أسلوب التعامل ما بين الزوجين :

لقد وضع الإسلام الأسلوب الأمثل في التعامل بين الزوجين وهو أسلوب المودة والرحمة الذي يؤمن حياة زوجية سعيدة ومستقرة ومتوافقة .

إلا أنه قد يسلك الأزواج بعض الأساليب الخاطئة في التعامل، هذه الأساليب وإن تعددت أنواعها إلا أنها تعكس الاختلال في العلاقة الزوجية ومن بين الأساليب الخاطئة في التعامل نذكر :

أ- أسلوب التسلط والقسوة :

في هذا الأسلوب لا مكان للحوار والتواصل فغالبا ما يكون التعامل بين الزوجين في شكل إصدار أوامر للزوجة ، حيث يحاول الزوج إيصال فكرته إلى زوجته بأنه هو المسيطر، وما عليها

سوى الانصياع لأوامره دون نقاشها حتى في أبسط أمور الأسرة، وفي حالات معينة قد تتوصل بالزوج إلى حد استعمال العنف بشتى أشكاله مع الزوجة في حالة عدم الانصياع له .

ولأن الزوجة هي الأضعف ، فلها هي كذلك أسلوبها في إبداء سيطرتها في الحياة الزوجية ، أو أسلوب ردها على زوجها إذا شعرت انه لا يستجيب لرغباتها فهنا تعمد إلى سلوك السلبي مثل عدم تلبية طلباته والتباطؤ في الاستجابة والامتناع عن المعاشرة الجنسية أو عدم التجاوب معه .

وفي حالات أخرى توجد الزوجة العنيفة المسيطرة على الزوج التي تستعمل عدة أساليب قد تصل إلى حد الاستعمال العنف معه بكل ما تصل إليه يدها من أدوات منزلية.

(www.annafsia.com/cp1.htm)

وفي دراسة غربية عن العلاقة بين طبيعة السلطة في الحياة الزوجية وكل من التوافق الزوجي والإستجابة للعلاج الزوجي السلوكي، تم تقسيم عينة الدراسة تبعاً لتقسيم نمط السلطة : مساواة أو سيطرة الزوج أو سيطرة الزوجة ، أو الفوضى ، وقد تبين أن العلاقة الزوجية التي تتسم بالمساواة يكون فيها أفضل مستوى للتوافق الزوجي، وحينما تتسم العلاقة الفوضوية يسوء التوافق الزوجي، وقد استمرت هذه النتيجة حتى بعد العلاج ، بينما أظهرت الأسر التي تسيطر عليها الزوجة أفضل تحسن وزيادة في كل من الرضي الزوجي وتحسن في التواصل بعد العلاج .

(داليا مؤمن، 2004، ص 36)

ب- أسلوب النبذ والإهمال :

بعض الأزواج يلجئون إلى طريقة أخرى سلبية ولكنها جد قاسية لعقاب الطرف الآخر وحمله على الانصياع له وعدم مخالفته ، وهنا قد يظهر أسلوب المعاملة بالمثل لكل الطرفين وهو ما يؤدي إلى تضخم الأمور واضطراب العلاقة الزوجية ككل.

ج- أسلوب التدليل والحماية الزائدة :

في هذا الأسلوب يكون أحد الزوجين لا يبالي بالسلوكيات الغير اللائقة والمشينة التي يقوم بها الطرف الآخر، ويتقبل أي تبريرات يقدمها نتيجة الحب الزائد والتدليل في المعاملة، مما يشجع على عدم الاستقامة وعدم القيام بالواجبات والأدوار الزوجية.

د- أسلوب الاعتماد والخضوع التام :

هناك بعض الأزواج أو الزوجات الذين لديهم سمات << الشخصية الاعتمادية >>، يتكون عن طوعية مسؤولياتهم للطرف الآخر ليقرر وينفذ ما يريد أو يوجهه كيفما شاء بدون إبداء إي تذمر، وهنا يجد الطرف المعتمد عليه أو المخضوع له قد يبدأ في التذمر شيئاً فشيئاً من سلبية الشريك وهو الأمر الذي ينبأ باضطراب العلاقة الزوجية .

(www.annafsia.com/cp1.htm)

3-2-12 اضطراب التواصل بين الزوجين :

عرف " كمال مرسي" (1995) التواصل الزوجي بأنه << لغة التفاهم بين الزوجين، والتي تنقل أفكار كل منهما ومشاعره ورغباته واتجاهاته إلى الزوج الآخر، وتحمل معاني صريحة وغير صريحة تحدد شكل التفاعل وتوجهه الوجهة الايجابية، إذا كانت أساليب التواصل جيدة وهو ما يؤدي إلى التفاهم، والوجهة السلبية إذا كانت أساليب التواصل مشوشة، مما يؤدي إلى سوء التفاهم وقد يؤدي الى الطلاق >>

(كمال مرسي، 1995، ص 110)

وتوجد أربع أساليب للتواصل الزوجي والتي تتفق جميعاً في ترسيخ العلاقة الزوجية ، ويمكن إيجاز هذه الأنواع كالتالي :

أ- أساليب التواصل اللفظية : والتي يقصد بها لغة التفاهم بين الزوجين، التي تنقل الأفكار ورغبات كل منها إلى الطرف الآخر، سواء بالكلمات المنطوقة أم الهمس، وهذه اللغة تحمل معاني صريحة وغير كاملة.

ب- أساليب التواصل العقلية: وتتضمن تبادل الأفكار والآراء ووجهات النظر والمناقشة الموضوعية حول أمور الأسرة، والتخطيط للمستقبل وغيرها من الأمور المتعلقة بالزوجين .

ج- أساليب التواصل الوجداني : ويقصد به حديث الحب والغزل والمداعبة، وإفصاح كل من الزوجين للزوج الآخر عن إعجابه واستحسانه له وشوقه إليه ، فبدون هذا النوع من التواصل تبرد العلاقة الزوجية.

كما يتضمن التواصل الوجداني قدراً من العاطفة والفهم يوفرها شريك الحياة تجاه الآخر، سواء كان ذلك بشكل لفظي أم غير لفظي، بما في ذلك الإحساس بالمشاعر والرعاية من جانب شريك الحياة.

ولا يقتصر التواصل الوجداني على الكلام فقط، بل يشمل تعبيرات الوجه وحركات الجسم والتقاء العيون والمداعبة التي توجهه الوجهة الايجابية.

د- أساليب التواصل بالأنشطة المشتركة : والذي يعبر عن الوقت الذي يقضيه الزوجان معا، سواء داخل المنزل أو خارجه، في انجاز أي عمل أو أنشطة محببة لكلا من الزوجين أو أحدهما، كالرحلات والزيارات، ومن الأنشطة المشتركة بين الزوجين الاشتراك في أداء الأعمال المنزلية، فإسهامات الزوج مع زوجته في أداء الأعمال المنزلية من عوامل تنمية الصحة النفسية وتخفيف صراع الأدوار لدى المرأة، وهي وسيلة فعالة للتعبير عن حبه واحترامه لزوجته مما يساعد على تحقيق التوافق الزوجي .

(نادية سكيبة ، منال لخضر ، 2011 ، ص ص 166 ، 167)

واختلال أي أسلوب من هذه الأساليب للتواصل في الحياة الزوجية قد يساهم في اضطراب العلاقة الزوجية وظهور الخلافات والشجارات بين الزوجين والتي قد تتطور إلى حد استعمال العنف مهما تعددت أنواعه معنوي جسدي لفظي من أحد الزوجين أو كلاهما .

وهناك دراسات أجنبية أكدت وجود علاقة بين اضطراب التواصل بين الزوجين وظهور العنف البدني ومن بين هذه الدراسات دراسة "كاستلتون" **Castleton**، (1995) التي هدفت الى التعرف على العلاقة بين أنماط التواصل بين الزوجين، ومدى حدوث العنف البدني ومستوى التوافق الزوجي. كما حاولت الدراسة التعرف على العلاقة بين تاريخ التوافق الزوجي والمتغيرات الديموجرافية ، والعدوان البدني والاتجاه نحو العلاقات الاجتماعية والعاطفة بين أنماط التواصل بين الزوجين الذين يمارسون العنف البدني الذين لا يمارسون عنفا بدنيا زوجيا.

وتكونت عينة الدراسة من 32 زوجا(رجلا وامرأة) والذين تم قياس متغيرات الدراسة لديهم وتم تسجيل بعض المناقشات معهم على شرائط كاسيت.

ووجدت الدراسة أن حجم التواصل والتبادل في الحديث يرتبط ارتباطا موجبا بالتوافق الزوجي وارتباطا سالبا بالعدوان البدني، بينما ارتبط الجمود في المحادثات سلبيا بالتوافق الزوجي .

(رشاد علي عبد العزيز موسى ، 2008 ، ص ص 39،40)

3-2-13 تدني مشاعر الحب بين الزوجين :

يرى " حسام محمود " أن الحب المتبادل ما بين الزوجين عاملا مهما لحدوث التوافق الزوجي، فهو مطلب حيوي لنمو الشخصية السوية، حيث توجد في الزواج مشاعر تصاحب العلاقة بين الزوجين، حيث يشارك كلاهما الآخر القدرة على تحقيق الحاجات الشخصية وتلبية حاجات الطرف الآخر، لذلك فهو من العوامل المهمة لتحقيق العلاقة الزوجية الايجابية، من حيث أنه يكمل كل طرف الآخر ويمنحه السعادة، فحب الزوجين بعضهما يجعلهما على قدر من الرضا على تصرفاتهما ويلتمس لبعضهما الأعداء وهو ما ينمي العلاقة الزوجية الناجحة .

(<http://barfree.net/alhisn/showthread.php.?t=99197.page=1>)

وبذلك فإن تدني مشاعر الحب بين الزوجين يعد مؤشرا لسوء التوافق الزوجي .

3-2-14. كثرة الخلافات الزوجية :

يقصد بالخلافات الزوجية تباين أفكار ومشاعر واتجاهات الزوجين حول أمر من الأمور، ينتج عنه ردود أفعال غير مرغوب فيها تُظهر الخلاف وتوضحه ثم تُحوّله إلى نفور وشقاق وزيادة في ردود الأفعال غير المرغوب فيها، فيسوء التوافق الزوجي وتضعف العلاقة الزوجية. وتنقسم الخلافات الزوجية بحسب تأثيرها على التوافق الزوجي إلى نوعين خلافات بناءة وخلافات هدامة، ولا توجد خلافات بناءة أو هدامة بطبيعتها ، فقد تكون الخلافات بسيطة وهدامة وقد تكون كبيرة وبناءة ، وذلك بحسب نظرة الزوجين إليها وتفسيرهما لها ، فالزوجان هما اللذان يجعلان خلافتها الزوجية بناءة أو هدامة .

أ- الخلافات البناءة :

وهي خلافات ذات دور ايجابي في تقوية الروابط الزوجية، حيث لا تؤدي إلى الخصام والنفور، بل تقوم على أساس النقاش والحوار وتبادل الأفكار والرأي، حيث تكسب مثل هذه الخلافات الزوجين الخبرات والقدرات على مواجهة المشكلات التي يتعرض لها .

(أحمد أبو أسعد ، سامي الختاتنة ، 2011، ص ص 156،157)

ويرى "عبد الرحمان عيسوي" (1993) ان الخلافات البناءة مرحلة للتكيف لكلا من الزوجين وهي جزء من التوافق الزوجي وتساهم في تحقيق وحدة الأسرة ككل.

(عبد الرحمان عيسوي ، 1993 ، ص ص،64،63)

ب- الخلافات الهدامة : وهي خلافات تؤثر سلبا على العلاقة الزوجية وتعد مؤشر قوي لسوء التوافق الزوجي، حيث تؤدي هذه الخلافات إلى الخصام والصراع والعداوة والانتقام، فهي خلافات ليس فيها تفاوض ولا تفاهم ولا حلول وسط، حيث نجد أن كلا من الزوجين أو أحدهما متعصب لرأيه ولا يقبل مبدأ الحوار والمناقشة.

ومن أهم علامات هذا النوع من الخلافات:

- ظهور العداوة في مواقف الخلافات، حيث يهاجم كل من الزوجين الآخر ويحقر آرائه وأفكاره ويحط من شأنه، ويبرز عيوبه عند كل مشكلة تحدث بينهما .
- عدم نسيان كل منهما أخطاء الآخر السابقة وإثارتها عند كل خلاف يحدث بينهما.
- استخدام كل منهما لما لديه من معلومات عن الآخر في الإساءة إلى سمعته، أو إيذائه نفسيا أو بدنيا أو اجتماعيا .
- تكبير كل منهما أو أحدهما المشكلة الصغيرة بطرح مشكلات سابقة ليس لها علاقة بالخلافات الراهنة لتفجير الموقف وتغذية الخلافات حتى تستمر أطول فترة ممكنة .
- الاستهانة بالمشكلة ، والسلبية في مواجهتها وتسفيه كل حل لها ، وتذكية الخلافات مع الزوج الآخر ورفض الصلح أو التفاوض حولها مما يشعل شرارة الشجار بينهما .
- العناد والخصام والهجر والتهديد بالطلاق والانفصال أو الزواج من أخرى ، والتوقف عن القيام بالواجبات الزوجية نكاية بالزوج الآخر .

- المواجهة العدائية السافرة عند حدوث أية مشكلة، حيث يعتمد كل منهما أو أحدهما إلى ضرب الآخر أو سبه أو تخريب ممتلكاته وأدواته وأعماله أو تشويه سمعته وتكديره وتخويله والإصرار على عمل ما يثير غيظه .

(أحمد أبو أسعد ، سامي الختاتنة ، 2011، ص ص 159،158)

3-2-14-1 مستويات الخلافات الزوجية:

الخلافات الزوجية تختلف من حيث مدتها وشدتها وتصنف تبعاً لذلك إلى أربعة مستويات نوجزها في الآتي:

- **المستوى الأول :** ويشمل الخلافات البسيطة التي لا تستمر طويلاً، ولا تؤثر سلباً على العلاقة الزوجية، كونها لا يظهر فيها الحقد والانتقام والتجريح والإهانة وان كانت تتضمن بعضاً من الغضب والتذمر، إلا أن الزوجان يسعا إلى حلها بأسلوب الحوار والنقاش، فهي خلافات بناءة يسهل علاجها .

- **المستوى الثاني :** وهي الخلافات التي تستمر لأقل من ستة أشهر عادة ، وتعد من النوع الهدام كونها تتضمن النفور والعداوة والنقد والتجريح والاتهامات والضرب والسب، ومع هذا فإن قنوات الإتصال بين الزوجين تظل مفتوحة ، والرغبة في حل الخلافات تبقى قائمة ، فقد تغضب الزوجة عند أهلها ومع ذلك تنتظر من يصلحها على زوجها ، كذلك الزوج تبقى لديه الرغبة في إرجاعها ، فهي خلافات وان كانت هدامة ، فإن الرغبة في استمرار الزواج مازالت قائمة.

- **المستوى الثالث :** وفيه تشد الخلافات الهدامة بين الزوجين وتستمر مدة تزيد على ستة أشهر ،

وتؤدي إلى تغيير المشاعر وزيادة الغضب والتذمر، ونمو الحقد والعداوة واتساع الفجوة بين الزوجين واضطراب التواصل بينهما ، وكثرة الهجر والخصام لمدة طويلة، وتصبح ردود أفعالهما مشاكل حيث تأخذ شكل الهجوم والمضاد مما يجعل علاجها صعباً .

- **المستوى الرابع :** وفيه تأخذ الخلافات الهدامة أكثر شدة وعمقا من المستوى الثالث، ويعم النفور والكرهية والحقد والرغبة في الانتقام بالسب والإهانة ، وتصبح الحياة الزوجية جحيماً لا يطاق، ويسعى كل من الزوجين إلى الهروب منها، ويرفض الزوجين الصلح بينهما ويرفع أمر الخلاف إلى القضاء رغبة في إنهاء العلاقة الزوجية.

(أحمد أبو أسعد ، سامي الختاتنة ، 2011- ص ص ، 160،159)

3-2-14-2 تصنيف الخلافات الزوجية :

يصنف "صلاح عبد الغني محمد" (1996) الخلافات الزوجية بحسب مسببها إلى ثلاث أصناف وهي :

أ- نشوز الزوج : حيث يكون الزوج مسبب الخلاف وفيه يعرض عن زوجته .

ب- نشوز الزوجة : حيث إذا هبت ريح الخلاف من قبل الزوجة وامتنعت عن زوجها.

ج- الشقاق : وفي الشقاق يكون الخلاف من طرف الزوجين معا.

(صلاح عبد الغني محمد ، 1996 ، ص 16)

وسوف نتطرق بإيجاز لهذه الأصناف كالتالي :

أ- نشوز الزوج : ويقصد بالنشوز خلافات تنشأ عن نفور أحد الزوجين من الآخر ، وترفعه عليه ، وإعراضه عنه وجفوته له ، مما يؤدي إلى إغضابه وإثارة عداوته ، ويدفعه إلى التفاعل السلبي معه ، فيزداد الطرف الناشز إعراضا واستعلاء وهكذا يستمر النشوز والتفاعل السلبي، ويكون ذلك مؤشرا لسوء التوافق الزوجي .

ومن أعراض ومظاهر نشوز الزوج ما يلي :

- إظهار الخشونة في معاملة الزوجة ، والغضب منها لأسباب بسيطة ، وإيذائها بالسب أو الضرب .
- إهمال الزوجة ، وكثرة الغياب عن البيت بسبب و بدون سبب.
- عدم القيام بواجباته الزوجية، والتجافي عن الزوجة ، فيمنعها نفسه ونفقتة ومودته .
- كثرة التهديد بالطلاق .

- التكبر عليها والاستهانة بها وبأعمالها وجمالها ومظهرها وثقافتها، وعدم مؤانستها في البيت أو صحبتها خارج البيت، واعتبارها دون المستوى الذي يريده .

- الإعراض عنها وعن أولاده منها ، وانشغاله بالعمل أو التجارة أو الأصدقاء.

(أحمد أبو أسعد ، سامي الختاتنة ، 2011، ص 162)

ب- نشوز الزوجة :

وإذا كان نشوز الزوج هو ترفعه على زوجته، فإن نشوز الزوجة يمثل هو كذلك تعاليها وترفعها على

زوجها لسبب من الأسباب ، وتظهر أعراض نشوز الزوجة في النقاط التالية :

- عصيان أوامر الزوج في الحقوق الشرعية.

- الامتناع عن فراشه مع القدرة على ذلك.

- الخروج من بيت الزوجية دون إذنه ومن غير ضرورة.
- الاستخفاف برجلته وأرائه وعمله وأهله ودينه .
- الاستخفاف بحقوق إليه عليها في العبادات .
- التكبر على الزوج فتجعل نفسها فوق قوامته في الأسرة .

(أحمد أبو سعد سامي الختاتة ، 2011، ص 162)

ولقد ورد ذكر النشوز في القران الكريم، قال تعالى << واللاتي تخافون نشوزهن فعظوهن واهجروهن في المضاجع واضربوهن فان أظعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلا إن الله كان عليا كبيرا >> (النساء 34)

كما ورد نشوز الزوج في القران الكريم في قوله عز وجل:

<< وان امرأة خافت من بعلها نشوزا أو إعراضا فلا جناح عليهما أن يصلحا بينهما صلحا والصلح خير >> (النساء 128)

فالمنهج الإسلامي لا ينتظر حتى يقع النشوز بالفعل ، وتُعلن راية العصيان ، ووضع خطوات علاج نشوز الزوجة التي تبدأ بالموعظة، وان لم تجدي الموعظة تأتي خطوة الهجر في المضجع، ثم تأتي خطوة الضرب والذي يكون ضربا غير مبرحا ولا مهينا، بل يكون ضرب تأديب مصحوب بعاطفة المؤدب المربي.

أما علاج نشوز الزوج فهو ما بينته الآية الكريمة فهو الصلح بينهما من خلال تنازل الزوجة أمام زوجها عن بعض من فرائضها المالية أو فرائضها الحيوية ، كأن تترك له جزءا أو كلا من نفقتها الواجبة عليه أو ان تترك له قسمتها وليلتها إن كانت له زوجة أخرى يؤثرها، وان كانت هي قد فقدت حيويتها للعشرة الزوجية أو جاذبيتها .

هذا كله إذا رأت هي - بكامل اختيارها وتقديرها لجميع ظروفها - إن ذلك خير لها وأكرم من طلاقها.

ثم حث الله تعالى الرجل الإحسان إلى هذه المرأة الراغبة فيه، والتي تنازلت عن بعض حقوقها لتبقى في عصمته، ويبين أن الله تعالى عليم بإحسانه سيجازيه به من خلال قوله << وان امرأة خافت من بعلها نشوزا أو إعراضا فلا جناح عليهما ان يصلحا بينهما صلحا والصلح خير وأحضرت الأنفس الشح وان تحسنوا وتتقوا فان الله كان بما تعملون خبيرا >> (النساء 128)

(عبد العظيم بدوي 2001 ، ص311الى 315)

ج- الشقاق : وهو الحالة التي تكون الخلافات من طرف الزوجين معا فيحدث الشقاق بينهما ، وقد ورد الشقاق في القرآن الكريم في قوله تعالى >> وان خفتم شقاق بينهما فابعثوا حكما من أهله وحكما من أهلها أن يريدوا إصلاحا يوفق الله بينهما ان الله كان عليما خبيرا <<

حيث يتم بعث حكم ثقة ، من أهل الزوج ، وحكم ثقة من أهل الزوجة ليجتمعا في مجلس عائلي هادئ بعيدا عن جو التوتر والنزاع، والحكمة من أن يكون الحكمان من أهلها لأنه قد تكون هناك أشياء يخجل الزوجان من اطلاع الغرباء عليها، ولكون الحكمين اللذين من أهلها أشد حرصا من غيرهما على مصلحة الأسرة ، وأقوى رغبة في استمرار علاقة الزوجين، وأكثر انتمانا على أسرهما.

(محمد عثمان الخشب ، ب س ، ص ص ، 86،85)

وينقسم الشقاق إلى نوعين التنافس والصراع كما يلي :

- **التنافس** : ويعني التحاسد والتسابق والرغبة في الشيء والإنفراد، وهو تنافس غير شريف تسيطر عليه مشاعر العداوة والنفور من الزوجين ، ويسعى كل منهما إلى تحصيل حقوقه دون الالتزام بأداء واجباته، ويسابق الآخر في الرئاسة والقوامة ، واتخاذ القرارات ولا يحترم آراءه ويحط من شأنه، ومع ذلك يلتزم ببعض الأخلاق والقيم فلا يُسرف في الخصومة ولا في الانتقام ، وتقف خلافتهما عند تحقيق الفوز على الزوج الآخر.

- **الصراع** : فيقصد به سيطرة الحقد والرغبة في الانتقام، وتوجيه الضربات القاضية للزوج الآخر دون شفقة أو رحمة ، ولا مراعاة للقيم أو الأخلاق فكل من الزوجين أو أحدهما يسعى إلى تحطيم الآخر.

وهذا ما يجعل الصراع أشد أنواع الشقاق وأسوأ الخلافات الهدامة ، ومن أهم أسبابه الغيرة الزائدة والشعور بالظلم والقهر في العلاقة الزوجية.

(كمال مرسي، 1995، ص 245)

3-2-15 الخيانة الزوجية :

تعد الخيانة الزوجية مظهرا قويا لاضطراب العلاقة الزوجية، وان كان هناك من يعتبرها كأحد عوامل سوء التوافق الزوجي، إلا أن الخيانة الزوجية تلعب دورا مزدوجا في سوء التوافق الزوجي فأحيانا تكون كعامل وأحيانا أخرى تبرز كمظهر له ، إلا أنها في كلتا الحالتين تؤثر سلبا على العلاقة الزوجية، ولا ينحصر مفهوم الخيانة الزوجية على الخيانة الجنسية فقط، فالتحول العاطفي يعتبر خيانة لا تختلف ولا تقل عن الخيانة الجسدية، و يكون الاثنان مرتبطين في غالب الأحيان. ودوافع الخيانة الزوجية عديدة نذكر منها:

- روتينية العلاقة الجنسية بين الزوجين ورتابتها ، و الملل الذي يخيم عليها مع مرور الأيام، مما يدفع أحد الشريكين لأن يبحث عن متع جديدة في الحب مع شخص آخر، وغالبا ما تكون العلاقة الجنسية أكثر إثارة وعاطفة من العلاقة الزوجية.
- شعور بعض الأزواج بضعف الرغبة الجنسية عند زوجاتهم بسبب البرودة الجنسية، أو بلوغ الأطفال أو كثرتهم، أو بسبب المشاكل الاقتصادية و المسؤوليات المنزلية.
- قد يبحث الزوج عن امرأة أخرى، بل نساء أخريات، ليخفي شعوره بأنه لا يرضي زوجته الإرضاء الجنسي التام، هذا الشعور هو وليد حقيقة مرضية، سببها الزوجة نفسها التي - بدون أن تدري - لا تمنح زوجها الفرصة الكافية ليتغلب على عقده النفسية الكامنة فيه منذ الصغر (كتحرضه لصددمات نفسية أو اعتداءات جنسية...) و العوامل المرضية و الخوف العالقة في ذهنه، مما يدفعه الى الخيانة الزوجية محاولا أن يثبت - رجولته - بطريقة أخرى، ولو دون أن يشعر بالسعادة والنشوة، في هذه الحالات الواقعة تعتبر الزوجة بتصرفاتها هي التي دفعت الزوج لأن يخونها بصورة لاشعورية.
- و قد تحدث الخيانة من جانب الزوجة و للأسباب نفسها، ولشعور الزوجة ببعد زوجها وإهماله لها وعدم احتوائها عاطفيا، وأنها خارج عالمه تماما، وأنها لا تمت الى هذا العالم بصلة فكرية كانت أم روحية وبالتالي جنسية.

إلا أن مجتمعنا العربي يغفر للزوج خيانتته و يلمس له الأعذار، ولا يغفرها للمرأة اطلاقا.

(سبير فاخوري، 2006، ص ص 43، 42)

ومن الملاحظ أن عوامل سوء التوافق الزوجي متعددة و تتداخل فيما بينها، وإن كانت بعض العوامل تلعب دورا مزدوجا، فأحيانا تبرز كمظهر لسوء التوافق الزوجي مثل الخلافات الزوجية، و الخيانة الزوجية، وأحيانا تبرز كعامل من عوامل سوء التوافق الزوجي.

4- الوقاية من سوء التوافق الزوجي:

يشير حامد زهران (2005) إلى أنه يجب اتخاذ الإجراءات الوقائية حتى لا تقع المشكلات الزوجية التي تنبئ بسوء التوافق الزوجي وفشل الزواج، ومن أهم الإجراءات الوقائية الاهتمام بإنشاء مراكز الإرشاد الزوجي.

4-1-1 الإرشاد الزوجي :

4-1-1-1 تعريف الإرشاد الزوجي :

ويعرف الإرشاد الزوجي بأنه "عملية مساعدة الفرد في اختيار شريك حياته، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها والاستقرار وتحقيق التوافق الزوجي".

(نادية أبو سكينه، منال خضر، 2011، ص307)

كما يقوم الإرشاد الزوجي على مساعدة الأفراد في فهم أنفسهم، وإمكاناتهم و قدراتهم وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية للدخول إلى الحياة الزوجية والاستقرار فيها، والمساعدة على حل المشكلات التي تعرقل الحياة الزوجية.

(محمد المشاقبة، 2008، ص196)

4-1-2 أهمية الإرشاد الزوجي :

يعتبر الإرشاد الزوجي من أهم خدمات الرعاية النفسية والاجتماعية للأزواج والزوجات، وقد نما الإرشاد الزوجي عالميا نموا سريعا خلال السبعينات، وزاد الإقبال عليه لحل المشكلات النفسية في مجال الزواج، ومع بداية الثمانينات تزايدت النماذج النظرية والتقنيات الاكلينيكية في البحوث العلمية من خلال إنشاء برامج تنموية وقائية وعلاجية لإثراء الحياة الزوجية.

وما يؤكد أهمية الإرشاد الزوجي، أن البلدان المتقدمة اهتمت به منذ زمن طويل وجعلت منه تخصصا قائما بذاته، ومهنة تمارس في المراكز والعيادات وأفردت له - كما في أمريكا - المجالات العلمية و دوريات متخصصة في الإرشاد الزوجي.

(نادية أبو سكينه، منال الخضر، 2011، ص ص 307.308)

3-1-4 الحاجة إلى الإرشاد الزوجي:

وتتضح الحاجة إلى الإرشاد الزوجي من خلال عدد من الاعتبارات أهمها مايلي:

- وجود نماذج سيئة للزواج مما يولد لدى البعض حساسية نفسية شديدة تؤدي إلى سوء التوافق الزوجي.

- مرور الأفراد بفتريات انتقال حرجة عند الدخول في الزواج، وعند إنجاب الأطفال وعند انتهاء الزواج وفك الرابطة الزوجية أو الترميل، وما يتبع ذلك من تغيرات نفسية واجتماعية وأسرية، واختلاف مطالب الحياة وضرورة التوافق معها.

- وجود مشكلات زوجية في حالات الزواج والطلاق على السواء مع زيادتها في حالات الطلاق.

(نادية أبو سكيينة، منال خضر، 2011، ص 308)

4-1-4 خدمات الإرشاد الزوجي:

للإرشاد الزوجي العديد من الخدمات منها الخدمات الإرشادية الرئيسية، والخدمات الإرشادية

المساعدة كما يلي:

أ- الخدمات الإرشادية الرئيسية:

وتتمثل أهمها في النقاط التالية :

1- تبدأ خدمات الإرشاد الزوجي قبل الزواج حيث قد تكون لدى الفرد نقص المعلومات عن العلاقة الزوجية، أو عدم الثقة في النفس أو حالات التخوف و التشكك في الزواج، فتقدم للفرد المعلومات الكافية عن أصول العلاقة الزوجية والجنسية، وقد يستفاد هنا بجهود الأسرة و دور العبادة ووسائل الإعلام بغية الإعداد لحياة زوجية سليمة.

2- مساعدة الفرد في اختيار الشريك في ضوء القيم والتكافؤ بين الطرفين سناً وثقافة ومستوى، ويستلزم ذلك دراسة شخصيتي زوجي المستقبل بحيث يعرف كل منهما نفسه والآخر، و يكون بذلك قرار الاختيار حكيمًا، يلي ذلك الدخول في الحياة الزوجية و الاستقرار فيها، في مناخ يسوده الصدق والصراحة والإخلاص والحب والاحترام والثقة المتبادلة وحسن الصحبة،و المعاشرة بالمعروف في حدود الله، ومراعاة الحقوق والقيام بالواجبات في حدود الإمكانيات، وفي اعتدال وتعقل وفي قناعة وعفة، والمشاركة في السراء والضراء والمحافظة على الأسرار الزوجية والتفاهم وحسن المعاملة.

3- التركيز لحل المشكلات الزوجية التي قد تحدث قبل الزواج أو أثناءه، حتى تبدأ الحياة الزوجية وتستمر في استقرار، كما تبذل الجهود الإرشادية هنا للتغلب على مشكلة اختيار الزوج، كما يحدث في زواج الصدفة والزواج المتسرع والزواج غير الناضج، زواج المصلحة، والزواج العرفي، وحالات الأم غير المتزوجة و الأب غير المتزوج، والاتجاهات السالبة والأفكار الخاطئة نحو الزواج، نقص التربية الزوجية، ومشكلات الزوجة العاملة، مشكلة تأخر الزواج، وقلق الانتظار و الخوف من المستقبل، ومشكلة الإحجام أو الإضراب عن الزواج، وما قد يصاحب ذلك من شعور بالوحدة والانتواء، وما قد تؤدي إليه من سلوك منحرف، والتفاوت بين الزوجين وعدم التكافؤ بين شخصيتهما بصفة عامة، أو في أحد المظاهر الجسمية، أو قد يكون هناك اختلافات طبي.

وقد تحدث مشكلات بسبب الاختلاط الزائد والتجارب قبل الزواج، وما قد ينجر عنه قبل إتمام الزواج أو بعد الدخول فيه.

4- وتوجه الجهود الإرشادية أيضا لحل المشكلات التي تطرأ أثناء الزواج مثل: مشكلات تنظيم الأسرة ومشكلة العقم بجانبها الفسيولوجي والسيكولوجي، وتدخل الحماة والأقارب، وتعدد الزوجات وما يصاحبه من إرهاق وتشتت عدم استقرار و صراع، واضطراب العلاقة الزوجية اجتماعيا وانفعاليا، والمشكلات الجنسية مثل سوء التوافق الجنسي (البرود الجنسي، الضعف الجنسي، الممارسات الشاذة.... الخ) والخيانة الزوجية وما يتبعها من شك.

(نادية أبو سكينه، منال خضر، 2011 ص ص 310.311)

5- المساعدة في اتخاذ القرارات الزوجية المختلفة، وتتضمن المساعدة في قرار فك الرابطة الزوجية - الانفصال - أو الاستمرار فيها، أو اتخاذ قرار الزواج من جديد، و المساعدة في تخفيف الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على هذا القرار.

(طه عبد العظيم حسين، 2004 ص 148)

ب- الخدمات الإرشادية المساعدة:

إلى جانب الخدمات الإرشادية الرئيسية التي سبق ذكرها هناك العديد من الخدمات الإرشادية المساعدة كالخدمات النفسية و الخدمات الاجتماعية والخدمات الصحية وخدمات البحث العلمي كمايلي:

➤ الخدمات النفسية:

وتشمل خدمات القياس النفسي مثل: إجراء الفحوص و البحوث ودراسة الشخصية للتعرف على نواحي القوة ونواحي الضعف، للتعرف على الحالات التي تحتاج الى خدمات متخصصة مبكراً، و الاهتمام بالحالات التي تحتاج إلى مساعدة مركزة، كما في حالات سوء التوافق الزوجي وحالات الطلاق.

وتمتد الخدمات النفسية لتشمل كل أنماط السلوك السوي والمنحرف فيما يتعلق بأنماط الحياة الزوجية، وتمتد أيضاً لتقضي على أنواع المخاوف والصراع والحرمان والإحباط في الحياة الزوجية، وتعمل على إعادة التفاهم و تحقيق التوافق النفسي في حالات اضطراب العلاقات الزوجية.

كما تتضمن الخدمات النفسية الاهتمام بالدور المزدوج للمرأة - الزوجة. الأم - مع التركيز على كل من التوافق الزوجي و التوافق الأسري، وحل الصراع بين دور الزوجة الأم، ودور الزوجة العاملة، والاهتمام بحل مثلث الصراع- الزوجة، الأم، العاملة-.

➤ الخدمات الاجتماعية:

وتتناول النواحي الاجتماعية المتعلقة بشخصية الزوجين و أسرتهما والعلاقات و المشكلات الاجتماعية، ودراسة ظروف التنشئة الاجتماعية، وتنظيم وتدعيم العلاقات والاتصال والتعاون بين أهل الزوجين كليهما وكذلك أصدقائهما، وتمتد إلى الرؤساء والزملاء في العمل .

➤ الخدمات الصحية:

وتتضمن تقديم الخدمات الطبية، وتبدأ مع بداية فترة الخطوبة، حيث يتم إجراء الفحوص الطبية والمعملية الشاملة للاطمئنان على الخصوبة، والتعرف على الأمراض الوراثية، وتمتد بعد الزواج لتشمل الفحص الطبي الدوري، وتقديم المساعدات والمعلومات والخدمات الطبية لتنظيم الأسرة، وعلاج العقم، وتقديم برامج دورية لتوعية الأمهات بخصوص كيفية تربية أطفالهن صحياً، ومراعاة العناصر الطبية في المشكلات الزوجية.

➤ خدمات البحث العلمي:

ويتضمن إجراء الدراسات المسحية للمشكلات و الاضطرابات الزوجية ومدى انتشارها وأسبابها، وتشمل كذلك إجراء البحوث الميدانية الاجتماعية لدراسة الحالات الفردية .

(نادية أبو سكيبة، منال خضر، 2011، ص ص 312.313)

4-2 العلاج الزوجي:

4-2-1 تعريف العلاج الزوجي:

يعرف العلاج الزوجي بأنه العلاج الذي يختص بإيجاد وتصميم حلول نفسية وسلوكية، للمشكلات التي تنجم عن اضطراب التعاملات بين الزوجين، ويركز العلاج النفسي الزوجي على دينامية كل فرد من الزوجين و التفاعل بينهما.

بينما يركز الإرشاد الزوجي على ناحية معينة في التعامل، تسبب إشكالا معيناً ويسعى إلى إيجاد حل لها، دون أن يتعمق في أغوار المالبسات النفسية التي تتخلل تلك المشكلات، وكل من العلاج الزوجي والإرشاد الزوجي يركزان على مساعدة الزوجين على مواجهة مشكلاتهما بطريقة أكثر فاعلية.

ومن المهم أن نبحث في العلاج الزوجي عن أهداف واقعية له، تتطلب في كثير من الأحيان إعادة الصياغة للبنية الأساسية للوحدة الزوجية، وأن تتبين وسائل حل المشكلات من خلال فهم مشترك للأزمة الزوجية، وقد يتطلب العلاج النفسي للمشكلات الزوجية أحيانا علاجا نفسيا فرديا لأحد الزوجين أو كلاهما.

ويتم العلاج الفردي على يد نفس المعالج أو معالج آخر، ويهدف إلى تقوية القبلات التكيفية لكل من الزوجين، وحتى عندما يكون العلاج الفردي لأحد الزوجين فقط، يُنصح بأن يلتقي المعالج بالزوج الآخر على انفراد مرة أو اثنتين على الأقل، لأن المعلومات التي يعطيها أحد الزوجين منفردا كثيرا ما تنثري العلاج بمعلومات ضرورية عن الطرفين قد لا تظهر في جلسات العلاج الثنائي.

بذلك كان من الضروري التعامل مع أي خوف أو قلق لدى أحد الزوجين أو كليهما من العلاج نفسه، فيشرح المعالج لهما تقنية العلاج و أهدافه و متطلباته قبل البدء فيه.

(منى الصواف، قنينة الجلبى، 2006، ص ص 45.46)

4-2-2 استخدامات العلاج النفسي للمشكلات الزوجية:

يستخدم العلاج النفسي للمشكلات الزوجية في حالات كثيرة نذكر منها:

- عند طلب الزوجان ذلك، وهو ما يدل على أن الزوجين على وعي كامل بأن علاقتهما الزوجية تمر بأزمة معينة.

- عندما يكون أحد الزوجين تحت علاج فردي ولم يسفر عن نتيجة مرضية.

- وقد تظهر دواعي العلاج الزوجي في بداية علاج أحد الزوجين، فيبتين للمعالج أن المشكلة لا تكمن في ذلك الفرد بل أنها مظهر لاضطراب العلاقة الزوجية نفسها.

وبصورة عامة فإن الداعي الرئيسي في العلاج الزوجي، هو اضطراب العلاقة الزوجية من خلال اضطراب الاتصالات العاطفية والفكرية بين الزوجين.

كما يلعب علاج الأطفال المضطربين نفسياً دوراً بارزاً في جلب الزوجين إلى العلاج، حيث كثيراً ما تعكس مشكلات الأطفال النفسية اضطراب العلاقة بين الوالدين، فالطفل في معاناته النفسية يعكس الوضع العائلي أو الزوجي في البيت ويكون اضطرابه بمثابة - صيحة للنجدة -.

وما تجدر الإشارة إليه أنه في المجتمعات العربية نادراً ما يطلب الزوج هذا النوع من العلاج، إذ في أغلب الأحيان تأتي الزوجة إلى العيادة بحثاً عن علاج لاضطرابها النفسي، ولكن سرعان ما يتبين أن أزمته النفسية ناتجة عن اضطراب العلاقة الزوجية.

(منى الصواف قتيبة الجلي، 2006، ص ص 46.47)

وتؤيد الباحثة رأي كل من "منى الصواف و قتيبة الجلي" في كون المرأة أكثر طلباً للعلاج النفسي، وهو ما لمستته من خلال ممارستي المهنية كأخصائية نفسية في إحدى العيادات الحكومية لمدينة بسكرة، فالمرأة عند مجيئها للعيادة غالباً ما تشتكي من وجود أعراض لاضطرابات نفسية كسرعة التهيج والأرق أو المعاناة من أعراض اكتئابية كفقدان الشهية والحزن الدائم الذي لا تعرف سببه أو عدم الاستمتاع بمباهج الحياة وغيرها من الأعراض، والتي بمجرد القيام بجلسات نفسية ودراسة الحالة نكتشف بأن السبب الرئيسي لهذه المعاناة هو انعكاس لاضطراب العلاقة الزوجية.

بالإضافة إلى شكاوي المترددات على العيادة النفسية من معاناتهن من اضطرابات سيكوسوماتية، والتي عادة ما تكون هذه الفئة من النساء قد قصدن العديد من الأطباء المتخصصين في مختلف المجالات كالطب الباطني وأمراض القلب و الصدر وغيرهم الكثير" والذين يثبتون لهن سلامتهن العضوية بعد القيام بمختلف الفحوصات والتحليل المعملية اللازمة، فيلجأن في آخر المطاف إلى الأخصائي النفسي عله يضع حدا لمعاناتهن، لنكتشف في الأخير بان اضطرابتهن السيكوسوماتية ما هي إلا مظهر من مظاهر سوء التوافق الزوجي.

كما ترى الباحثة بأن الرجل الجزائري نادراً ما يتعاون مع زوجته في العلاج النفسي، والذي يكون سوء التوافق الزوجي أساس اضطرابها النفسي وانعكاس لاضطراب العلاقة الزوجية، والذي

يكون الرجل الجزائري الطرف المهيمن فيها لعدة اعتبارات اجتماعية كالعادات والتقاليد الجزائرية التي لازالت تركز هيمنة الرجل في العلاقة الزوجية واعتبار المرأة الطرف الثانوي و الخاضع فيها. وتبرر كل من "منى الصواف و قتيبة الجلي" 2006 ذلك بأنه في المجتمعات العربية عموما يكون موقف الزوج السلبي في العلاج و ذلك لعدة أسباب :

- أنه يرى بأن العلاج النفسي أمر مخجل و معيب و لا يجب أن يظهر بمظهر المريض نفسيا.
- إنكار اشتراكه في العلاج لاعتقاده أن الأمر لا يعنيه من قريب أو بعيد، فالزوجة هي التي طلبت العلاج، و هي المعنية به و ليس هو، و حتى عندما يقتنع الزوج بالاشتراك في العلاج فعادة ما يبذل المعالج النفسي جهود كبيرة لإبقائه تحت العلاج و إقناعه بضرورته ، لان الزوج مازال منكرا دوره في الأزمة النفسية قيد البحث، و يرى أن المشكلة و الأزمة كلها مركزة على الزوجة بوصفها هي المريضة.

(منى الصواف، قتيبة الجلي، 2006، ص 47)

وبذلك نجد بأن كلا من الإرشاد الزوجي و العلاج الزوجي يهدفان إلى تحسين العلاقة الزوجية والوصول بها إلى بر الأمان من خلال تحقيق التوافق الزوجي.

ويتوقف نجاح كل منهما ' الإرشاد الزوجي والعلاج الزوجي ' على الوعي الكامل لكلا الزوجين لمشاكلهما الزوجية ورغبتهما الملحة لتجاوزها وحلها، فوعي الزوجين و نضجهما يلعب دورا كبيرا في نجاح الإرشاد الزوجي و العلاج الزوجي ، كما لا ننكر كفاءة كل من المرشد و المعالج في دفع العلاقة الزوجية نحو الاستقرار .

فإمام المرشد أو المعالج بخصوصية المجتمع الذي ينتمي إليه كل من الزوجين، و تكوينه العالي في المجال و مهاراته و حنكته، له دور فعال و جوهري في إنجاح عملية العلاج أو الإرشاد الزوجي.

وبصورة عامة يشير " ماهر محمود عمر" (2006) إلى الأسس البناءة لحل المشكلات في العلاقات الزوجية ، لاعتبار أن تعثر الاستمرارية في الحياة الزوجية يكمن في توقع كلا الزوجين وجمودهما في هذه المشكلات، و التي قد تكون في صميمها مشكلات عادية و لكن طريقة النظر إليها من كلا الزوجين أو أحدهما قد تجعل منها مشكلات جادة ، تهدد استمرارية العلاقة الزوجية و تنبئ بفشل الزواج.

وبذلك فإن وسائل التعامل المناسبة مع مشكلات الحياة المتعاقبة على الزوجين، اللذين يسعيان بشتى الطرق الايجابية إلى المحافظة على عشرتهما معا في البيت الزوجية ، تنشأ غالبا تلقائيا بناء على ما يتميز به تفكير كلاً منهما، من مرونة و عقلانية في جو من ضبط النفس و التسامح وتحمل المسؤولية الكاملة عن سلوكياته اتجاه الآخر، واعتراف كل منهما بأخطائه و الاستفادة منها و الاعتذار و التصميم بعدم تكراره ، غير متناسين أهمية الترويح عن نفسيهما على اعتبار أنها أسس عامة يجب أن يتعلمها كل منهما قبل زواجه، من أجل تدعيم حياته و تعزيزها في بيت الزوجية الذي ينبغي أن يتميز بالسعادة و الاستقرار .

(ماهر محمود عمر، 2006، ص 378)

ويمكن تلخيص هذه الأسس في النقاط التالية :

- مرونة و عقلانية التفكير .

- ضبط النفس و كضم الغيظ و التحكم في الانفعالات .

- تحمل المسؤولية الكاملة من جانب أي الطرفين فيما يتعلق بسلوكياته الخاطئة اتجاه الطرف الآخر.

- الترويح عن النفس .

- في حالة تعقد المشكلات الزوجية و عجز كلا الزوجان عن حلها بأنفسهما لسبب أو لآخر يشير " ماهر محمود عمر" إلى عدم التسرع بالانفصال و الإلتجاء إلى طريقتين لحل هذه المشكلات و هما :

- الطريقة الأولى :الالتجاء إلى أقارب أي من الزوجين مما يتصفون بالحكمة و التعقل و التقوى ليكون حكما بينهما امثالاً لقوله تعالى " وإن خفتم شقاق بينهما فابعثوا حكما من أهله و حكما من أهلها إن يريدوا إصلاحا يوفق الله بينهما إن الله كان عليما خبيراً" الآية 35.

وإذا عجز الزوجان عن إيجاد الحكم المناسب من الأقرباء لأي سبب كان لابد من اللجوء الى الطريقة الثانية.

- الطريقة الثانية : وهي التجاء إلى المرشد النفسي للاستفادة من خدمات الإرشاد الزوجي.

(ماهر محمود عمر، 2006، ص 379 ، 381)

خلاصة :

وبذلك فسوء التوافق الزوجي وان تباينت عوامله من عوامل سابقة، وعوامل لاحقة لمرحلة الزواج وان تعددت مظاهره ومؤشراته، فهو يعبر بصورة واضحة عن تصدع العلاقة الزوجية وهشاشتها، و عدم قدرة أحد طرفي العلاقة الزوجية أو كليهما، في مواجهة مشاكلهما المتراكمة ومحاولة إيجاد حل لها، في الوقت نفسه، ليس لديهما الجرأة الكافية في أخذ خطوة جادة لفك الرابطة الزوجية بصورة نهائية، والتعامل مع النتائج المترتبة عنها.

وان كان من الممكن تجنب الوقوع في فخ سوء التوافق الزوجي وذلك بالتربية السليمة منذ الطفولة، من خلال التنشئة الأسرية التي تُكون في ذهنية الطفل، الملامح الايجابية للعلاقة الزوجية والتي يستمدّها من خلال علاقة والديه ببعض، و التي تمتد إلى مرحلة الرشد، من خلال حسن اختيار الشريك ومن خلال التقارب الفكري والديني والعمرى للشريك، والتمتع بالنضج الانفعالي والتوافق النفسي كمؤشر للصحة النفسية وغيرها من العوامل المساهمة في تحقيق التوافق الزوجي .

الى جانب ذلك امكانية الاستفادة من برامج الارشاد الزوجي كخطوة مهمة في رسم معالم العلاقة الزوجية السليمة وتوطيدها .

فهذه العوامل قد تدرء سوء التوافق الزوجي، الذي له آثار نفسية لكلا الزوجين، كونه يمثل ضغطا في حد ذاته والذي يخضع له الزوجان أو أحدهما، للتعاسة التي يعيشانها مع عدم القدرة على فك الرابطة الزوجية بصورة شرعية.

الفصل الرابع:

الأمراض النفسية لدى المرأة

تمهيد:

لقد أصبحت الأمراض النفسية تُكون مشكلة حقيقية تهدد الصحة النفسية للفرد، كون مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية ، وإن كانت تتسم بصفة عامة بأنها نفسية المنشأ تتجسد في أعراض مختلفة، إلا أنها لا تمس بترابط وتكامل الشخصية، كون المصاب لازالت تربطه تلك العلاقة مع الواقع الذي يعيش فيه، وهي الصفة الرئيسية التي تميزه عن المصاب بالاضطرابات الذهانية .

وللأسف لا توجد إحصائيات دقيقة في الجزائر تبين نسبة الإصابة بالأمراض النفسية وكذا توزيعها بين الجنسين، وإن وجدت فهي مجرد أرقام تقريبية قد لا تعكس الواقع المعاش، وهو ما يعكس نقص الاهتمام بالصحة النفسية على حساب الصحة العضوية .

إلا أن الدراسات الأجنبية عامة والعربية خاصة، تبين أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في تزايد مستمر، وتكون لدى النساء أكثر انتشارا من الرجال، وذلك لعدة اعتبارات منها البيولوجية والثقافية والاجتماعية .

وهو ما سنوضحه في هذا الفصل من خلال الإحاطة بموضوع الأمراض النفسية من حيث الأسباب والأعراض والعلاج ثم التركيز على واقع المرأة الجزائرية وعوامل إصابتها بالأمراض النفسية .

أولاً: الأمراض النفسية

1-1- تعريف المرض النفسي :

يعرف " أحمد عزت راجح" (1968) المرض النفسي :

"المرض النفسي أو العُصاب Neurosis هو اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، منها القلق والوسواس والأفكار لمتسلطة والمخاوف الشاذة والتردد المفرط والشكوك التي لا أساس لها ، وأفعال قسرية يجد المريض نفسه مضطرا إلى أدائها ، ومن هذه الأعراض تعطل حاسة من الحواس أو شلل عضو من الأعضاء، دون أن يكون لهذا التعطل أو الشلل سبب جسيمي أو عصبي ، هذا المرض النفسي من حيث أعراضه ، أما من حيث هدفه فهو محاولة شاذة لحل أزمة نفسية مستعصية ."

(أحمد عزت راجح ، 1968 ، ص 489)

يعرف "حامد زهران" (2005) المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

(حامد زهران 2005 ، ص 09)

تتبنى الباحثة تعريف "حامد زهران" للمرض النفسي لاشتماله على جميع عناصر المرض النفسي، من حيث المنشأ والأعراض وتأثيره على الفرد ذاته والمجتمع .

والمرض النفسي يختلف عن السلوك المرضي ، ويختلف أيضا عن المرض العصبي وكذا

المرض العقلي ، وهو ما سنوضحه كما يلي :

1-1- الفرق بين المرض النفسي والسلوك المرضي :

فالسلوك المرضي سلوك عابر ، يُلونه الاضطراب الذي يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي ، فقد نشاهد السلوك الهستيري لدى شخص سوي ، ولقد نشاهد السلوك الهوسي لدى شخص عادي ، وهذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو الفرد المريض بالهوس.

(حامد زهران ، 2005 ، ص 10)

-1-2- التمييز بين المرض النفسي والمرض العصبي :

فالمرض العصبي اضطراب جسدي ينشأ عن تلف عضوي يصيب الجهاز العصبي ، ومن الأمراض العصبية وأكثرها انتشارا "الشلل النصفي" ،الذي ينجم عن انفجار أو انسداد في الشريان الذي يغذي المراكز الحركية في جانب من المخ، ومنها حالات "الصرع" وهي مجموعة متنوعة من الاضطرابات العصبية تتميز في المقام الأول بنوبات تشنجية يختلف عنفها وتواترها.

(أحمد عزت راجح ، 1968 ، ص 489)

وكثيرا ما يخلط الناس بين المرض النفسي والمرض العصبي، مما يجعلهم يلتمسون علاج الأمراض النفسية لدى طبيب الأعصاب بدلا من الطبيب النفسي أو المعالج النفسي أو المحلل النفسي، وهذا ما لمستته الباحثة من خلال ممارستها العملية كأخصائية نفسية ، حيث وجدت أن الغالبية العظمى من المصابين بالمرض النفسي يلجئون إلى طبيب الأعصاب للعلاج، هذا الأخير الذي يصف لهم أدوية ومهدئات ، والتي يراها المريض الحل السحري والسريع لمرضه النفسي ، ولكن مع مرور الوقت يجد المريض أن حالته لم تتحسن كما يريد وأحيانا تتدهور.

من هنا تبدأ رحلة البحث عن جهة أخرى يقصدها للعلاج فقد يلجأ إلى الطب العام أو الطب الباطني أو طبيب القلب وغيره من المختصين في مجال الصحة الجسمية ، قصد العلاج ، ولكن مع عدم تحسنه ، قد يلجأ إلى الطب الشعبي أحيانا إلى المشعوذين والدجالين ، ولكن دون نتيجة ، ليصل به المطاف في الأخير إلى الطبيب النفسي أو المعالج النفسي ، ولكن بعد شهور أو سنوات من رحلة البحث الشاقة عن العلاج والتي تكون قد أثرت سلبا على حالته النفسية من خلال تعاطيه لأدوية مختلفة ولمدة طويلة ، و يكون أمام الطبيب النفسي أو المعالج النفسي عمل جبار لعلاج المريض ، والذي قد يكون علاجه سهلا لو لجأ إليه لأول مرة .

1-3-3 الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي :

لتبيين أوجه الاختلاف ما بين المرض النفسي والمرض العقلي، سوف نقوم بالمقارنة بينهما من حيث الخصائص والتي ستحدد الفرق بينهما :

1-3-1 أسباب المرض :

العوامل ذات المنشأ النفسي ، ذات أهمية أولية في حالة المُصاب بالمرض النفسي ، أما العوامل الوراثية فلم يحدد أثرها بعد.

وفي حالة المرض العقلي ، فإن العوامل التكوينية أو الفطرية ذات أهمية في معظم الحالات ، والعوامل العصبية والسموم غالبا تحديدية ، كما أن للعوامل ذات المنشأ النفسي فعاليتها أيضا ولكن بصورة محدودة .

(حلمي المليجي ، 2000 ، ص 71)

1-3-2 الإتصال بالواقع :

المرض النفسي يكون فيه المريض متصلا بالواقع ، مع اضطرابات ملحوظة ، ويشعر بما يجري حوله من تغيير ، وهو واع لحالته المرضية ويقبل العلاج ويطلبه ، مثل الوسواس القهري . بينما المريض العقلي يكون منفصلا عن الواقع ، ويعيش منشطرا في عالم خاص به ، ويكون غير واع لحالته وغير شاعر بالتغيرات من حوله ، ولا يعترف بمرضه ويعارض بشدة العلاج والمساعدة مثل مرض البارانويا .

(عطوف محمود ياسين ، 1986 ، ص 212)

1-3-3 التوافق الاجتماعي :

سلوك المريض النفسي في اتساق عام مع المعايير الاجتماعية المقبولة ، حيث أن الاختلال الذي يصيب شخصيته يكون جزئيا فقط ، بينما المريض العقلي فعاداته الاجتماعية مفقودة ، وسلوكه متنافر مع المعايير المقبولة في المجتمع ، وذلك نتيجة الاضطراب أو الانحطاط الشامل لقوى العقل .

(حلمي المليجي ، 2000 ، ص 71)

1-3-4 السلوك العام :

حديث العصابي متماسك وتفكيره منطقي، ويستطيع الاعتماد على نفسه ولكن ليس مطلقاً، والإنتحار محتمل الحدوث ، والهذات والهلاوس غير ملحوظة ، أما حديث المريض العقلي وتفكيره غير متماسكين ، وكلامه غير مفهوم تماماً كما أن الهذات والهلاوس فهي شائعة ، وسلوكه أهوج وغير معقول، وهو يشكل خطراً على نفسه وعلى المحيطين به .
لذا فإن إحقاقه بالمؤسسات أو المستشفيات العقلية ضروري عادة، لتفادي إيذاء نفسه أو إحقاق الضرر بالآخرين .

(حلمي المليجي ، 2000 ، ص ص ، 71 ، 72)

1-3-5 العلاج :

المريض النفسي يعالج عادة بالعلاج النفسي ، بينما في حالة مريض العقل فينصب الاهتمام على ضبط السلوك والتحكم فيه ، بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والجسمية البارزة ، وحينما يتماسك السلوك ، ينبغي استخدام العلاج النفسي .
وعادة لا يحدث الانحلال لدى العصابي ، والتحسن متوقع ، بينما يوجد الانحلال في الحالات المزمنة من المرض العقلي .

(حلمي المليجي 2000 ، ص 72)

ومع هذه الفروق بين المرض العقلي والمرض النفسي ، إلا أن هناك اتجاه يرى بأن المرض النفسي يعتبر كمرحلة مبكرة من المرض العقلي ، إلا أن هناك دليل إحصائي واضح على أن كلا من الأمراض النفسية والعقلية لها وحدتها الذاتية المستقلة ، حيث كشفت الدراسات التتبعية للأمراض النفسية عن أن 4% إلى 7% فقط تطورت إلى مرض عقلي فيما بعد ، إلا أن هناك احتمالاً قوياً ببطلان أو خطأ التشخيص في الأصل لبعض أفراد هذه المجموعة ، فضلاً عن ذلك فإن 5% أو 10% من السكان عموماً يبدو منهم ردود أفعال تشبه سلوك المريض العقلي في بعض الأحيان ، فهذا يوحي بأن ميل العصائبيين للمرض العقلي لا يزيد عن ميل غير العصائبيين أي الأسوياء .

(حلمي المليجي ، 2000 ، ص 70)

2- تطور الاهتمام بالأمراض النفسية :

لقد مر تطور الاهتمام بالأمراض النفسية بتاريخ طويل يرجع إلى حوالي خمسة آلاف عام ، ولم يكن حينها يفرق ما بين المرض العقلي والمرض النفسي بصورة واضحة ، و كان يعتمد على العلاج بناء على التشخيص لكل مرحلة ، إلى أن اتضح التمايز الواضح ما بين المرض العقلي والمرض النفسي في العصر الحديث ، وظهور التصنيفات المعتمدة للأمراض النفسية والعقلية . وسوف نستعرض تطور الاهتمام بالمرض النفسي عبر العصور على النحو التالي :

2-1- المرض النفسي في العصور القديمة :

لقد كان مفهوم المرض عند الأقدمين مختلفا تماما عن مفهومنا في العصر الحالي ، حيث كانت الأمراض على كافة أشكالها ، تفسر غالبا على أساس التملك من قبل أرواح شريرة ، ويكون العلاج بناء عليه عن طريق إخراج هذه الأرواح بطرق أشبه بطرق للتعذيب أكثر منها للعلاج ،" مثل إحداث ثقب في الجمجمة لإخراج الروح الشريرة "، كما ادعى السحرة العرافون بعلاج الحالات النفسية بالسحر ، وكان رجال الدين يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود السلام إلى حياته ، وكان يتعرض المريض العقلي في هذه المرحلة إلى العزل حتى لا يؤذي نفسه ولا يؤذي الآخرين .

ويعتبر " أمنحتب" أول طبيب في مصر القديمة " 4000 ق.م" عالج "المجانين" على أنهم مرضى عقليين وكان هدفه في علاجهم أن يعود السلام إلى حياتهم . وفي مصر كان القدماء المصريون* أول من ميزوا المرض النفسي ووصفوه وكتبوه على أوراق البردى قبل 1500 سنة ق. م

(حامد زهران ، 2005 ، ص 95)

ومن بين هذه البرديات الطبية نذكر :

*توجد الجذور التاريخية لما يوجد الآن من فكر عن الصحة النفسية والأمراض النفسية والعلاج النفسي في الحضارة المصرية والحضارة البابلية والصينية والهندية والحضارة السومرية .

بردية كاهون (1900) قبل الميلاد والتي تناولت بالتحديد مرض الهستيريا وتضمنت هذه البردية سردا لبعض الحالات النموذجية ، وكان الاعتقاد حينئذ أن الهستيريا ترجع لاضطرابات في الرحم ، وتبعاً لذلك كان العلاج يعتمد على أدهنه وأنواع من الأبخرة التي تعيد الرحم إلى وضعه الطبيعي .
- بردية "إبراز" (1600 ق . م) وهي أضخم وثيقة طبية في مصر القديمة التي تضمنت وصفات تفصيلية للاكتئاب والخرف والسلبية وحالات الهذيان تحت الحادة واضطرابات التفكير مثل تلك الموجودة في الفصام ، وقد كان القلب والعقل مترادفين ، ولقد أرجعت أسباب كل هذه الحالات إلى أسباب وعائية وتلوث ومواد برازية ومواد سامة .

(أحمد عكاشة ، 2003 ، ص 30 . 35)

ومع مرور التاريخ وفي زمن الحضارة اليونانية الرومانية في الفترة ما بين 500 ق م ، و 200 بعد الميلاد وهي فترة الفلسفة العقلية ، تطورت المعرفة إلى أن المخ هو العضو الذي يركز فيه النشاط العقلي المعرفي ومن أبرز مفكري هذه المرحلة :
- " أبو قراط " (400 ق م) الذي أرجع الأمراض العقلية إلى إختلال في المخ ، ولاحظ دور الوراثة والاستعداد وعلاقتها بالاضطرابات العقلية كما قدم " أبو قراط " نظرية الأخلط الأربعة " الدم ، البلغم ، الصفراء والسوداء " .

كما نجد هذه المرحلة أفكار كل من "أفلاطون" ، و"ارسطو" العقل والكائن البشري .
ومع " جالين " (200 ق . م) بدأ علم الأعصاب ، حيث درس " جالين " تشريح الجهاز العصبي ووظائفه ، وأوضح أنه ليس من الضروري أن يكون هناك إصابة عضوية في حالة المرض العقلي .
وبعد ذلك كان إنشاء أول مستشفى لأمراض العقلية في أورشليم في سنة (490) بعد الميلاد .

(حامد زهران 2005 ، ص 95 ، 96)

2-2- المرض النفسي في الحضارة الإسلامية* :

وفي العالم الإسلامي ازدهرت علوم الطب والعلاج ، حيث تأثر العرب بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقلين ، وإقامة المستشفيات " البيماريستانات " - دور المرضى - مثل بيماريستان "هارون الرشيد".

(حامد زهران ، 2005 ، ص 97)

ومن أشهر أعلام الطب في هذه المرحلة إلى جانب "الفارابي" و "مسكويه" نجد ابن سينا (980 - 1037 م) الذي كان يستخدم الأحلام في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية ، وإرجاع الأمراض النفسية إلى عوامل موضوعية في بدن الإنسان أو ظروف معيشية ، وهذا ما يدل على ابتعاد المسلمين عن الخرافة والسحر والغيب والشياطين في تفسير المرض النفسي.

(عبد الرحمان العيسوي ، 2004 ، ص 13 ، 14)

وبذلك كان للعلماء المسلمين دورا جوهريا في إرساء قواعد تشخيص وعلاج الأمراض النفسية وكذا العقلية ، معتمدين في ذلك على أسس موضوعية واقعية لا غيبية .

2-3- المرض النفسي في العصور الوسطى :

تعتبر العصور الوسطى عصورا مظلمة بالنسبة لتشخيص وعلاج المرض النفسي ، حيث عاد ليُنظر إلى الأفراد الذين يتصف سلوكهم بالغرابة أو الشذوذ ، أو انعدام التعقل أو الفهم على أنهم واقعون تحت سيطرة الشياطين والأرواح، ولتخليصهم من هذه الأرواح الشريرة كانوا يعذبون وأحيانا يحرقون على أنهم سحرة .

(جوليان روتر ، 1984 ، ص 91)

وقام رجال الدين في هذه العصور بمحاولات علاجية تحت اسم "العلاج الديني" أو العلاج الأخلاقي وكان العلاج يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار - المباركة - والتعويدات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجان ، وتعرض المريض لأقصى أساليب التعذيب ، كالربط بالسلاسل والتجويع والضرب بالسياط ، بدعوى أن هذه الأساليب تعيد الذاكرة للمريض وتفتح شهيته .

(حامد زهران ، 2005 ، ص 97)

* للمزيد من التفصيل راجع كتاب ، علم النفس العربي عند علماء الإسلام ، للمؤلف عبد الرحمان العيسوي .

2-4- المرض النفسي في العصر الحديث :

وفي العصر الحديث "عصر النهضة العلمية" وقيام الثورة الفرنسية في سنة 1789 وما تبعها من تطورات في جميع المجالات ، أُعيد النظر في الأفكار التقليدية السابقة، حول المرض العقلي وأصبح يُنظر إليه كمرض مثل أي مرض جسدي آخر، وبدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى العقليين، من خلال تشييد مستشفيات خاصة لهم ، وتحسين نمط المعاملة والرعاية والعلاج ، ورفعت عنهم السلاسل وتحرروا من الزنانات في فرنسا وإنجلترا وألمانيا وأمريكا .

وفي أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر ظهر الفكر الحديث ، وكان من بين قاداته : "فيليب بينيل" Pinel في فرنسا و"وليام تيوك" Tuke في إنجلترا ، و"بنيامين روش" Rush في أمريكا وظهرت أول مجلة علمية تخصصت في الأمراض النفسية سنة 1805 ، و بدأ تدريس الأمراض النفسية والعقلية في شكل محاضرات .

وفي أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين ازدهرت البحوث والدراسات حول المرض النفسي إلى جانب المرض العقلي ، وقام " كراپيلين" Kraepelin (1856 - 1926) بتصنيف الأمراض العقلية وإدخال علم النفس الفزيولوجي وإبراز أهميته في مجال العلاج النفسي، كما ازدهر في هذه الفترة كذلك علم الأعصاب، وفي فرنسا أسهم " شاركو" Charcot (1825 ، 1893) ورفقائه وتلاميذه إسهاما واضحا في تقديم العلاج النفسي، حيث ركزا الإهتمام على الهستيريا واستخدموا التنويم الإيحائي في العلاج.

(حامد زهران 2005 ، ص 97 ، 100)

ثم ظهرت مدرسة التحليل النفسي بزعامة العالم النمساوي " سجموند فرويد" Freud (1856 ، 1939) التي تعتبر من أهم مدارس علم النفس في العصر الحديث .

حيث اهتم بالنمو النفسي الجنسي، والتركيز على طاقة " الليبيدو" باعتبارها القوى الكامنة والتي تُظهر النزعات الجنسية والعدوانية المتأصلة في الإنسان ، والتي تعبر عن نفسها بصورة لا شعورية .

وقدم فرويد نظريته في الشخصية ومكوناتها " الأنا واللهو والأنا الأعلى والشعور واللاشعور وما قبل الشعور "

(عصومة المطيري 2005 ، ص 60)

ثم حدثت حركة إنشقاق على " الفرويديون الجدد " ، ثم أنشأت بعدها العديد من المدارس نذكر منها :

- تأسيس " ألفريد أدلر " Adler (1870 - 1937) مدرسته المعروفة باسم علم النفس الفردي .
- تأسيس " كارل يونج " Jung (1875 - 1961) مدرسة علم النفس التحليلي ، وغيرها من المدارس .

ونشطت حركة القياس النفسي ومن أقطابها " ألفريد بينيه " Binet ، وعلم النفس التجريبي ومن أقطابه " فونت " Wundt ، والمدرسة السلوكية ومن أقطابها " واطسون " Watson وأخذت الأبحاث والدراسات في التطور على يد العديد من العلماء ما بين الحربين الأولى والثانية ، ثم تطورت بعدها أساليب العلاج النفسي ، وتعددت ونمت حركة التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني ، وزاد إهتمام المجتمع والحكومات بإنشاء المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية والعيادات النفسية (الخارجية) .

وتطورت وتوالت البحوث والدراسات الطبية والنفسية في الصحة النفسية والعلاج النفسي (حامد زهران ، 2005 ، ص ص 101 ، 102)

وظهرت بذلك عدة تصنيفات الأمراض النفسية والعقلية، ولهذه التصنيفات (*) أهمية كبيرة في الطب النفسي حيث تهدف إلى :

- 1- المساعدة في وصف الحالة المرضية بدقة ، والتشخيص التفريقي بين الأمراض ، كما يساعد في وضع خطة علاجية مناسبة وفعالة .
- 2- اعتماد لغة مشتركة بين الأطباء العاملين في مجال الرعاية الصحية النفسية .
- 3- المساعدة عن طريق البحث العلمي في اكتشاف مسببات الأمراض النفسية التي لا تزال مبهمة وغير معروفة .
- 4- تسهيل التعامل في مسائل التأمين الصحي والطب النفسي الشرعي .

* تمتد فكرة التصنيف تاريخيا إلى اليونانيين ، فقد تم التعرف على الأعراض المرتبطة بالشيخوخة "اضطرابات كبار السن" الكحولية ، اللوس ، السوداوية "أو الإكتئاب" والبارانويا ، والعديد من هذه التشخيصات المبكرة التي لازالت مستخدمة حتى الآن ، للمزيد راجع إلهام عبد الرحمان خليل (2004) ص 14 وما يليها .

(محمد أحمد الفضل الخاني ، 2006 ، ص 45)

ومن أكثر التصنيفات انتشارا في الطب النفسي تصنيفان هما :

➤ التصنيف الدولي للأمراض (ICD): الذي وضعته وطورته منظمة الصحة العالمية (WHO).

➤ الدليل التشخيصي و الإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (DSM)

وما يمكن ملاحظة في الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (DSM- IV) .

إن المحاور الكبرى فيه تعتمد على تقويم كل الظروف المترابطة بالمرض طبيًا ونفسيًا واجتماعيًا لكي تصل إلى شمولية التشخيص .

وبذلك نجد أن الإهتمام بالأمراض النفسية على مر التاريخ، أخذ في التطور في كل مرحلة، وإن كان لم يبرز التمييز الواضح ما بين المرض العقلي والمرض النفسي، والذي أخذت معالمه في الإستقلال تدريجياً مع بداية العصر الحديث و ظهور التصنيفات المختلفة للأمراض النفسية والعقلية.

وما تجدر الإشارة إليه أنه من الرغم من التطور الذي يشهده علم النفس بكافة فروعها ، خاصة الصحة النفسية التي تهتم في شقها النظري بالمرض النفسي وأعراضه، وبشقها العملي بالتشخيص والعلاج ، إلا أنه لا يزال يوجد ذلك الخلط ما بين المرض النفسي والمرض العقلي والذي لمستته الباحثة لدى المجتمع المحلي " بسكرة " حيث لا يزال يقصد المريض النفسي طبيب الأمراض العقلية ، ولا يزال البعض من المرض النفسيين يقصدون العلاج لدى العرافين والمشعوذين وهو ما يدل على بقايا ترسبات العصور الوسطى في نظريتها للمرض وأسبابه وكيفية علاجه .

3- عوامل الإصابة بالأمراض النفسية :

ما دامت الحياة النفسية للإنسان معقدة ومتشعبة، فليس من السهولة بما كان إرجاع إصابتها بالأمراض النفسية لسبب واحد، بل قد تتعدد الأسباب إلى الحد التي يصعب فيه الفصل بينهما أو تحديد مدى تأثير كل منها. فالمرض النفسي تتداخل في ظهوره العديد من العوامل والأسباب التي يؤدي تضافرها إلى اختلال الصحة النفسية للإنسان وإصابته بالأمراض النفسية .

وسوف نقسم هذه العوامل في ثلاث أقسام وهي :

- العوامل المهيئة .
- العوامل المرسبة.
- العوامل المدعمة.

3-1 العوامل المهيئة للإصابة بالمرض النفسي :

وهي العوامل التي تجعل لدى الشخص استعدادا للإصابة بمرض أو اضطراب معين ، وهذه العوامل قد تكون عوامل عامة أو عوامل شخصية وأهمها :

3-1-1 العامل الوراثي : حيث تلعب الوراثة دورا لا يستهان به في الاستعداد للإصابة بالأمراض الذهانية أو الأمراض العصبية على حد سواء.

إلا أن وجود هذا العامل لا يعني حتمية الإصابة باضطراب أو مرض نفسي معين ، فإصابة أحد الوالدين أو كليهما ، لا يؤدي بالضرورة إلى إصابة جميع الأبناء أو الأحفاد به

(محمد أحمد الفضل الخاني 2006 ، ص 9)

3-1-2 الاستعداد العصبي :

والذي قد يكون في تكوين أفعال شرطية معينة ، وتقول نظرية "آيزنك" أن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين عادات شرطية خاطئة لتخفيف القلق.

و بناء على الأبحاث في هذا الجانب ، فإن الاستعداد العصبي ينتج عن خلل في وظيفة وكيمياء الجهاز العصبي الحيوية ، وخاصة جهاز Limbic System في القطب الصدغي من الدماغ وفي الجهاز الشبكي العصبي ، الذي يمتد صعودا من جذع المخ إلى السريير البصري لينتشر في قشر الدماغ .

وهذا الاستعداد العصبي يختلف من شخص إلى آخر .

(محمد أحمد الفضل الخاني 2006 ص 9)

3-1-3 العامل التربوي :

يلعب العامل التربوي دورا مهما في ظهور المرض النفسي، فالنتشئة الأسرية ونمط التربية وطبيعة العلاقة بالوالدين والطفل، لها دورها الكبير في رسم معالم شخصية الطفل .
ففقدان أحد الوالدين وبالأخص الأم يؤثر سلبا في نفسية الطفل دون سن الخامسة ، وكذلك تفكك الأسرة سواء بالطلاق أو الهجر له دوره السلبي في تهيئة الطفل للإصابة بالمرض النفسي في مراحل عمره اللاحقة .

(دري حسن عزت 1986 ، ص ص 75 ، 76)

كما لا ننكر دور الحوادث التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة في تشكيل المرض النفسي كحوادث الاعتداءات الجنسية وغيرها التي يكون لها تأثير سلبي على نمو شخصية الطفل مما يجعلها في المستقبل سريعة التأثر بمشاكل الحياة و ضغوطاتها .

3-1-4 عامل البيئة :

العوامل البيئية المؤثرة في حياة الإنسان متعددة نذكر منها :

- التفكك الأسري الذي قد يعاني منه الفرد، ولا نقصد بالتفكك الأسري هنا الطلاق وحده بل يمتد إلى التفكك المعنوي لأفراد الأسرة ، وغياب الجو الأسري الحميمي الذي ينشده كل فرد من أفراد الأسرة .

- الفشل العاطفي.

- الفشل في الدراسة .

- المشاكل الوظيفية والمتاعب المهنية ، أو بلوغ سن الإحالة على التقاعد.

- فقدان مورد الرزق والمتاعب المالية .

- سوء المسكن الذي لا يوفر شروط الراحة التي بنشدها الإنسان .

- الاكتظاظ السكاني : حيث تنتشر الأمراض النفسية بين سكان المدن المزدحمة أكثر من انتشارها بين سكان الريف ، ففي المدن يعاني المرء من التلوث البيئي والضجيج، ويضطر للاحتكاك المستمر مع الآخرين بسبب تواجد أشخاص كثيرين متقاربين في مكان ضيق ، وهو ما يؤدي إلى التصارع اليومي مع السكان ، ويكون بذلك الشخص مهياً للإصابة بالعديد من الأمراض النفسية كالقلق وكذا الأمراض النفسجسمية كارتفاع ضغط الدم والسكري .

(دري حسن عزت ، 1986 ، ص 76 ، 77 ، 78)

3-1-5 العامل النفسي :

ويتعلق العامل النفسي بالصراع الداخلي ، وما يتبعه من الإحباط والحرمان ، وكذلك يتعلق بالدوافع الغريزية ، والنظرة إلى الذات ، وبالآليات الدفاعية اللاشعورية مثل الكبت ، القمع ، التصعيد ، المقاومة ، والتبرير ، والإسقاط والتقمص ... الخ ، هذه الآليات الدفاعية يلجأ إليها الشخص لاشعوريا لتحقيق استجابات توافقية أو تكيفية في الحياة العامة، فاضطراب أي من هذه الآليات قد يعتبر عاملا من العوامل التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي.

(محمد أحمد الفضل الخاني ، 2006 ، ص 10)

وبذلك نجد أن العوامل المهيأة للإصابة بالمرض النفسي تتضافر فيها العوامل الوراثية و العصبية و النفسية و التربوية و البيئية وهي تتشابك وتتداخل فيما بينها .

3-2 العوامل المرسية للإصابة بالمرض النفسي :

وهي العوامل التي تسبق حدوث المرض مباشرة عند الشخص الذي لديه استعداد للإصابة بالمرض النفسي، وهي إما أن تكون عوامل نفسية أو عوامل عضوية ، أهمها حوادث الحياة العنيفة والأزمات التي يواجهها الشخص سواء في الأسرة أو في العمل أو غيرها .

كما أن الإدمان على تعاطي مواد فعالة نفسيا وعصبيا له الدور الكبير في الإصابة بالمرض النفسي .

(محمد أحمد الفضل الخاني ، 2006 ، ص 10)

3-3 العوامل المدعمة للإصابة بالمرض النفسي :

وهي العوامل التي تؤدي لاستمرار الحالة المرضية للشخص وتمنع تحسنها وأهمها :
- عدم تلقي العلاج أو عدم تقبله أو عدم الانتظام إليه .

- التغيير العاطفي في بيئة الأسرة، والذي قد يكون زيادة مفرطة في التعاطف عن الأسرة نحو المريض، أو يكون التعبير سلبياً بشكل نقد متكرر لسلوكه أو معاقبته أو إهماله.

(محمد أحمد الفضل الخاني ، 2006 ، ص 10)

وترى الباحثة أن للعوامل المدعمة للإصابة بالمرض النفسي في دور بارز لاستمرار الحالة المرضية للمريض وتعرقل تحسنها وذلك للأسباب التالية :

- التشخيص الخاطئ للمرض النفسي والذي عادة يكون من طرف غير مختص في المجال، فالمريض قد يقصد عدم ذوي الاختصاص للعلاج ، كالأطباء العام والطب الباطني ، أو الطب الشعبي وهناك من يصل به المطاف قصد المشعوذين والدجالين .

- عدم ثقة المريض بالعلاج الذي يقدمه المختص في مجال الطب النفسي والذي قد يستغرق وقتاً طويلاً ، وهو الأمر الذي يرفضه المريض الذي يرغب دائماً في الحل السريع لمرضه ، فنجد أنه لا يلتزم بجلسات العلاج ، أو يوقف الدواء من تلقاء نفسه حين احساسه بالتحسن الطفيف وهو الأمر الذي يعرقل علاجه النهائي للمرض.

- هناك بعض الحالات لا يحتاج فيها المريض إلى دواء يتناوله ويكتفي بالمعالج بالعلاج النفسي لحالته ، كالعلاج المعرفي والعلاج السلوكي، وهو الأمر الذي يرفضه المريض للصورة التي بناها في ذهنه على أن الحل لمشكلته لا يكون إلا من خلال الوصفة الدوائية ، وهو الأمر الذي قد يعرقل علاجه ويجعله يلجأ إلى جهات غير مختصة .

4- أعراض الأمراض النفسية :

تكمن الأهمية في دراسة أعراض الأمراض النفسية في التعرف على الأمراض وتمييز أنواعها ، فجانبا تاريخ المرض وشكوى المريض، تقف الأعراض في المقدمة من أجل التوصل إلى التشخيص السليم وهو بدوره يسهل وضع الخطة العلاجية المناسبة للمريض. وترى "إجلال سري" (2000) أن الأعراض هي العلامات السلوكية التي تدل على وجود المرض وتختلف الأعراض النفسية التي تظهر على المريض اختلافا كبيرا ، فقد تكون شديدة واضحة ، وقد تكون مختفية لدرجة أن يصعب تمييزها إلا للمعالجين النفسانيين ، أو عن طريق تطبيق بعض الاختبارات و المقاييس التي تحددتها وتشخصها .

(إجلال سري ، 2000 ، ص 49)

ويمكن النظر إلى الأعراض من عدة جوانب كما يلي :

4-1 جانب دراسة الأعراض :

حيث تعبر الأعراض عن الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد ، والفرد لا يخلو من الأعراض ، ولكن من النادر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد .

4-2 زملة الأعراض :

حيث تتوع الأعراض وتشترك الأمراض النفسية فيها ، وتظهر أعراض المرض النفسي في شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين ، وهذه المجموعة المتألفة من الأعراض هي التي تحدد المرض وتفرقه بين مرض و آخر .

4-3 رمزية الأعراض :

حيث يعتبر العرض رمزا يشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسدي ، وقد يكون للعرض معنى رمزي ذو أهمية أكبر من مظهره ، فغسل اليدين القهري قد يكون رمزا لمحو ذنب ارتكبه الفرد .

4-4 أهداف الأعراض :

لكل عرض هدف أو مجموعة أهداف ، ومن أهداف الأعراض ما هو أولى وما هو ثانوي ، وما هو ذاتي ، وما هو موضوعي ، ومن بين الأهداف الأولية والثانوية نجد ما هو سوي وما هو مرضي، وما هو شعوري وما هو لا شعوري، على النحو التالي:

4-4-1 الأهداف الأولية :

وهي الأهداف الذاتية التي يكون في تحقيقها مكاسب يفوز بها الفرد، ولو على حساب خسائر في جوانب أخرى.

ومن أمثلة الأهداف الأولية : حل الصراع والسيطرة على القلق ، وتحقيق كبت وكف الدوافع والنزعات التي يرفضها الفرد ويشمئز منها ، وامتصاص الطاقات النفسية المنبعثة من الدوافع والنزعات المكبوتة ، وتقوية الكبت وإخماد نشاط الدوافع المكبوتة وإشباع الدوافع والحاجات التي أُحبطت، والاستسلام ، وتهذئة الضمير النائر عن طريق عقاب ولوم الذات .

4-4-2 الأهداف الثانوية :

وهي الأهداف الخارجية التي يكون في تحقيقها الإنتصار النسبي على العقبات البيئية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، وتهيئة المناخ الملائم لحالة الفرد النفسية .

ومن أمثلة الأهداف الثانوية : استدرار العطف ، والهروب من المواقف المحرجة وتجنب تحمل المسؤولية ، وتبرير ضعف الفرد أو فشله ، وتعويض النقص أو الحرمان ، والإحجام عن مواجهة المواقف والخبرات الأليمة ، ووقاية الذات واحترامها والمحافظة عليها .

(إجلال سرى ، 2000 ، ص ص 49 ، 51)

5- تصنيف أعراض المرض النفسي: ويمكن تصنيف أعراض المرض النفسي إلى ستة مجموعات رئيسية وهي :

5-1 اضطراب السلوك والمظهر .

5-2 اضطراب الإنفعال .

3-5 اضطراب الإدراك

4-5 اضطراب التفكير .

6-5 اضطراب الإستدلال .

7-5 اضطراب الذاكرة .

1-5 اضطراب السلوك والمظهر : ويندمج ضمنه :

- اضطراب حركة الجسم .

- المظهر الخارجي .

- اضطراب مجرى الكلام .

1-1-5 اضطراب حركة الجسم : هي متباينة من مرض إلى آخر وتتضمن :

➤ التهيج أو النشاط الحركي المتزايد : حيث قد تكون حركة المريض متزايدة وبدون هدف معين .

➤ بطء الحركة : حيث يكون المريض بطيئاً الحركة والكلام والتفكير ، وقد يحدث هذا البطء في العديد من الأمراض منها الإكتئاب .

➤ السلبية والمقاومة : حيث قد يأتي المريض بعكس الحركة المطلوب منه أدائها ، وقد يقاوم أي عمل يكون في مصلحته ومن أجل راحته .

➤ الاندفاع : حيث يخرج المريض عن طور هدوئه، ويقوم بنشاط حركي مفاجئ وبدون سابق إنذار وبدون هدف واضح، ويمكن خلاله أن يؤذي نفسه أو غيره .

➤ النمطية : وهي التكرار على وتيرة واحدة لمدة طويلة وبدون هدف وبدون كلال أو تعب.

(دري حسن عزت ، 1986 ، ص ص 85 ، 86)

2-1-5 المظهر الخارجي :

وهي عدم العناية بالمظهر الخارجي وإهمال نظافة الملابس والهندام ، والنظافة الصحية العامة

تحدث في أمراض الإكتئاب نظراً للكآبة التي يحس بها المريض والبطء الحركي الذي يعانیه .

3-1-5 اضطراب مجرى الكلام : ويظهر ذلك من خلال :

➤ عدم الترابط في الكلام : حيث يتكلم المريض في مواضيع متعددة لا رابط بينها في نفس

الوقت، فلا يكمل المريض جملة مفيدة لأنه ينتقل إلى غيرها بسرعة، ويصبح الكلام غير

مفهوم للآخرين ولا معنى له .

➤ بطء الكلام : حيث يأخذ المريض مدة طويلة في لفظ الكلمة أو الانتقال من جملة إلى أخرى، نتيجة للبطء العام في عضلات الجسم، ومنها عضلات الجهاز العضلي لإخراج الكلام، ويحدث هذا في مرض الاكتئاب وقد يتطور الأمر إلى الصمت التام .

➤ استعمال كلمات غريبة ليس لها معنى معروف .

(دري حسن عزت ، 1986 ، ص 85 ، 86 ، 87)

5-2 اضطراب الإنفعال : والتي تتمثل في القلق ، الإكتئاب و التوتر والفرع والبلد الإنفعالي ، واللامبالاة ، وعدم الثبات الإنفعالي ، والشعور بالذنب والحساسية الانفعالية.

(إجلال سري ، 2000 ، ص 52)

5-3 اضطراب الإدراك : والتي تتمثل في الهلوس ، وخداع الحواس والأفكار الإيمائية .

5-3-1 الهلوس: وتعني الإدراك بدون منبه خارجي وتحدث الهلوس في مجالات الحواس الخمسة نذكر منها :

➤ الهلوس السمعية: وتنقسم إلى هلاوس بسيطة كسماع الرنين أو الصغير ، وهلاوس مركبة مثل سماع كلمات لها معنى مفهوم كإسم المريض أو جمل طويلة ، والهلاوس المركبة قد تكون سماع أصوات أمرة ، تطلب من المريض تنفيذ أشياء معينة، أو ناقدة سابة يسمعها المريض تنتقد تصرفاته أو غيرها .

(دري حسن عزت ، 1986 ، ص 88)

➤ الهلوس البصرية : وهي كأن يرى المريض أضواء باهرة ووجوها مخيفة، وحيوانات تزحف نحوه ، وتثير الهلوس البصرية الذعر والخوف في المريض أكثر من السمعية .

➤ الهلوس الشمية : حيث يشم المريض روائح كريهة تنبعث من حوله أو من نفسه.

➤ الهلوس اللمسية : وقد تأخذ هذه الهلوس شكلا جنسيا، كأن يعتقد المريض أن الآخرين يلمسونه في أعضاء حساسة ، كما توجد هلاوس التذوق بالإحساس بطعوم مختلفة في الفم وعادة ما تصاحب الهلوس الشمية، وهناك الهلوس الحركية والتي تعني الإحساس بوجود عضو غير موجود في الجسم ،أو تغير في شكل وحجم بعض الأعضاء .

(أحمد عكاشة ، 2003 ، ص 334)

5-3-2 خداع الحواس : في خداع الحواس يوجد منبه خارجي على عكس الهلوس التي لا يوجد فيها منبه خارجي ، لكن المريض يسيئ تفسيره ، كأن يرى المريض نورا بعيدا يتصوره نارا تزحف في اتجاهه ، أو سقوط أوراق الشجر فيتصورها طيوراً تموت وتتساقط، أو يسمع حفيف الشجر فيتوهم أنه أصوات أناس يتهامون عليه .

5-3-3 الأفكار الإيمانية : حيث قد يتوهم المريض أنه المقصود بأية إشارة عابرة ممن حوله، أو أن نظرات الناس في الطريق موجهة إليه هو بالذات بقصد السخرية منه ، ويحدث هذا في بداية مرض الفصام أو القلق الحاد أو في فترة المراهقة .

(دري حسن عزت ، 1986 ، ص 89)

5-4 اضطراب التفكير : ويشمل

5-4-1 اضطراب مجرى الفكر : والذي يستدل عليه من خلال :

- غزارة الأفكار : حيث يتكلم المريض كثيرا طارقا موضوعا بعد الآخر ، دون ترابط بين الموضوعات الكثيرة المختلفة ، ويلجأ إلى السجع وضرب الأمثال ، ويحدث هذا في الزهو .
- بطء التفكير : حيث تكون الأفكار قليلة وتوالدها بطئ وغير متنوعة، وتدور حول موضوع محدود وعلى نمط واحد ، ويحدث هذا عادة في مرض الإكتئاب .
- إلحاح التفكير وسرعته : حيث لا يتوقف المريض عن التفكير ولا يستطيع منع نفسه من ذلك ، وكأنه مضطرا للإستمرار في إشغال ذهنه بكافة الأفكار التي تتوالد بسرعة، وتتدفق دافعة المريض إلى المزيد من التفكير ، ويحدث هذا في مرض الزهو ومرض الفصام .
- توقف الأفكار : حيث تتوقف الأفكار في ذهن المريض فجأة، ويشعر وكأن ذهنه في فراغ فلا يدري ما يقول ويصمت عن الكلام لفترة ، ويرجع بعدها إلى القدرة على التفكير فيستمر في نفس الموضوع السابق أو غيره ، ويكون واعيا بهذه الحالة ويشكو منها ويعتبر هذا العرض من أهم أعراض مرض الفصام .

5-4-2 عدم السيطرة على الأفكار : ومن مظاهره :

- سحب الأفكار من الذهن : حيث يعتقد المريض أن هناك من يسحب أفكاره من ذهنه، وأنه لا يستطيع استبقائها أو السيطرة عليها ، ويرجع هذا إلى سحبها من جانب أعدائه بواسطة المغنطيس أو بالذرة أو غيرها من الاختراعات العصرية .

- فرض الأفكار من الخارج : حيث يعتقد المريض أن أفكاره ليست نابغة من ذهنه بل تدس في ذهنه وتُفرض عليه من قوى خارجية .
 - إذاعة الأفكار : وفيها يعتقد المريض أن أفكاره تذاع على الناس وأنهم يشاركونه فيها ، ويعلمون بما يدور في ذهنه وكأن أفكاره تذاع على الملأ .
 - صدى التفكير : حيث يسمع المريض أفكاره وكأنها تقرأ عليه أو تهمس في أذنه ، ويدخل هذا الاضطراب أيضا في مجال الهلوسة السمعية .
 - اضطراب محتوى التفكير : هنا يضطرب فحوى التفكير ومادته و موضوعه ، وتتولد لدى المريض المعتقدات الوهمية الباطلة أو الهذات ويعتقد المريض أنها حقيقية وواقعية.
- (دري حسن عزت ، 1986 ، ص ص 90 ، 91)

وللهذات عدة أنواع نذكر منها :

- هذات العظمة : وهنا يُؤمن المريض إيمانا راسخا بأنه أذكى أو أقوى البشر جميعا ، أو أنه أوتي قوة خارقة للشفافية وللكشف عن الظواهر الغيبية ، وأنه مرسل بدين جديد لهداية الناس ، أو أنه الرب نفسه وغيرها من الهذات ، وعادة ما تتبع هذات العظمة إحساسا بالنقص ، وعدم الإستقرار و الأمن ، ومن ثم ترضي هذه الهذات هذا الشعور بالنقص ، وتجعل المريض يهرب من مشاكله اليومية وواقعه .

(أحمد عكاشة ، 2003 ، ص ص 328 ، 329) - هذات الإضطهاد : حيث يعتقد المريض أن هناك من يتعقبه و أن الناس تعامله معاملة سيئة ، وأن أجهزة الأمن تتبع كل خطواته ، وأنه فريسة لمؤامرة كبيرة لإدخاله السجن .

- توهم المرض : حيث تكون لدى المريض القناعة المطلقة من معاناته لمرض ما لا يرجى شفاؤه، على الرغم من تأكيد الأطباء على سلامته التامة .

(أحمد عكاشة ، 2003 ، ص ص 328 ، 329)

- هذات الغيرة والخيانة الزوجية : تسبب الغيرة المرضية العديد من المضايقات ، وتظهر عند بعض الشخصيات المُشككة التي تفقد الأمان في حياتها ، وتتطور الغيرة المرضية حتى تصل إلى حد الاعتقاد الجازم (الهذاء) بخيانة الزوجة ، حيث يقوم المريض باستجوابها لساعات طويلة ، ويدقق في الأسئلة حول تصرفاتها ويصر على تفسيرات معينة لسلوكها، ويقوم بتفتيش ملابسها وأشياءها الخاصة فاحصا لها باحثا عن أدلة خيانتها ، ويؤول أقوالها ويعطيها من التفسيرات ما

يريد هو ويؤكد إدانتها بالخيانة ، وأحيانا يقوم بتعذيب الزوجة وضربها واضطهادها لكي يفوز منها بالإعتراف ، وربما حاول المريض التخلص منها بقتلها .

وتحدث هذه الهذات فيما يعرف بحالة الزوج الغيور المتشكك ، وفي حالات الإدمان المزمن على الكحول وبعض حالات الفصام .

(دري حسن عزت، 1986، ص 93)

وتعتبر هذات الغيرة والخيانة الزوجية عامل قوي لسوء التوافق الزوجي واضطراب العلاقة الزوجية .

وإلى جانب هذا توجد أنواع أخرى من الهذات كهذات الفقر ، وهذات الذنب ، وهذات العشق ، وغيرها .

5-5 اضطراب الإستدلال :

في بعض الأمراض النفسية نجد المريض يعجز عن التعرف على الأشخاص أو الزمان - اليوم والتاريخ - أو المكان المتواجد فيه ، أي يفقد المريض القدرة الطبيعية على الإستدلال.

(دري حسن عزت 1986 ، ص 94)

6-5 اضطراب الذاكرة : والتي تتضمن النسيان وفقدان الذاكرة إلى جانب اضطرابات أخرى مثل :

- اضطرابات الإخراج : مثل التبول الإرادي و الإمساك العصبي .
- اضطرابات النوم : مثل كثرة النوم ، الأرق ، المشي أثناء النوم ، والأحلام المزعجة والكوابيس .
- سوء التوافق : مثل سوء التوافق الشخصي ، أو الاجتماعي أو الأسري ، أو التربوي، أو المهني .
- الإنحرافات الجنسية : مثل الجنسية المثلية ، والعادة السرية ، والإفراط أو الضعف الجنسي.
- اضطرابات الغذاء : مثل فقدان الشهية أو الإفراط في الأكل .

(إجلال سري 2000 ص ص 52 ، 53)

6- الوقاية من الأمراض النفسية :

يُوجه علم الصحة النفسية وعلم النفس اهتماما كبيرا إلى الوقاية من المرض النفسي، أو ما يطلق عليه البعض "التحصين النفسي" بقدر ما يوجه إليه من عناية بفهمه وتشخيصه و علاجه .
و للوقاية من المرض النفسي لابد من معرفة أسباب الأمراض النفسية و إزالتها ، وتحديد الظروف التي تؤدي إليها ، حتى نستطيع ضبطها والتقليل من آثارها ، وتهيئة الظروف التي تحقق الصحة النفسية .

(حامد عبد السلام زهران ، 2005 ، ص 46)

ويشير حامد زهران (2005) إلى أن الخطوط العريضة للوقاية من المرض النفسي تتمثل في

ثلاث جوانب أساسية وهي :

- الإجراءات الوقائية الحيوية .

- الإجراءات الوقائية النفسية .

- الإجراءات الوقائية الإجتماعية .

6-1 الإجراءات الوقائية الحيوية :

حيث تركز الإجراءات الوقائية الحيوية في التركيز على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه ، الرعاية الصحية العامة للفرد ، وتحاول كذلك تعديل العوامل التناسلية ، بحيث نحصل على أفراد أصحاء منذ البداية.

2-6 الإجراءات الوقائية النفسية :

حيث أن أساس الصحة النفسية أن ينمو الفرد نموا سليما، وينشأ تنشئة اجتماعية سوية، وأن يتوافق شخصا واجتماعيا وزوجيا ومهنيا، وأن يعرف مشكلاته حين تطرأ في حياته ويحددها ويدركها ويفسرهما ويضبطها ويعالجها .

3-6 الإجراءات الاجتماعية العامة :

حيث يولي العلماء اهتماما متزايدا بالإجراءات الوقائية الاجتماعية ، حيث زاد الاهتمام بالبحوث العلمية "المحلية" و القومية والدولية التي تركز على فهم وتصحيح وضبط الأسباب الاجتماعية للاضطرابات النفسية .

(حامد زهران 2005 ، ص 46 إلى 51)

7- علاج الأمراض النفسية:

بالرغم من التقدم الذي وصلت إليه الأمراض الذهانية من ناحية العلاج الكيميائي الفسيولوجي والكهربائي، إلا أن الأمراض النفسية لم يطالها هذا التقدم وظلت حبيسة مجموعة من العلاجات التي تختلف باختلاف نظرة كل نظرية أو اتجاه للأمراض النفسية .

ويرى " أحمد عكاشة" (2003) أنه في السنوات الأخيرة وباكتشاف العقاقير الكيميائية الجديدة المضادة للتوتر والقلق والإكتئاب ، قل الإحساس بهذه الإنفعالات ، وتحرر كثير من هؤلاء المرضى من آلامهم النفسية ومعاناتهم الشديدة ، وأصبحوا قادرين على التأقلم والتكيف مع المجتمع، حتى مع وجود بعض الأعراض العُصابية ، وفي المقابل سجد مجموعة من العصائبيين المزمنين، تفشل معهم معظم طرق العلاج المهيأة في الوقت الحالي ، ويعانون بشدة من أعراض الأمراض النفسية، ويترددون على كافة الأطباء ، ويشكون ويحتجون على مرضهم المستمر ، ويجب أن نأخذ في عين الاعتبار أن هؤلاء المرضى يحتاجون للمساعدة والتخفيف من آلامهم ، ولا يصح إطلاقاً إتهامهم بالتوهم أو اختلاق الأعراض .

وفي الوقت نفسه لا يصح أن نلوم أنفسنا على عدم شفائهم ، أو نعتبر أنفسنا مسؤولين عن تقصير الطب الحالي في إزالة أعراضهم ، لأن ذلك سيكون له تأثيره النفسي على الطبيب المعالج . ويبدأ المعالج نتيجة لذلك في التخلص أو التهرب من المريض، كونه- أي المعالج- يعتبر مرضه حينئذ تحدياً لقدراته ومراة لفشله ، فعلى المعالج تحمل أعراض هؤلاء المرضى ، وتقديم يد المساعدة لهم ، ولا مانع من الاعتراف بعجز الطب الحالي عن استئصال المرض نهائياً ، مع وجود ما يخفف من آلام هؤلاء المرضى في الوقت الراهن.

(أحمد عكاشة ، 2003 ، 257 ، 258)

7-1 أهداف علاج الأمراض النفسية :

قبل البدء في علاج أية حالة نفسية ، يجب على المعالج أن يحدد الهدف المرجو من العلاج والذي قد يكون أحد هذه الأهداف الثلاثة :

- الشفاء التام .
- تخفيف أو شفاء الأعراض .
- التوافق الإجتماعي .

7-1-1 الشفاء التام :

يعتبر شفاء الحالة التام أمل كل معالج ومريض ، ولكن يصعب تطبيقه في كثير من الحالات، نظرا لغموض أسباب الأمراض النفسية ، صعوبة إيجاد السبب المباشر للمرض ، وكذا عدم انتظام المريض لجلسات العلاج أو التوقف عن العلاج الخ
(أحمد عكاشة ، 2003 ، ص 258)

7-1-2 تخفيف أو شفاء الأعراض :

وهذا هو محور الطب النفسي بمجموعه ، فكل العقاقير المستعملة في الأمراض العضوية والنفسية والعقلية، تهدف إلى شفاء الأعراض بغض النظر عن الأسباب الأصلية ، لأن واجب الطبيب الأول هو تخفيف آلام المريض ، و التقليل من معاناته .
(أحمد عكاشة ، 2003 ص ص 258 ، 259)

7-1-3 التوافق الإجتماعي :

عندما يزامن المرض ، ويصعب شفاؤه بكل الوسائل العلاجية الحديثة ، ويصبح المريض عرضه للشلل الإجتماعي ، ودائم الإستبطان والتأمل الذاتي في أعراضه ، هنا يجب أن يكون اتجاه العلاج نحو تحمل هذه الأعراض ، والعمل على التعايش معها واختيار العمل المناسب لأعراضه ، حتى لا يتعرض المريض للانعزال والشلل الاجتماعي .
(أحمد عكاشة ، 2003 ، ص 259)

7-2 المبادئ العامة لعلاج الأمراض النفسية :

وإن تعددت أنواع العلاجات في الأمراض النفسية إلا أن هناك مبادئ و أصول يجب مراعاتها والتي قد تساهم بشكل فعال في التخفيف من معاناة المريض أو شفاؤه ، ومن بين هذه المبادئ نذكر :

- التوعية : حيث ينبغي توعية الشخص بحالته والموقف الذي يتوجب عليه اتخاذه ، فعليه أن يدرك أن وضعه ليس طبيعيا ، وأن سلوكه خارج عن الصورة المتعارف عليها ، لأن وجود مثل هذا الوعي يدفعه للاستجابة والتعاون مع المعالج ، لأنه إذا انعدمت لديه الرغبة بالتعاون فإن شفاؤه سوف يكون صعبا إن لم يكون منعما .

- إيجاد الاستعداد : يجب حث المريض عن طريق البحث والمناقشة والتعاطف وإبداء الملاحظات، ليكون على استعداد لتقبل الأساليب العلاجية .

- تقوية الإرادة : حيث من الضروري عند المعالجة تقوية إرادة المريض ليكون قادرا على اتخاذ القرار السليم والسعي نحو تحقيقه ، ومن سبل تقوية الإرادة بلورة أسس حياته على قاعدة من التعقل والتفكير لنجعله قادرا على إدارة نفسه ، وفقا لنضوج قدرة الاستدلال والمنطق لديه ، ثم نطلب إليه متابعة الأهداف التكاملية على هذا الطريق .

- تعزيز المعنويات : حيث يجب تعزيز معنويات المريض لكي يتخلص من حالة التوتر والإضطراب والأرق ، حتى يكون أكثر اهتمام بصحته واستقراره، وأشد حرصا على التخلص من الحالة التي يعاني منها .

(علي القائي ، 1996 ، ص 127 ، 131)

- اتباع أساليب الإيحاء والنصيحة : حيث أن للنصائح المتواصلة والإيحاءات المتكررة تأثيرها في هذا المجال ، حيث لا بد من بذل الجهود لتبصير المريض بحالته وسلوكه المضطرب حتى وإن كان مدركا له ، فالنصائح المتكررة تجعل المريض يدرك بأن حالته غير طبيعية إلى الحد الذي لفت إليه انتباه الآخرين ، والإيحاءات المتكررة فهي تقضي على أحلامه وتصوراته الخيالية وتدفعه إلى استعادة رشده والتخلي عن أوهامه .

- خلق الثقة بالنفس : من الطرق المهمة في معالجة الأمراض النفسية هي خلق الثقة بالنفس عند المريض والتي بدورها تساعد المريض في محاولة تخطي ما يعانيه .

- تقوية الوازع الديني الأخلاقي

- إبعاد المريض عن الأجواء التي تسبب له الضغط والتوتر .

- إيجاد الظروف التي تساعد في شفاء المريض .

(علي القائي ، 1996 ، ص 127 ، 131)

7-3 أبعاد العلاج النفسي :

تتعدد أبعاد العلاج النفسي ، وكل بعد له طرفين ويتضمن طريق ، أو أكثر من طرق العلاج النفسي أو أسلوبا أو أكثر من أساليبه ،ومن أهم أبعاد العلاج النفسي ما يلي :

7-3-1 العلاج الفردي والعلاج الجماعي :

العلاج الفردي هو علاج حالة فردية ، وتلعب العلاقة المباشرة بين المعالج والمريض دورا رئيسا في عملية العلاج ، أما العلاج الجماعي فهو علاج مجموعة من الحالات المتشابهة في المرض أو الاضطراب .

7-3-2 علاج الأسباب وعلاج الأعراض :

علاج الأسباب يركز على أسباب المرض أو الإضطراب وعلاجها مما يؤدي إلى اختفاء الأعراض ، أما علاج الأعراض ، فيركز على أعراض المرض أو الإضطراب دون الإهتمام بالأسباب .

(إجلال محمد سرى ، 2000 ، ص ص 99 ، 100)

7-3-3 العلاج المطول والعلاج المختصر :

العلاج المطول هو العلاج الشامل الذي يهدف إلى إعادة بناء الشخصية ككل متكامل ، ويستغرق وقتاً أطول ، أما العلاج المختصر ، فهو العلاج الذي يحدد هدفاً واحداً للعلاج ويتم في وقت قصير .

7-3-4 العلاج العميق والعلاج السطحي :

العلاج العميق - التحليلي - يهدف إلى اكتشاف مكبوتات المريض و إظهارها حيث تتركز الصراعات حولها ، أما العلاج السطحي ، فيهدف إلى إعادة الثقة وطمأنة المريض ومساندته ، دون الدخول إلى أعماقه وصراعاته .

7-3-5 العلاج الموجه والعلاج غير الموجه :

في العلاج الموجه يقوم المعالج بدور فعال ونشط في كشف صراعات المريض و توجيهها ، أما العلاج غير الموجه فيكون فيه المعالج أقل إيجابيه ، فيقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجي الذي تسوده المودة ،حتى يشعر المريض بالأمن والتقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار ومشاعر وأسرار خاصة دون خجل ، ويكون المعالج كمرآة عاكسة لمشاعر واتجاهات المريض، وبذلك تتضح شخصيته ويزداد استبصاره .

7-3-6 العلاج المرن والعلاج الملتمزم :

العلاج المرن يتم فيه الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بمرونة وانتقاء، أو توظيف الطريقة المناسبة للحالة واستخدامها أما العلاج الملتمزم ، فهو اتباع طريقة محددة من طرق العلاج النفسي ، والالتزام بها وعدم الحياد عنها .

(إجلال محمد سرى ، 2000 ، ص ص 99 ، 100)

8- أسس تصنيف العلاجات النفسية :

ترى جنان سعيد الرحو (2005) أن كل علاج نفسي يقوم على العلاقة التفاعلية بين المعالج والمريض ، والتي تهدف إلى إتاحة الفرصة للمريض أن يعبر عن مشاعره ويفصح عن انفعالاته وأفكاره ، وأن يعمل على حل صراعاته النفسية ، وبتعدد أشكال العلاقة تتعدد الطرق والأساليب العلاجية، متخذة الصفة العلاجية التي تميزها تبعاً لأصناف المعالجين وشخصياتهم وأساليبهم و اتجاهاتهم ، الزمن المستغرق للعلاج والإطار الذي يتم فيه العلاج ، وهذا هو الذي يبرر تعدد أشكال العلاجات النفسية .

(جنان سعيد الرحو ، 2005 ، ص 419)

ويمكن تصنيف العلاجات النفسية على النحو التالي :

- حسب الإطار الذي يتم فيه : ويتضمن العلاج الفردي ، والعلاج الجماعي .
- حسب المستوى الذي يصل إليه : ويتضمن العلاج النفسي السطحي والعلاج النفسي العميق .
- حسب المدرسة المتبعة في العلاج : وهنا توجد العديد من المدارس التي يمكن اتباعها، فتوجد مدرسة التحليل النفسي و المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية، وغيرها من المدارس التي تختلف من حيث توجهاتها و أسسها.

ثانيا/ المرأة والأمراض النفسية:

تلعب المرأة كوحدة بنائية في الأسرة دورا أساسيا في ضمان إستقرار و إستمرار النظام الأسري، و هو دور لا يقل أهمية عن دور الأسرة في التنسيق الإجتماعي الأكبر خاصة فيما يتعلق بالوظائف التي ترتبط بخصائصها البيولوجية كأثنى من حمل و إنجاب... إلخ. والمتتبع لوضعية المرأة عبر مختلف العصور والأديان إلى غاية العصر الحديث، نجده عرف نوعا من التطور، إلا انه لا يرق إلى المستوى الذي تتشده المرأة في العصر الحديث.

1- وضعية المرأة في الحضارات القديمة و الديانات المختلفة:

لقد عاشت المرأة في الأحقاب القديمة السابقة على الإسلام عيشة الإنسان المستنل، فهي تابعة للرجل و دونه، هي متعة للرجل، و ليس لها أي حقوق مدنية أو دينية، بل هي عديمة الأهلية تباع وتشتري و تورث بحكم القانون، بل أن تلك الأحقاب القديمة أجمعت على أن المرأة رمز للغواية و عنوان للشر، واقتصرت مهمتها في تلك الأحقاب على إنجاب الأولاد و رعايتهم، و خدمة الرجل داخل البيت.

و سوف نتطرق لوضع المرأة عبر تاريخ الإنسان في القديم ابتداء من الحضارة الإغريقية وصولا إلى الجاهلية ثم إلى عصر الإسلام الذي أعطى للمرأة مكانتها و قيمتها كإنسان و كأثنى.

1-1 المرأة في الحضارة الإغريقية " اليونانية":

لقد عرف المجتمع اليوناني حالة فكرية متقدمة نسبيا، باعتماده على ما إستفاده من حضارات الشرق القديمة - في وادي النيل، و بلاد ما وراء النهرين- لكن هذا التقدم في ميادين الثقافة و العلوم لم ينعكس إيجابا على وضع المرأة، فهي لم تحظ بوضع أفضل من غيرها عند شعوب ذلك العصر و حضاراته غير الإغريقية، بل بقيت على حالها و انحدرت من سيئ إلى أسوأ.

و يمكن تلخيص وضعية المرأة في الحضارة الإغريقية في النقاط التالية:

- عدم تمتع المرأة بالأهلية حيث لا يمكنها البيع و الشراء.
- حرمان المرأة من ميراث زوجها في حال وفاته.
- أن المرأة مجرد أداة للمتعة في يد الرجل و لا تملك أدنى حقوق و لها الخضوع لسلطته المطلقة.
- لا تعدو أن تكون المرأة سوى حاملا للطفل و مرضعة له فقط و للرجل حق انتزاع أمومتها و حرمانها من أولادها متى شاء .

- عدم احترام الرابطة الزوجية من قبل الزوج، حيث يباح له اتخاذ الخيلات دون قيود و إمكانية فك الرابطة الزوجية من طرف الزوج متى شاء .

وكان الإغريق يعتبرون المرأة رجسا من عمل الشيطان، و في ذلك قول "سقراط" >> وجود المرأة هو أكبر منشئ و مصدر للأزمات، إن المرأة تشبه شجرة مسمومة ظاهرها جميل، و لكن عندما تأكد منها العصافير تموت حالا .<<، و حتى في الفترات القليلة التي استمتعت فيها المرأة بمركز إجتماعي عند اليونان، لم يكن ذلك مزية للمرأة كجنس، و إنما كان ذلك لنساء معدودات، بصفتهم الشخصية، أو لنساء العاصمة بوصفهن زينة المجلس و أداة من أدوات الترف التي يحرص الأغنياء و المترفون على إبرازها، زهوا و عجا، و لكنها لم تكن قط موضع احترام حقيقي ك مخلوق إنساني، جدير بذاته أن يكون له كرامة يقطع النظر عن الشهوات التي تحببه لنفس الرجل. (حسنين المحمدي البوادي ، 2006 ، ص ص 10-16)

1-2 المرأة في الحضارة الرومانية:

أما وضع المرأة في الحضارة الرومانية لم يختلف حالها كثيرا عما كانت عليه في الحضارة اليونانية، كون الرومان هم ورثة حضارة اليونان-الإغريق- حيث كان رب الأسرة في الرومان هو رئيس المرأة الديني و حاكمها السياسي و الاقتصادي و إليه ترجع الحقوق كلها، أما المرأة فلم يكن لها أهلية أو شخصية قانونية فقد كان القانون الروماني يعد الأنوثة سببا أساسيا من أسباب انعدام الأهلية كحادثة السن و الجنون.

(رشاد علي عبد العزيز مرسي، 2008 ، ص 13)

وكانت المرأة عندهم فاقدة الأهلية إذ كانت تُخطب و تُزوج بدون رأيها، و لا تمارس شعائرها الدينية بنفسها، و تحرم من الحقوق السياسية، و لذلك كانوا يرون ضرورة أن تبقى المرأة طوال حياتها في عهدة الرجل، في مختلف أوضاعها الاجتماعية.

من هذا القبيل كانوا يقولون عند الزواج >> تنتقل الفتاة من وصاية والدها إلى يد زوجها<<، وكانت بعد الزواج تقطع سائر علاقاتها مع عائلتها الأصلية، و تندمج بعائلة زوجها.

(حسنين المحمدي البوادي ، 2006 ، ص 19)

1-3 المرأة في حضارات بلاد النهرين - فارس و آشور و بابل:

كان حال المرأة عند "السومريين" في بلاد ما بين النهرين من أسوأ الأحوال، فقد أباحت شرائعهم للرجل بالتصرف بالمرأة كيفما يشاء، فالرجل عند السومريين هو السيد المسيطر، في الأزمات جميعها و كان من حقه في بعض الظروف أن يقتل زوجته، أو يبيعه أمة و فاء لما عليه من الديون، فالمرأة في فلسفتهم الإجتماعية من جملة ملكيات الرجل يتصرف بها على هواه كيف يشاء و وفق أهوائه، و هذا النظرة للمرأة انتقلت إلى قانون الأخلاق و قانون العقوبات عندهم.

(حسنين المحمدي البوادي ، 2006 ، ص 21)

وبذلك كانت المرأة في حضارة بلاد النهرين متعة للرجل و انتشرت الإباحية التي كانت ضحيتها الأولى.

1-4 المرأة في الحضارة الهندية:

أما الحضارة الهندية لم تكن أحسن من غيرها في نظرتها الدونية للمرأة، حيث ألبسوا هذا المفهوم الدوني للمرأة فلسفة دينية، إذ اعتبروا المرأة دون الرجل عند الولادة و الخلق الأول، و هي في معتقداتهم و كتبهم المقدسة رمزا للغواية، و عنوان شر للرجل، و مصدر تدنيس. حيث جاء في الشرائع الهندية و على لسان "مانو": <<تخضع المرأة في طفولتها لأبيها و في شبابها لزوجها في تأييمها لابنها، إذا كان لها أبناء، و إلا فإنها لأقرباء بعلمها، و لا يجوز ترك أمرها لها>>.

كما كانت في الهند ما يعرف بشعيرة "ساتي" الهندوسية القديمة التي كانت تقضي على الأرملة، بأن تحرق نفسها مع جثمان زوجها عند وفاته.

و في القبائل الهندية الجبلية، نوع آخر من إسترقاق المرأة باسم الشريعة أيضا، و من ذلك أنه إذا تزوج الأخ الأكبر تصبح زوجته لجميع أخوته، و ينسب الأولاد اليهم جميعا، و إن تزوج الإخوة عددا كبيرا من النساء فإنهن يصبحن مشاعا بينهم.

(حسنين المحمدي البوادي ، 2006 ، ص ص 24-29)

وبذلك نلمس الاستخفاف بالرابطة الزوجية في الحضارة الهندية.

1-5 المرأة في اليهودية:

يقول تعالى في سورة النساء الآية 46 << من الذين هادوا يحرفون الكلم عن مواضعه >> وهذه الآية الكريمة لتؤكد أن كل ما قالته اليهود في كتبها و نسبتها إلى الله عزوجل، هو محض زيف محرف فتعالى الله عما يصفون.

موقف المرأة عند اليهود هو موقف الإتهام بأنها وراء أول معصية لآدم عليه السلام في الجنة، يوم نهى الله تعالى آدم و حواء بأن لا يأكلا من الشجرة، فأتى إبليس على شكل حية و غرر بحواء فاستجابت لندائه و أكلت، و بعد ذلك أطمعت آدم فكان الهبوط من الجنة، كانت الخطيئة في الأرض .

و يلصق اليهود دوماً بالمرأة كل موقف فيه انحراف أو معصية أو ذل أو عار، و من دلائل إحتقارهم للمرأة، إعتبارها نجسة طوال مدة حيضها، فلا يأكل الرجل من يدها و لا ينام معها في فراش واحد... إلخ، علما بان هذه المسألة متعلقة بالتركيب البيولوجي للمرأة لتؤدي وظيفة الإنجاب. و بذلك نجد اليهود اتخذوا دينهم لهوا و لعبا و طوعوه لأهوائهم و مصالحهم، فأمروا المرأة بالغواية و الإفساد، ذلك لأنها في نظرهم مؤهلة لهذا الدور، خاصة مع غير اليهود تحقيقا لمصالحهم الذي استعملت فيما بعد و حتى اليوم للغزو الفكري و تدمير القيم الأخلاقية خاصة عند المسلمين فيما بعد.

و على الرغم من ذلك، نجد في الحضارة اليهودية أن الإبن ينسب لأمه لا لأبيه ، و هذا الأمر ليس من قبيل تكريم المرأة عند اليهود، بل من قبيل تكثير العدد عند بني إسرائيل، ذلك أنهم يرسلون نساءهم للغواية و الفجور، و يأتي بعد ذلك الوليد في بطن أمه سفاحا، فهو يهودي لانتسابه لأمه يكاثرون به عددهم.

و بذلك نجد أن المرأة عند اليهود وسيلة و أداة لتحقيق الغاية المنشودة بالنسبة لهم، وهي السيطرة على العالم، و استعباد شعوب الأرض .

(حسنين المحمدي البوادي، 2006 ، ص ص 29-34)

1-6 المرأة في المسيحية:

النصرانية- المسيحية- تعتبر التوراة- العهد القديم - جزءا من عقيدتها و فكرها و لهذا تبدأ النظرة لديها للمرأة من خلال أنها السبب في إغواء آدم و خروجه من الجنة.

وترى المسيحية أن المرأة هي المسؤولة عن انتشار الفواحش و المنكرات في المجتمع و ان الزواج دنس يجب الإبتعاد عنه، و في القرن الخامس للميلاد عقدوا مؤتمرا للبحث في شأن المرأة، وكان سؤالهم المطروح في هذا المؤتمر، هذا المرأة جسم بلا روح، و في القرن السابع عشر أصدر رجال العلم و المعرفة في - روما- فتوى تنصب على أنه ليس للمرأة روح.

وفي القرن السادس عقد الفرنسيون مؤتمر للبحث هل يمكن إعتبار المرأة إنسانا أم لا؟ واتفقوا بعد أخذ ورد بأنها إنسان و لكنه - إنسان قذر- خلق لخدمة الرجل.

وكان القانون الإنجليزي إلى تاريخ 1085م يبيح للرجل بيع زوجته، و في سنة 1500م عقد مجلس اجتماعي في بريطانيا خصص لتعذيب النساء، و ابتدع هذا المجلس وسائل لتعذيبهن و على هذا الأساس شاعت حوادث حرق النساء عند النصارى و هن أحياء.

والقاعدة الدينية العامة في العلاقة بين الزوجين عند المسيحيين، تقوم على ضرورة إقرار المرأة بسلطة الرجل عليها، ففي رسالة " بطرس الأولى" و التي وجهها للنساء قائلاً لهن >> أيتها النساء كن خاضعات لرجالكن << فالرجل عند" بطرس" يشكل المصدر و المرجع للمرأة في كل المسائل بما فيها الأمور الدينية.

هذه السمة العامة لنظرتهم الدونية للمرأة، ثبتتها قوانينهم و دساتيرهم حتى بعد الثورة الصناعية و بعد الثورات السياسية.

نرى ذلك مثلا في القانون المدني الفرنسي -قانون نابليون- و الذي جاء في المادة 217 منه >> أن المرأة المتزوجة حتى لو كان زوجها قائما على أساس الفصل بين ملكيتها و ملكية زوجها، لا يجوز لها أن تهب، ولا أن تنقل ملكيتها، ولا أن ترهن، و لا أن تملك بعوض أو بغير عوض، بدون إشتراك زوجها في العقد أو موافقته عليه موافقة كتابية <<.

(حسنين المحمدي بوادي ، 2006 ، ص ص 34-39)

وقد تضمن قانون نابليون بشكل مجمل ما مؤداه أن المرأة مخلوق قاصر مدى الحياة، فقد جردها القانون من حق الشهادة أو المقاضاة أو التوقيع على عقود الإيجار أو التعهد بأي إلتزام، أو ممارسة مهنة منفصلة، أو الحصول على أي وثيقة رسمية من دون موافقة زوجها، وإذا كانت تعمل فإن أجرها كان يعتبر ملكا لزوجها، و قد ظل الزوج يتمتع بهذا الحق حتى سنة 1938م

وحرمت المرأة من التعليم في الثانويات والجامعات، إلى غاية 1840 حين قبلت الجامعة الأوروبية الوحيدة جامعة "زيورخ" بتعليم المرأة، و في انجلترا حلت مشكلة التعليم فيها من خلال معاهد خاصة بالفتيات، و لا تأتي إليها الطالبة إلا بمرافقة حارس لها.

أما في فرنسا فقد نالت أول امرأة شهادة في الطب سنة 1857م و لكن هذه الشهادة لم تجدها نافعة لها، فالقانون لا يسمح لها بممارسة مهنة الطب حتى لبنات جنسها ، أما قانون ممارسة المرأة للطب ، فقد صدر سنة 1892م.

أما حق الفتيات في التعليم الثانوي فلم يصدر في فرنسا بلد الثورة الفرنسية و الحضارة التقدمية كما يسمونها إلا سنة 1924م، و ذلك في الخامس و العشرين من مارس و الذي يساوي الفتيات في التعليم الثانوي مع الذكور.

أما حق الإلتخاب فقد حرمت منه المرأة أيضا و لم تتله إلا في وقت متأخر نسبيا لا يعود إلا لمطلع هذا القرن.

نجد في مقابل هذه النظرة الدونية للمرأة من خلال الحجر عليها ماليا و عدم أحقيتها في التصرف، و كذلك منعها من الإلتخاب و التعليم، صدرت مقابل ذلك دعوات أوربية لتحرر المرأة، وإذا ما تفحصن جوهر هذه الدعوات وجدناها تركز على تحرر المرأة من واجباتها الأسرية، و لإهمال منزلها و عائلتها لصالح الفوضى الاجتماعية، عن طريق التفكك الأسري الرهيب، و ركزت دعوى التحرر على التحرر من اللباس المحتشم الذي تفرضه الفطرة السليمة، إن المفهوم الخاطئ للتحرر، دفعها كي تحول نفسها إلى سلعة يستغلها الرجل، مرة بإدخالها في العمل بأجر زهيد، و ثانية بتحويلها إلى دمية للمتعة و التسلي، فذهبت بذلك إنسانيتها و أنوثتها لتسقط مرة أخرى في فخ التحرر المغلوط.

(حسنيين المحمدي بوادي ، 2006 ، ص ص 34-39)

1-7 المرأة عند عرب الجاهلية :

العصر الجاهلي عند العرب، أطلق على العصر الذي عاشه العرب قبل الإسلام، والجاهلية هنا لم يكن مقصودا بها التخلف الحضاري أو الهادي، و إنما كان مقصود بها البعد عن الله، وأطلق على هذه الفترة هذه التسمية للترفة بينها وبين الإسلام و نوره.

ولقد تباينت آراء المؤرخين حول قضية المرأة عند عرب الجاهلية، ففريق يرفع منزلتها في نظر عرب الجاهلية، و هذا الرفع ليس على مستوى عام، بل على مستوى فردي لا يتجاوز في عدده بعض النساء، و الفريق الآخر ينكر حتى هذا الرفع القليل، و يعتبر المرأة دون استثناء بلا حقوق ولا كيان.

فالنساء القليلات اللواتي نلن مكانة في مجتمعهم من أمثال السيدة خديجة بنت خويلد - رضي الله عنها- و هند بنت عتبة، فالأولى اختارت زوجها بنفسها، بل طلبته للزواج و عرضت نفسها عليه كما فعلت رضي الله عنها مع رسول الله صلى الله عليه و سلم - والثانية اشترطت على أبيها ألا يزوجها رجلا حتى يعرضه عليها.

على الرغم من ذلك، لم تكن المرأة العربية بمستوى هاتين المرأتين، ذلك أن حالها لم يكن أحسن حظا من أخواتها الأخريات، في الحضارات الأخرى، إلا أنها امتازت عنهن بحماية الرجل لها واستماتته من أجل صيانة عرضها بدافع النخوة و الشهامة.

هذه النظرة التي تتميز بها المرأة العربية كانت سلاحا ذو حدين، حده الأول الحماية، وحده الثاني أنها كانت سببا مهما من أسباب وأد البنات، عند بعض القبائل خوفا من العار، و الواد عادة درجت عليها بعض القبائل العربية .

(حسنين المحمدي بوادي ، 2006، ص ص 39-40)

إذ كانت تحفر بجانب الموضع الذي اختير لولادة الأم حفرة عميقة، فإذا ظهر أن المولود أنثى، قُذِفَ بها حية عقب ولادتها مباشرة في هذه الحفرة بل لقد كان بعضهم يلجأ إلى وأد بناته في أمكنة خاصة بعيدة عن المنازل حتى لا يدنسها بجثثهن و رفاتهن !

وسواء أكانت أسباب ذلك يرجع إلى الإملاق و عدم القدرة على تربية الأولاد، أم كانت ترجع إلى مبالغة بعض العشائر العربية في الحرص على صيانة أعراضها و اتقاء ما يحتمل أن يصيبها مكروه (حيث التخلص من الفتاة كي لا يعير هو و قبيلته إن أسرت أو سبيت في غزوة من الغزوات

التي كانت يتعرضون لها أو يقومون بها، حيث كانت المرأة عند كثير من عرب الجاهلية غنيمة مطلوبة للخدمة و الاستمتاع .

أم كانت ترجع لدافع ديني بحت، على اعتبار أن البنات رجس من خلق الشيطان أو من خلق إله غير آلهتهم، وإن مخلوقا كهذا ينبغي التخلص منه.
وبذلك فإن المؤكد أن نظاما كهذا إنما يصدر عن شعور إجتماعي عام بحقارة شأن المرأة و وضاعة مركزها الاجتماعي وسوء مصيرها في الحياة.

(زكريا إبراهيم، ب س ، ص ص 32-33)

إضافة إلى أن العلاقة الزوجية عند عرب الجاهلية لم تكن قائمة على حقوق أو مشاركة، بل تظل الزوجة أسيرة زوجها حتى موتها مضطهدة مبتزة لا تستطيع اتخاذ قرارات سواء في شخصها أو أسرتها، فيقتصر دورها على مجرد الإشباع الجنسي لرغبة الرجل، وانجاب أكبر عدد من الذكور و تربيتهم والقيام بأمور المنزل لا غير.

8-1 المرأة في الإسلام:

يقول الله تعالى { يا أيها الناس اتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة و خلق منها زوجها و بث منهما رجالا كثيرا و نساء } (النساء آية 01).

و يقول تعالى { يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر و أنثى و جعلناكم شعوبا و قبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم إن الله عليم خبير } (الحجرات الآية 13) .

لقد جاء الإسلام و تعاليمه ليخرج الناس من الظلمات إلى النور، وليضع للمرأة مكانتها الحقيقية التي أهدرت على مر العصور.

فجاء الإسلام ليؤكد أن الرجل و المرأة خلقا من نفس واحدة، و ليؤكد المساواة بين الرجل و المرأة و يضع التقوى- و ليس نوع الجنس- ميزانا بينهما.

إن الإسلام و خلفا للحضارات السابقة و للثقافات الغربية، قد منح للرجل و المرأة حقوقهما الطبيعية بشكل كامل و وضع كل منهما في مكانته الطبيعية اللائقة به، فالإسلام لم يجعل المرأة أخط شأنا من الرجل كما أنها لم يساويها به، بل خلق كل منهما ليتم دور الآخر في الحياة و المجتمع.

كما اهتم الإسلام بمراعاة جانب المساواة في الحقوق الإنسانية لكل من المرأة و الرجل، فكلاهما إنسان من وجهة نظره، و هما يتمتعان بحقوق إنسانية متكافئة ضمن تعاليمه و لكن اختلافهما الواضح من نواحي جسمية و نفسية في طبيعة خلقهما، و بالتالي تباين واجباتهما و دورهما والمسؤوليات الفردية والأسرية والاجتماعية الملقاة على عاتق كل منهما يجعل تكافئ حقوقهما أمرا غير معقولا، أي أن تباين حقوق المرأة و الرجل بالشكل الذي يأخذ طبيعة كل منهما بشكل متساوي بعين الاعتبار، يدل على تطابق تعاليم الدين الإسلامي مع العدالة و الحقوق الفطرية، وكذلك يوفر مستلزمات سعادة الأسرة و رقي المجتمع و تقدمه.

(شكوه نوابي نزاد ، 2001 ، ص ص 77-83)

وبالرغم من أنه سبحانه و تعالى لم فرق بين الجنسين في الأمور التكليفية من خلال قوله تعالى **﴿إنا عرضنا الأمانة على السماوات و الأرض و الجبال فأبين أن يحملنها و أشفقن منها و حملها الإنسان أنه كان ظلوما جهولا﴾** (الأحزاب الآية 72)

وفي الثواب و المغفرة في قوله **﴿فاستجاب لهم ربهم أني لا أضيع عمل عامل منكم من ذكر أو أنثى﴾** (آل عمران ، الآية 195) **﴿و من يعمل من الصالحات من ذكر أو أنثى و هو مؤمن فأولئك يدخلون الجنة﴾** (النساء الآية 124) إلا أنه سبحانه و تعالى فرق بينهما في الميراث لأن الذكر هو المسؤول مسؤولية كاملة عن تكوين الأسرة و الحفاظ عليها معنويا و ماديا. لذا ضاعف له في الميراث **﴿يؤصيكم الله في أولادكم للذكر مثل حظ الأنثيين﴾** (النساء 11).

وعند الشهادة لتغلب العاطفة عند المرأة، في قوله تعالى **﴿فإن لم يكونا رجلين فرجل وامرأتان ممن ترضون من الشهداء﴾** (البقرة الآية 282).

(رشاد علي عبد العزيز موسى ، 1998، ص 9)

واهتم الإسلام اهتماما كبيرا بالزواج والعلاقة الزوجية و وضع أسسهما و ضوابطهما - لقد اشرنا إلى ذلك في الفصل الأول من الدراسة الزواج و الأسرة- حيث يقول تعالى في سورة الروم الآية 21 **﴿و من آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها و جعل بينكم مودة و رحمة﴾**. وقال في سورة البقرة الآية 187 **﴿هن لباس لكم و أنتم لباس لهن﴾**.

حيث شبه المولى سبحانه و تعالى كلا من الزوجين باللباس للآخر، و هذا من الناحية المعنوية، حيث يجب أن تكون علاقة الزواج بين الزوجين كعلاقة اللباس بالجسد من حماية و رقابة و ما إلى ذلك، وبالزواج يجب أن يحمي كل منهما قرينه من المؤثرات التي تفسد أخلاقه و تحط من كرامته و عزته، و هذا مقتضى المودة و الرحمة المنصوص عليه في الآية الأولى >> سورة الروم الآية 21 << فيحصل بتطبيق الآيتين التكامل و التعايش و التوافق بين الزوجين ضمن إطار شرعي سليم.

(محمد محدة ، 1994 ، ص ص 350-351)

2- وضعية المرأة في المجتمع الجزائري:

يشير " بلقاسم الحاج " (2011) أن وضع المرأة و مكانتها داخل الأسرة العربية عموما لم يحظى بالاهتمام اللازم، مما يؤكد أن العلاقات الأسرية في المجتمع الجزائري تعتبر علاقة مقدسة، ومحاطة بكثير من التحريمات لانطوائها على الدوافع الجنسية و كيفية كبحها ، الأمر الذي يجعلها بعيدة عن الفحص العلمي و المناقشة الحرة .

ويعتبر المجتمع الجزائري من بين المجتمعات السائرة في طريق النمو، التي يحكمها النظام الأبوي على غرار باقي المجتمعات العربية، حيث يربط بعض الباحثين و المفكرين العرب التخلف الحاصل في هذه المجتمعات بهذا النظام، نظرا لشموليته لمختلف أنساق المجتمع (سياسي ، ثقافي، اقتصادي، أسري...) و الذي يتميز بالتخلف و التبعية، كما يتميز إضافة إلى ذلك بذهنية أبوية تتمثل في نزعتها السلطوية الشاملة.

إن كل ما يميز المجتمع الأبوي من خصائص يمكن إسقاطها على الأسرة، فالمرأة تبقى تعاني التمييز، الأمر الذي كرّسَ عبر التاريخ العداء العميق و المستمر في لاوعي هذا المجتمع للمرأة و النقيض من وجودها الاجتماعي كإنسان، فالأب يمثل مركز السلطة الذي ينظم حوله العائلة، و تكون العلاقات الاجتماعية فيها عمودية و إرادة الأب فيها تكون مطلقة و تركز على العادة و الإكراه، و في ظل هذا النظام تعاني المرأة تأثيرا مضاعفا لظاهرة التمييز داخل الأسرة مقارنة بالرجال في حد ذاته، فهي و إضافة لما تعانيه كغيرها من الأبناء الذكور من سلطة الأب، فإنها تعاني من سيطرة سلطة الذكر عليها سواء كان أب ، أخ ، أو زوج.

(بلقاسم الحاج، 2011)

ومع ذلك فإن وضع المرأة الجزائرية قد عرف تطورا ملحوظا من الأسرة التقليدية إلى الأسرة المعاصرة، وهو ما تم شرحه في الفصل الأول من الدراسة - فصل الزواج والأسرة -، حيث لم تعد مجرد أداة للإنجاب و القيام بأمر البيت، بل تعددت أدوارها وتغيرت في ظل الانفتاح الثقافي والسياسي الذي يشهده المجتمع الجزائري.

وبذلك أخذت المرأة الجزائرية تتحرر تدريجيا من تلك الأدوار التقليدية التي فرضتها عليها الأسرة التقليدية، لتصبح أداة فعالة لبناء المجتمع، فتعلمها و اكتساحها لمجالات عدة وتقلدها لمختلف

المناصب على قدم المساواة مع الرجل، غير من مفهومها لذاتها ونظرتها للزواج والعلاقة الزوجية ككل.

فبالرغم من الانتصارات التي حققتها المرأة الجزائرية، وتحررها التدريجي من سيطرة الأسرة التقليدية، إلا أنها تظل في علاقتها الزوجية الطرف الأضعف والخاضع لإرادة الرجل، هذا الأخير الذي رسخ المجتمع الجزائري في ذهنيته - من خلال التنشأة الاجتماعية - النزعة الذكورية ذات البعد السلطوي، في التعامل مع الجنس الآخر، هذا البعد الذي يتجسد بوضوح في مرحلة الرشد عند الزواج كأهم مطلب في هذه المرحلة، وذلك من خلال تلك السلوكيات في التفاعل مع المرأة، واعتبارها الطرف الأضعف في العلاقة الزوجية.

والمرأة الجزائرية أصبحت تنشد المساواة مع الرجل - نتيجة موجة التحرر التي يشهدها المجتمع الجزائري - رافضة الخضوع له كطرف في العلاقة الزوجية، وأدخلت نفسها في صراع الندم معه، وأضحت بذلك تتخبط في صراع ما بين إثبات ذاتها بكل ما تملك من إمكانيات، وبين عادات المجتمع الجزائري الذي يرفض بروزها كطرف مهيم في العلاقة الزوجية، وهو الأمر الذي ينبأ بسوء التوافق الزوجي.

ولو نظرت المرأة الجزائرية المعاصرة الى الزواج والعلاقة الزوجية، نظرة موضوعية ذات بعد ديني إسلامي، لوجدت أنها علاقة أساسها المودة والرحمة تحت مظلة قوامة الرجل، لا علاقة صراع على من يكون الطرف الخاضع والطرف المسيطر. هذه النظرة الخاطئة التي يغرسها الفكر الغربي في أذهان النساء المتزوجات بدافع التطور والتمدد، هو ما ترك المرأة الجزائرية تعتقد بأن الرجل من أكبر مسببات تعاستها ومعاناتها.

3 - العوامل المساعدة على إصابة المرأة بالأمراض النفسية:

قبل التطرق إلى العوامل المساعدة لإصابة المرأة بالأمراض النفسية كان لزاما علينا أن نُعرِّج على التكوين العضوي والنفسي* للمرأة بصفة عامة، و الذي قد يكون له دور فعال في إصابتها بالأمراض النفسية.

حيث تختلف المرأة من الناحية العضوية عن الرجل، و هذا ما اهتم به علماء إيطاليا من دراسة و فحص هيكل جسد المرأة مقارنة بالرجل، ومن بين هؤلاء العالم "luigi Gastoldi" لوجي كاستلدي، إذ توصل إلى أن وزن الكبد و الطحال و الكليتين و القلب و غدة قاع المخ... إلخ أقل وزنا من الرجل، و كما تبين أن المرأة أقل من الرجل في وزن كرات الدم، و في نصيبها من المادة الملونة لكرات الدم الحمراء، و أطرافها- الأيدي والأرجل- تتميز عن الرجل بأنها أصغر حجما و أقل اتساعا و أكثر رشاقة، و عضلات جسمها أقل بروزا عنه.

أما من الناحية الفسيولوجية فقد فحص فيها دورتها الدموية و طريقة تنفسها، إذ أن المرأة تتنفس من النوع الصدري في حين أن الرجل يتنفس من النوع البطني، و أيضا دقات القلب فهي أكثر انتظاما لدى المرأة، أما الرجل فهي أسرع .

كما تختلف المرأة عن الرجل من حيث غددها ذات الإفرازات الداخلية، و خاصة من حيث أداء كل غدة لوظيفتها و كمية نظام إفرازها، و أن كليهما ذكر أو أنثى له نصيب من الهرمونات الذكرية و الأنثوية في نفس الوقت، إلا أن نسبة توزيعها يختلف كل ذكر عن الآخر، و كل أنثى عن الأخرى.

(رمسيس بهنام ، 1996، ص ص232. 234)

أما التكوين النفسي للمرأة فله طبيعة خاصة، كونها تلد و تربي و هي وظيفة تستقل بها المرأة و تعتز بها، و لقد أوجد فيها ذلك غريزة و حسا، مما يلائم ذلك من الرقة و رهافة الحس و فيض العاطفة و تدفق الوجدان و ليونة القلب إلى غير ذلك من صفات، لأنها أم حامل أو مرضعة أو حاضنة أو أخت.

(عبد الكريم العلوي المدعزي، 1999، ص 33)

* للمزيد راجع : - زكريا ابراهيم(ب-س) سيكولوجية المرأة ص8 و ما يليها .
- كاميليا عبد الفتاح (1995) سيكولوجية المرأة العاملة ص7 و ما يليها.
- يوسف مراد (ب-س) سيكولوجية الجنس ص 12 و ما يليها.

وهذا ما تم الاهتمام به عن قبل العلماء من خلال دراساتهم لنفسية المرأة، حيث لاحظ Darwin (داروين) أن المرأة قادرة على منح حنان أوفر من نظيره في الرجل، و أن مشاعرها أكثر حيوية، وأن غريزة الأمومة فيها أكثر حدة و أكمل و أكبر من غريزة الأبوة، كما أنها أسرع إدراكا وأكثر استعدادا للتقليد.

أما العالم Spencer Herbert "هربرت سبنسر" فلقد قرر أن المرأة تتميز بالرغبة في أن تحرز إعجاب الرجل، أما علماء إيطاليا مثل lombrose ,ferrero "لومبروزو"، "فيريرور" ، فقد أوضحوا أن للمرأة حساسية جنسية و مقاومة للألم، فضلا عن بعض جوانب نفسياتها من القسوة والرغبة في الانتقام، والشعور بالحنان إلى درجة قد تتخذ صوراً مرضية، والميل إلى الكذب والغرور والنزعة غير العادية إلى التقليد، وقلة استخدام المنطق.

(رمسيس بهنام، 1996، ص ص 257 ، 258)

وترى "د/نوال السعداوي" (1993) أن العصاب كمرض نفسي قد لا يكون شديداً إلى الحد الذي يعطل المرأة عن عملها أو روتين حياتها اليومية، و قد لا يدفع المرأة إلى الذهاب إلى طبيب نفسي، وقد تعيش به المرأة و تموت به دون أن تدري من حولها أنها مصابة بالعصاب، بل دون أن تدري هي نفسها أنها مصابة بالعصاب، أو أسباب تلك الكآبة التي تشعر بها من حين إلى حين، أو أسباب ذلك الصداع المستمر في نصف رأسها، أو ذلك الخمول و الرغبة في الكسل و النوم، أو ذلك الأرق في بعض الليالي، أو تلك الأحلام المزعجة التي تراها في نومها بعض الأحيان القليلة أو الكثيرة، أو ذلك الإعراض عن الأكل أو الجنس أحيانا، أو... أو... ، عشرات الأعراض البسيطة أو الشديدة، المؤقتة أو الدائمة، لكنها في معظم الأحيان غير قاتلة؛ حيث تستمر مع روتين حياة المرأة اليومية، صحيح أن النشاط لم يعد كما كان، و الإقبال على الحياة لم يعد كما كان، وصحيح أن هناك بعض الآلام الجسدية أو النفسية من حين إلى حين، لكن الحياة تسير، ربما تسير ببطء أكثر، وربما تسير بغير بهجة وبغير لذة.

(نوال السعداوي ، 1993، ص 8)

ولقد وجد أن المرأة قبل المراهقة تكون أقل عرضة للإضطرابات النفسية ذات الصلة بالنمو العصبي، لكن إذا تتبعنا المرأة في مراحل نموها التالية نجدها تمثل غالبية المرضى النفسيين من حيث احتياجاتهم للرعاية النفسية أو احتياجاتهم للعلاج بالأدوية النفسية، حيث بينت معظم الدراسات المجتمعية ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية في النساء خاصة الاضطرابات النفسية البسيطة.

ويبدو أن ارتباط المرأة بالاكتئاب هو الأكثر وضوحاً ، فقد وجد " بايكل " Paykel, 1991 أن نسبة الاكتئاب لدى المرأة هو ضعف النسبة لدى الرجل، و لقد تأكد هذا الباحث أن هذا الارتفاع في الإصابة بالاكتئاب ليس راجعاً إلى << سلوك البحث عن المساعدة >> الذي تتسم به المرأة، أي أن هذه الزيادة حقيقية وليست ناتجة عن مجرد اختلاف في درجة القبول بالمرض النفسي ومحاولة البحث عن علاج له، و قد وجد أن تلك الزيادة في الإصابة بالاكتئاب تحدث لدى النساء المتزوجات وفي السن من 25 إلى 45 سنة الذين لديهم أطفال، مما يرجع أن يكون للعوامل الاجتماعية دور مهم في إحداث الاكتئاب لديهن.

(<http://www.eLazayem.com/New-pag-227.htm>)

3-1- العوامل الاجتماعية المشكّلة للإضطراب النفسي للمرأة :

تشير كلا من " منى الصواف ، قنبية الجلبى " (2006) من خلال الدراسات * التي قاموا بها على مدى أكثر من عشر سنوات في الكويت و المملكة العربية السعودية، و التي نشرت هذه الدراسات في مجلات عالمية و عربية مهتمة بالطب النفسي، إلى أن هناك ظروف حياتية اجتماعية خاصة لدى المرأة العربية و التي تساعد على تكوين نوع ما من أنواع الاضطرابات النفسية لديها، نذكر منها:

3-1-1 المرأة شريك غير مشارك للرجل:

إذا كانت المرأة شريك الرجل في بناء الأسرة و المجتمع، إلا أنها شريك سلبي في المجتمعات العربية فهي شريكة الجسم لا العقل ، و هو ما نلمسه في عدم قدرتها على إتخاذ قرارات تخص حياتها بالدرجة الأولى، فالمرأة العربية لا تستطيع أن تزوج نفسها باختيارها مهما وصلت من درجات العلم، فإذا كانت المرأة تعتمد على الرجل - الذي يكون أباهاً و أخاهاً- في قرار زواجها، فهي تعتمد على زوجها في قرار طلاقها.

* حيث أجروا اثني عشر بحثاً، حيث كان المرضى المراجعون لعيادتهم هو موضوع البحث، و قد شمل الإثني عشر بحثاً أكثر من ألف شخص من المراجعين و المراجعات ، و في تلك البحوث دراسة الظروف الاجتماعية و تأثير التقليد التي تحكم المجتمع من أساليب في التربية أو عادات متوارثة في العلاقات الزوجية و غيرها، ثم دراسة العلاقة بين تلك العوامل و ما يشكو منه المرضى و المريضات و التشخيص المرضى النفسي لكل حالة و من هذه الأبحاث نذكر:

- قنبية الجلبى (1988) الزواج التقليدي و علاقته بالصحة النفسية : دراسة في مرض العيادة الخارجية في السعودية المجلة الاسكندفانية للطب النفسي ، ص 139.

حيث أن بداية حياتها الزوجية و نهايتها لا تملك أي قرارا بهما، بالرغم من كونها الطرف الجوهري في العلاقة الزوجية.

وقد تعيش الزوجة التعاسة و المهانة مع زوجها، و مع ذلك تستمر في علاقتها الزوجية معه لأن الحياة باعتقادها مع الزوج مهما كانت صعبة فهي أفضل من الرجوع مطلقة لبيت أهلها، و ما يحمله ذلك من المهانة و التي قد تكون أكثر قسوة من مهانة الزوج.

حيث نجد العديد من النساء العاملات ، من كن يعطين أزواجهن معظم دخلهن تحت تهديد الطلاق، فهن وإن كن غير راغبات في الزوج، إلا أن ليس لهن حل آخر سوى الاستمرار في علاقة زوجية مجهولة المعالم، مما يؤثر سلبا على حياتها النفسية ومن ثم مراجعة العيادات النفسية .

(منى الصواف ، قتيبة الجلي ، 2006 ، ص ص 29-36)

3-1-2 قلة اللقاء الأسري بين الزوجين:

لا يزال المجتمع العربي يحتوي في بيوته على أكثر من أسرة واحدة تسكن في البيت العائلة الكبير، و هذا يعني أن هناك أكثر من زوجة وأكثر من زوج و أولاد عديدين يسكنون في بين واحد.

وهو ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى المشاحنات و الخلافات بين أفراد تلك العائلة، و الزوج في تلك الظروف قد لا يرى زوجته إلا في غرفة النوم، فكل الفعاليات الإجتماعية و العائلية تتم دون أن تكون الأسرة وحدة متكاملة، و الذي يؤدي إلى أن تكون العلاقة الزوجية ضعيفة بين الزوجين.

(منى الصواف ، قتيبة الجلي ، 2006 ، ص 37)

وترى الباحثة أن هذه العلاقة الزوجية الضعيفة أو الهشة قد تؤثر سلبا على نفسية الزوجة التي تبحث دائما على الزوج كسند معنوي عاطفي لها في حياتها اليومية و خلال كافة مراحل حياتها .

وقد يكون سبب قلة اللقاء الأسري بين الزوجين نتيجة لعمل كلا الزوجين خارج البيت، حيث يكد كلاهما طول اليوم و في آخره يكونا منهكين كل واحد منهما ينشد الراحة و الخلود للنوم من أجل القيام ليوم جديد مليء بالعمل و الجهد و النشاط، فبذلك يقل اللقاء بين الزوجين و ما يتضمنه

من تواصل فكري و عاطفي، فتغيب بذلك قيم الزواج كعلاقة مقدسة أمام اجتياح القيم المادية، و مع مرور الزمن - قد لا يدرك كلا الزوجين أنهما يعيشان بين جدران يملأها الجفاء .

3-1-3 سوء إستخدام التعددية في الزواج:

لقد أقر الإسلام التعدد في الزواج* ووضع ضوابطه و مبرراته حيث يقول تعالى {فأنكحوا ما طاب لكم من النساء مثنى و ثلاث و رباع، فإن خفتن إلا تعدلوا فواحدة أو ما ملكت أيمانكم ذلك أدنى إلا تعدلوا} (سورة النساء) .

و قد ربط الإسلام التعدد بشرط العدل بين الزوجات، و من أسباب تعدد الزوجات نذكر:

- مرض الزوجة و عدم قدرتها على تلبية الحاجة الجنسية لزوجها، أو القيام بأعمال المنزل، فيضطر الرجل إلى اتخاذ زوجة أخرى.
- عقم الزوجة و عدم قدرتها على الإنجاب .

(حسين مظاهري ، 1994، ص 207)

وترى كلا من "منى الصواف" و "قتيبة الجليبي" (2006) أن مشكلة تعدد الزوجات من خلال المترددات على العيادات النفسية، هي الزواج بالثانية و الذي غالبا لا يكون للأسباب التي أباحها الإسلام، بل يكون هوى بعض الرجال هو الذي يقرر مصير الزوجة الأولى، و هو ما يسبب الأذى النفسي للزوجة الأولى، و يعد من أكثر العوامل المسببة للأمراض النفسية عندها، ففي دراستين لهما حول تأثير تعدد الزواج على الصحة النفسية للمرأة، حيث تمت الدراسة الأولى في القسم الداخلي من مستشفى الأمراض النفسية في الكويت، والأخرى في قسم العيادة الخارجية من المستشفى نفسه، و شملت (240) مريضة، و جدا أن نسبة الزواج المتعددة كما جاء في الإحصائيات الرسمية حوالي العشرة بالمائة، و لكن نسبة النساء المتزوجات اللاتي يرتدن العيادات الخارجية أو المنومات داخليا

* لقد تم التطرق إلى تعدد الزواج في الإسلام ، في الفصل الأول الأسرة والزواج .

في المستشفى النفسي كان خمسة و عشرين بالمائة، أي أن ربع النساء المتزوجات اللاتي يعالجن من مرض نفسي كن من الزوجات الأوليات.

إلى جانب ذلك وجدا أن كل النساء المراجعات للعيادة النفسية اللاتي من زيجات متعددة كن الزوجات الأوليات في الزواج و لسن الزوجات الجدييات، ومن ثم توصلنا إلى نتيجة مفادها أن الزواج الثاني له تأثير سلبي على نفسية الزوجة الأولى، و أنه لم يظهر له تأثير سلبي >> أي الزواج الثاني << على الزوجة الجديدة.

(منى الصواف ، قتيبة الجلي ، 2006 ، ص ص 41-42)

3-1-4 مشكلات الزواج و الطلاق:

يشير لطفي الشربيني (2003) إلى أنه عادة ما تشهد السنوات الأولى للزواج الكثير من صعوبات في التفاهم بين الزوجين، غير أن المرأة تكون عادة هي الطرف الأكثر تأثراً، و نظراً لصعوبة التوافق الذي يحدث نتيجة للظروف الجديدة التي تصاحب الانتقال إلى الحياة الزوجية، فقد يحدث في الغالب بعضاً من الشد و الجذب بين المتزوجين حديثاً، و قد وجد أن هذه الخلافات الزوجية تحدث بصورة واضحة في أكثر من 50% من حالات الزواج.

و قد تكون الخلافات الزوجية من الشدة بحيث لا يكون هناك أي مخرج منها سوى الطلاق، كحل مشروع للموقف بانفصال الزوجين، و الطلاق هو أحد الخبرات المريرة في حياة المرأة لما يترتب عليه من نتائج نفسية واجتماعية عميقة، لكن الإستمرار في حياة زوجية غير متوافقة، خوفاً من تجربة الطلاق قد يؤدي إلى آثار سلبية أسوأ من الناحية النفسية، و كلتا الحالتين - أي إستمرار الصراعات الزوجية أو الانفصال بالطلاق - قد تكون السبب في إصابة المرأة بالأمراض النفسية و في مقدمتها الإكتئاب .

(لطفي الشربيني ، 2003 ، ص 71)

3-1-5 الأدوار الزوجية:

تشير " شكوه نوابي نزاد" (2001) إلى أن ارتفاع نسبة إصابة النساء بالأمراض النفسية عن نسبة إصابة الرجال، واختلاف نسبة الفئات المختلفة من النساء بها حسب أوضاعهم الاجتماعية الخاصة في ظهور هذه الحالة.

حيث أثبتت الدراسات- و منها دراسات و يسمان ومساعديه- Wissman العلاقة الوثيقة بين الوضع الاجتماعي البائس الذي تعيشه بعض النساء بالدرجة الأولى، و الوضع العائلي بالدرجة الثانية من جهة، وارتفاع حالات الإصابة بالكآبة لدى النساء من جهة أخرى.

حيث أن استصغار المرأة المتزوجة لدورها داخل البيت ،من القيام بأعمال المنزلية و رعاية الأطفال و تلبية رغبات الزوج و غيرها من الأعمال التي تنهك الزوجة، و اعتبار هذا الدور هو الدور الوحيد لها، والتقليل من قيمته من طرف الزوج أو الأسرة ككل قد يؤثر سلبا على الصحة النفسية للمرأة و يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأعراض النفسية وعلى رأسها الاكتئاب .

(شكوه نوابي نراد ، 2001 ، ص ص 161-162)

إضافة إلى العوامل الاجتماعية التي تلعب دورا في تشكيل المرض النفسي للمرأة ،وهي عوامل خارجية تمثل ضغطا نفسيا رهيبا على المرأة، هذه الأخيرة و إن لم تحاول التكيف معها أو التعامل معها بحنكة وسلاسة، فإنها ستقع لا محالة فريسة المرض النفسي .

هذه العوامل و إن كانت هناك إمكانية لتجاوزها و التعايش معها، إلا أن ذلك قد يكون أصعب في ظل العوامل البيولوجية التي تدخل في تكوين المرأة و هي عامل خارجي، قد تفرض نفسها فرضا على المرأة.

3-2- العوامل البيولوجية و الفزيولوجية المساهمة في تشكيل المرض النفسي لدى المرأة:

فطبيعة المرأة من الوجهة البيولوجية تتمثل أساسا في وظيفتها بصدد الحياة و بقاء الجنس أي وظيفة الأمومة .

وسوف نتكلم عن الغدة التناسلية نظرا للدور الهام الذي تؤديه في حياة المرأة من الوجهتين الجسمية و النفسية ، فالبيض كما هو معلوم هو العضو الذي يطلق كل شهر بويضة، بعد أن تكون قد نضجت و أصبحت صالحة للتخصيب، و لكن المبيض يفرز أيضا نوعين من الهرمون، الواحد بعد الآخر في فترات معينة، يسمى الهرمون الأول " الفليكولين" و الثاني " لوتيين" و لكل منهما أثر خاص يتجاوز حدود العمليات الجسمية إلى الحالة النفسية و المزاجية، حتى أن بعضهم سمي الهرمون الأول " هرمون الحب" و الثاني " هرمون الأمومة"، كأن المرأة في مدى كل شهر تمر بمرحلتين نفسييتين مختلفتين، مرحلة الزوجية ثم مرحلة الأمومة، و هذا يفسر لنا بعض ما يصيب المرأة من تقلب في المزاج، من الإنتقال من حالة الفرح و الإطمئنان و الهدوء المترن إلى حالة الكآبة و القلق و التوتر.

(يوسف مراد، ب س ، ص 57-58)

وبذلك فإن حالة المرأة بصدد وظيفة التنازل و بقاء الجنس أكثر تعقدا من حالة الرجل، وكما أشرنا فالمرأة تقع تحت تأثير هرمونين مختلفين هرمون الحب و هرمون الأمومة، و قد يكون في حالة تضافر و تعاون أحيانا و في حالة تنافر و تضاد أحيانا، كأن المرأة تتذبذب بين قطبين، بين الحب من جهة و بين الأمومة من جهة أخرى- و وظيفتها في كلا الجهتين متعددة النواحي والأدوار وقد تكون هذه الأدوار أيضا أحيانا متضافرة متعاونة و أحيانا أخرى متنافرة متضادة، فهي تقوم بدور الزوجة نحو زوجها و بدور الأم نحو أبنائها .

وبذلك فإن رسالة المرأة ليست مقصورة على ما تبدله من تضحيات في سبيل وظيفتها البيولوجية، من حمل ورضاعة ورعاية أطفالها، فقبل كل ذلك فإن من حقها أن تحظى بحياة زوجية سعيدة، و بأن نجد في حب زوجها لها و في حبها لزوجها ما يرضى حاجتها الوجدانية من لذة وسرور و رغباتها العاطفية من حب واطمئنان وتقدير.

(يوسف مراد، ب س، ص ص59-60)

إضافة إلى ذلك أنه أثناء فترة الطمث و فترة ما قبل الطمث ،تعاني المرأة من التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج العصبي، مع حساسية الإنفعال و كثرة البكاء، هذه الفترة تصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية .

كما تبدأ و تزيد و تشتد الأعراض الإكتئابية عند توقف نشاط الهرمونات الجنسية أو ما يسمى بسن اليأس .

(أحمد عكاشة، 2003 ، ص 423)

ويعرف سن اليأس عادة بتوقف الدورة الشهرية نهائيا نتيجة توقف المبيضان عن إنتاج الهرمونات الأنثوية، ويحدث هذا عند تقدم المرأة في السن.

(Rozenbum.H ,2002 p1)

والمرأة بعد الحمل والولادة قد تتعرض إلى نوع من الإكتئاب يدعى الإكتئاب النفاسي أو الإكتئاب ما بعد الولادة، وسمي كذلك لأنه يحدث للمرأة بعد الولادة مباشرة، وقد يحدث قبيل الولادة ويستمر بعدها، ويصاب بهذا النوع 10% من النساء اللاتي يضعن طفلا جديدا وهو اكتئاب وجداني انفعالي، وليس له أسباب عضوية.

(علا عبد الباقي إبراهيم، 2009 ، ص 30)

وسوف نركز على بعض الأمراض النفسية التي قد تعتبر أكثر انتشارا لدى المرأة وهي:
الاكتئاب، توهم المرض، الهستيريا وذلك كما يلي:

4- توهم المرض لدى المرأة:

يعتبر عصاب توهم المرض من أكثر الأمراض النفسية ألما ومعاناة بالنسبة للمريض و كذا الأشخاص المحيطين به.

4-1 تعريف توهم المرض :

يعرف " حامد زهران " (2005) عصاب توهم المرض بأنه: " اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه، واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الإهتمامات الأخرى، ويعوق اتصاله السوي بالآخرين ويشعر بالنقص و الشك في نفسه ،كما يعوق اتصاله أيضا بالبيئة المحيطة به، ويطلق عليه أحيانا- رد فعل توهم المرض- ".

(حامد زهران ، 2005 ، ص490)

4-2 مدى انتشار توهم المرض:

ينتشر توهم المرض لدى النساء أكثر من الرجال، ويكون بصفة خاصة في العقدين الرابع والخامس من العمر، وقد ثبت أن توهم المرض نادر الحدوث عند الأطفال إلا في بعض حالات فقد الأم أو الإيداع بالمؤسسات K كما يظهر توهم المرض كثيرا في الشيخوخة، وقد يرجع ذلك إلى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجذب الانتباه، كما يلاحظ توهم المرض في حالة العجز أو الإعاقة الجسمية ،حيث يببالغ المريض بشكاويه وآلامه.

(حامد زهران،2005،ص491)

4-3 أسباب توهم المرض :

هناك عدة أسباب لمرض توهم المرض نذكر منها:

- الحساسية النفسية عند بعض الأفراد، حيث نجدهم يتوهمون أنهم مرضى بمرض يكونون قد سمعوا عنه من الأطباء، أو المعالجين وفهموه فهما غير سليم أو أساءوا الفهم، أو يكونون قد قرؤوا عنه قراءة غير واعية وعلى غير أساس علمي في الكتب والمجلات الطبية، ويدعم هذا الاضطرابات الانفعالية الطويلة.

(حامد زهران، 2005، ص491)

- لقد أشارت بعض الدراسات النفسية إلى وجود ميول عدوانية مكبوتة، مع الفشل في الحياة العامة، والحياة الزوجية أو الأسرية خاصة، وإحساس المريض بالاضطهاد والرفض من الآخرين، والقصور في أداء الواجبات، وبهذا يكون توهم المرض بمثابة إحساس رمزي ناتج عن الإحساس بالإثم، أو بديل عن تأنيب الذات وخلق عذر وهمي لتبرير هذا الفشل أو هذا القصور.

(فيصل الزراد، 2004، ص81)

- العدوى النفسية حيث يكتسب المريض الأعراض من والديه، حيث يوجد توهم المرض لديهما، حيث يلاحظ اهتمامهما أكثر من اللازم بصحة الأولاد، أو خبرة المعاناة الشديدة من مرض سابق، ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته، أو وجود تهديد شخصي لا شعوري مثل دنو الأجل كما في الشيخوخة، والخوف من فقدان الحب، وانهايار الدفاعات النفسية ضد دفاعات العدوان الجنسي.

(حامد زهران، 2005، ص491)

ويشير "فيصل الزراد" (2004) بأن عجز الفرد عن لوم الآخرين الذين يعتبرهم هم سبب آلامه أو معاناته، وكبت مشاعر الغضب والضيق يؤدي إلى تحويل هذا اللوم وهذه المشاعر المؤلمة إلى نفسها، أي إلى نفس الفرد، ثم يتحول ذلك كله ليظهر على شكل شكاوى جسدية وألم واضطرابات عضوية ووهن عصبي، ويتم ذلك عن طريق آلية نفسية داخلية هي آلية الإستدماج،

حيث ستمدج النفس بعض صفات شخص لديها نحوه مشاعر متناقضة من الحب والكراهية، وعن طريق عملية الاستدماج لبعض صفات هذا الشخص يشعر الفرد بهذه الصفات وبأنها تسبب له المرض و الإضطراب، مثل الذي يتوهم مرض القلب بعد وفاة والده بمرض القلب.

كما تسمح آلية توهم المرض للفرد بأن يهاجم الآخرين بآلامه (*) وينتقم منهم أو يعاقبهم عوضاً من أن يهاجمهم بمطالبه أو يعبر عن لومه لهم.

(فيصل الزراد، 2004، ص 81)

4-4 أعراض توهم المرض:

فيما يلي أعراض توهم المرض :

- تسلط فكرة المرض على الشخص في شكل وساوس، وهو ما يبعث بعدم الشعور بالراحة.
- تضخيم شدة الإحساس العادي بالراحة والتعب، والانشغال الدائم والمبالغ فيه بالجسم والصحة، وهو ما يؤدي بالشخص إلى كثرة التردد على الأطباء، والمبالغة في الأعراض التافهة وتضخيمها، والتركيز على صغائر الأعراض المرضية و محاولة المريض دائماً تشخيص مرضه بنفسه، وهذا التشخيص غالباً ما ينطبق مع الحقائق المعروفة طبياً.

(حامد زهران، 2005، ص 492)

- الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من الجسم، وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو (الذي يكون هدف توهم المرض) له علاقة رمزية بالمشكلة التي تكمن وراء توهم المرض، والإحساس بحركات الأمعاء وضربات القلب وما شابه ذلك، وتنقل وتنوع الشكوى، كما يميل المريض الى تعميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة

* والمرأة غير المتوافقة زواجياً أكثر عرضة لتوهم المرض والذي قد تلجأ اليه لاشعوريا كرد فعل للمعاناة النفسية التي تعيشها مع الزوج، ومحاولة لفت انتباهه.

بتوهم المرض حتى ليشعر الجسم كله في حالة معاناة، وقد يؤدي هذا إلى حالة إنسحاب كامل بعيدا عن العالم المحيط به.

- الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب.

(حامد زهران، 2005، ص492)

4-5 تشخيص توهم المرض :

من النادر أن يظهر توهم المرض كعصاب مستقل، ولكن غالبا ما يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسي آخر مثل الاكتئاب كما في حالات اكتئاب سن القعود.

وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد اضافة الى مرض عضوي فعلي، يجعل الاعراض مبالغا فيها.

(حامد زهران، 2005، ص492)

4-6 علاج توهم المرض :

قد تتداخل عدة علاجات لعلاج توهم المرض وذلك تبعا لشدة الحالة ومدى قابلية المريض للعلاج، وما إذا كان توهم المرض مرافقا أو عرضا لاضطراب نفسي آخر، وتتلخص أهم ملامح علاج توهم المرض فيما يلي :

- استخدام الأدوية النفسية الوهمية، واستخدام الأدوية المهدئة.

- العلاج النفسي الذي يركز على التطمين النفسي والإيحاء، لمساعدة المريض على كشف صراعاته الداخلية والتخلص منها، وشرح العوامل التي أدت إلى المرض والعلاقة بينها وبين الأعراض، وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى، ويفيد هنا العلاج النفسي المختصر والعلاج النفسي الجماعي.

- الإرشاد العلاجي للمريض وإرشاد الأسرة، خاصة مرافقي المريض كالزوج مثلا نحو عدم المبالغة في العطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة.. الخ.

- العلاج الاجتماعي وتحقيق تفاعل اجتماعي أكثر عمقا ومعنى، والعلاج بالعمل و الرياضة والترفيه لإخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته، و محاولة تعديل الظروف المحيطة بالبيئة و المحيط الأسري ومحيط العمل.

- مراقبة المريض خشية الانتحار إذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب.

وعلى العموم يكون تحسن المريض بعد العلاج مرهونا بصفة عامة بالتعاون الجدي من قبل المريض، و كلما كانت أسبابه محددة وأعراضه واضحة ومكاسبه الثانوية قليلة.

(حامد زهران، 2005، ص ص 493، 492)

5- الاكتئاب لدى المرأة :

5-1 تعريف الاكتئاب :

يعرف فرويد **S.Freud**: يعرف الاكتئاب بأنه " عبارة عن عوامل شعورية و لا شعورية من شأنها أحداث إحساس بخيبة الأمل و الحزن و اليأس ."

(عبد المنعم الحفني ، 2005 ، ص 207)

وحسب بيك **Beak** : اضطراب في التفكير و الناحية المعرفية للفرد، و أن أعراض التناذر الاكتئابي هي نتيجة تنشيط أنماط معرفة سلبية خاطئة يجب تغييرها لتغيير الحالة الاكتئابية .

(لطفى الشريبي ، 2001 ، ص 19)

أما **لونج ايدلبرج Eide Iberg.I** " فإن الاكتئاب عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي. وزيادة العدوان تجاه الذات و النقد الذاتي، و مشاعر الذنب، و اتهام الذات و كل بتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب."

(مدحت عبد الحميد أبو زيد ، 2001، ص 23)

أما **حامد زهران (2005)** " فإن الإكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبير عن شئ مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه." (حامد زهران، 2005، ص 514)

ومن خلال التعاريف المختلفة يتبين أن الاكتئاب هو حالة انفعالية حادة، يتميز نقص النشاط الفيزيقي من خلال تدني النشاط واضطراب في النوم، الشعور بالإثم والحزن الشديد واليأس من الحياة ونقد الذات.

وهناك اختلافا واضحا بين النظريات لتفسير الاكتئاب، فالنظريات البيولوجية ترى أن الاكتئاب يحدث بسبب عوامل وراثية و فيزيولوجية، وعلى العكس ما نجده عند التحليليين اللذين أرجعوه لخبرات الطفولة، بينما أرجعته النظرية السلوكية لفقدان الدعم الإيجابي أو السلبي، وهو ما لم تقبله النظرية المعرفية والتي فسرتة على أساس الأفكار والمعتقدات السلبية.

5-2 أنواع الإكتئاب :

- الإكتئاب الخفيف : هو أخف الأنواع
- الإكتئاب البسيط: و هو يأتي بعد الإكتئاب الخفيف، و هو لا يشكل خطورة إلا في حالة الترددي.
- الإكتئاب الحاد : و هو أشد صور الإكتئاب و لقد ارجع " هيبوقراط" و "جالين" حالة الإكتئاب - الارتباط العقلي- لزيادة السوداء في الدم و وصف أصحابها بالمانخوليا العميقة و الحزن المفرط.

(نبيهة صالح السمراي ، 2007، ص 84)

- الإكتئاب العصابي: و يعتبر كاستجابة عصبية بالكآبة يخلقها موقف أو حادث محزن وملامحه الرئيسية هي شعور الفرد بالحزن، والرغبة في البكاء، واضطراب في الوزن والإمساك والسرعة في ضربات القلب، والانسحاب و الشك و الشعور بالتشاؤم والإرهاك والاهتياج الانفعالي، و ضعف القدرة على اتخاذ القرارات، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية و خفض الدافعية و اليأس السريع، و هذا الإكتئاب يمكن اعتباره معتدل الشدة مصحوبا بالقلق و يخلو من الأعراض الذهانية.

(أديب محمد خالدي، 2009، ص ص362-363)

ويكون اتصال الفرد بالواقع موجودا، و يدرك بأنه مريض و يسعى للعلاج لدى الأخصائي النفسي، وغالبا ما يستخدم المريض بالإكتئاب العصابي أسلوب الانتحار بغرض إثارة و لفت انتباه الآخرين، حيث لا يقصد من ورائه الموت.

وهذا النوع من الإكتئاب قد يصيب المرأة غير المتوافقة زواجيا، نتيجة معاشتها اليومية لتصدع علاقتها الزوجية.

➤ الإكتئاب الذهاني: جذور هذا النوع من الإكتئاب جد عميقة، فهو عبارة عن تراكم كم هائل من الصدمات والخبرات الأليمة، التي نقشت آثارها في شخصية ونفسية الفرد، حيث يتميز بالجمود الانفعالي و ضعف الاتصال بالواقع، وتدني النشاط العقلي والنفسي والحركي وسيطرة الهلوسات والأوهام الاكثنايية، ويقدم على الانتحار بجمود شعوري.

(نبيهة صالح السمراي ، 2007، ص ص 87-88)

➤ **الاكتئاب التفاعلي:** و هو الناتج عن الضغوط النفسية الشديدة أو الحرمان أو الصراع النفسي، و يمكن الوقاية منه بممارسة التمارين الرياضية و تمارين الإسترخاء، و الحياة الاجتماعية السوية و التمسك بتعاليم الدين و القيم الإيمانية.

(ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008 ، ص 247)

➤ **الاكتئاب كاستجابة شرطية:** و هي حالات اكتئابية يرجع مصدرها الأصلي إلى سابقة صدمية، بما في ذلك حالات الاغتنام التي تنشأ كرد فعل النجاح و الأحداث المسعدة، شأنها في ذلك شأن كل استجابة من أي نوع آخر، كانت قد نشأت وليدة أوضاع أو خبرات ماضية و عادت إلى الظهور، بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة الماضية في صورة من الصور.

(عبد الفتاح محمد دويدار ، 2003 ، ص ص 252،253)

➤ **اكتئاب سن اليأس:** و يكون عند النساء (40-50) و عند الرجال (50-60) و يسوده ضعف جسمي و فيزيولوجي شامل، و خمول في إفرازات الغدد و هواجس سوداوية متشائمة و علامات للقلق و الشرود، و يتحرك المصاب ذهابا و إيابا في الغرفة ويشد شعره و يعط شفثيه و يرفض الطعام و يعتدي على كل من يقترب منه .

(مروان أبو حويج، عصام الصفدي، 2009 ، ص 123)

3-5 أعراض الاكتئاب:

لقد اهتم العديد من الباحثين في تحديد الملامح الأساسية للإكتئاب، و قاموا بدراسات خضعت لإجرائها عينات مختلفة، وتكلفت الجهود في بناء عدد من المقاييس و الاختبارات النفسية التشخيصية، من أجل الوصول إلى تحديد دقيق للأعراض التي يتصف بها الاكتئاب و تتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

- الأعراض النفسية الانفعالية :

• **الحزن:** و هو الأعراض الانفعالية المشتركة في جميع حالات الاكتئاب، و يجب أن نعلم بأن ليس كل حالة حزن تعتبر اكتئابا، لأن الاكتئاب في أبسط درجاته له أعراض متراملة، يلاحظها الآخرون و تستمر فترة لا تقل عن أسبوعين في بداية المرض.

(علا عبد الباقي إبراهيم، 2009 ، ص 36)

- الإحساس بتأنيب الضمير و الشعور بالذنب: و يبدأ المريض في التتقيب في ماضيه، عن أي أخطاء لكي يلوم نفسه عليها و يشعر بالذنب تجاهها، لإرضاء هذه النزعة في الشعور بالخطيئة.
- توهم العلل البدنية : و هي أكثر الأعراض شيوعا، حيث يتردد على الأطباء الباطنيين الذين يعاودون عليه الكشف مرارا دون اكتشاف أي سبب عضوي لآلامه.
(محمد شحاته ربيع، 2005 ، ص 103)
- انعدام الدافع و الدافعية لممارسة أي عمل القيام بانجاز أية مهمة، حيث تبدو قرارات انجاز تلك المهمة من الأمور العسيرة على النفس.
- فقدان الشهية و عدم الرغبة في تناول الطعام لرغبة المريض للتخلص من الحياة .
- ضعف الشهوة الجنسية و حدوث العنة عند الرجال و البرود الجنسي، و اضطراب العادة الشهرية عند النساء.
- سرعة الغضب و الانفعال و فقدان الثقة بالنفس، و محاولة الابتعاد عن الناس و التشاؤم المفرط.
(عبد الكريم قاسم أبو الخير ، 2001 ، ص 94)
- الانعزال العاطفي عن من حوله: حيث لا تبقى للفرد المكتئب محبة نحو من كان يجيبهم من قبل، إلا إذا كان ملزما بالبقاء معهم، و في هذا الحال يلاحظ و كأنه يجبر نفسه على الاستقرار في تقديرهم أو محبتهم. ثم أن إدراكه العالم الخارجي حوله يصبح مصطبغا بعزلة داخلية.
- كما أنه يعاني من اضطرابات في النوم، و يظهر ذلك في صعوبة الإغفاء، و في الاستفاقة المبكرة التي تجر التعب معها عادة و الشعور بضعف النشاط في الصباح.
(صبره محمد علي و الآخرون، 2004 ، ص 330)

- الأعراض الجسمية:

نذكر منها:

- انقباض الصدر و الشعور بالضييق، مع فقدان الشهية للطعام الذي ينتج عنه نقص في الوزن.
- الصداع و التعب دون مبرر له أي دون بذل جهد.
- ضعف النشاط العام و الضعف الجنسي.

(عبد الرحمان الوافي، 1999 ، ص ص 57-58)

ومن بين الأعراض الخاصة بالوهن الجسمي الاكتئابي:

اضطراب خفقان القلب و نحول الرقبة و نحافتها، و بروز عظام الفكين، إضافة إلى بروز عظام الصدر، مع الشعور بأن الشخص مسكين.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد ، 2001 ، ص 44)

أما الطبيب الفرنسي الشهير "هنري آي" EY.H يرى أن أهم مظهر من مظاهر الاكتئاب هو أن إدراك المرء للزمن يتغير، ليس فقط أن يشعر المرء أن الأربعم و العشرين ساعة تمر وكأنها أسبوع، و لكن أيضا الأهمية المتعلقة بالماضي و الحاضر، و لذلك فإن الماضي و ليس المستقبل هو ما يستدعي انتباه الشخص المكتئب.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد ، 2001، ص ص 40-41)

أما " سترونجمان" Strongman فيرى أن الاكتئاب يتميز بوجود خمس فئات من السمات المميزة له و هي:

- المزاج الحزين و فتور الشعور.
- مفهوم سلبي عن الذات مع تأنيب و لوم الذات.
- تجنب الأشخاص المحيطين .
- فقدان الشهية العصبي و الرغبة الجنسية.
- تغير في مستوى النشاط، عادة في اتجاه الكسل و أحيانا في شكل استشارة.

(حسين فايد، 2001، ص 98)

وبذلك تبدوا الحياة لكل مرضى الاكتئاب لا جدوى لها، إلى درجة التفكير في تدميرها من خلال الانتحار.

وبذلك نجد أن هناك سمات خاصة بالشخصية الاكتئابية تلقى اتفاقاً بين علماء النفس حيث أن الشخصية الاكتئابية تتسم بالتشاؤم، إنكار الذات، الكآبة، الخضوع و لوم الذات، و توحى الأدلة العلمية بأن مستوى تقدير الذات و الاستقلالية غالباً ما يلعبان أدواراً مرضية في الإكتئاب .
(حسين فايد ، 2001 ، ص 63)

4-5 علاج الاكتئاب:

عندما يلجأ المفحوص إلى الأخصائي النفسي قصد العلاج من الاكتئاب، سواء إن كان المفحوص قد جاء للعيادة النفسية بمحض إرادته أو بدفع الأقارب و الأهل، فمن واجب الأخصائي النفسي أن يستقبل المفحوص استقبالا ودودا، و أن يمنحه درجة كبيرة من الاهتمام، و أن لا يشاركه اليأس والحزن بل يعمل باستمرار وجدية على أبعاد شبح الحزن و اليأس عنه، و أن يطبق الخطوات العلمية التمريرية عليه.

فيلجأ أولاً إلى تقييم حالة المفحوص، عن طريق جمع أكبر قدر من المعلومات عنه، ومراقبته والتحدث إليه و تسجيل كل المعلومات التي أمكن التحصل عليها عن المفحوص و عن المرض، من حيث التاريخ المرضي و الوضع الحالي، ثم الشكاوي الرئيسية الحالية بأعراضها الجسمية والنفسية، ثم معرفة التاريخ الأسري من حيث الأمراض الوراثية، و أخيراً الفحص السريري والعلامات الحيوية، و بعد ترتيب هذه المعلومات و تنسيقها يستطيع الأخصائي النفسي أن يضع تشخيصه.

(عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001 ،ص ص 94-95)

وبعد عملية التشخيص -الاكتئاب تحديدا- تأتي مرحلة العلاج، هذا الأخير الذي تتوافر فيه أنواع متعددة، ومن المفترض أن يختار الشخص المكتئب أو يشارك في الإختيار بين أنواع العلاج المختلفة.

(علا عبد الباقي إبراهيم ، 2009 ، ص 117)

حيث يحتاج الاكتئاب إلى العلاج النفسي و العلاج البيئي الاجتماعي، و أيضا العلاج الكيميائي إذ تعطى له مضادات القلق و الإكتئاب الكيميائية و المهدئات لتقوية عمليات الكف لإستعادة الخلايا العصبية لكفاءتها.

6- الهستيريا لدى المرأة :

6-1 تعريف الهستيريا* :

يعرف "حامد زهران" (2005) الهستيريا بأنها "مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة، وهي عصاب تحولي تتحول فيه الإنفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، لغرض فيه ميزة للفرد أو هروبا من الصراع النفسي أو من القلق، أو من موقف مؤلم دون أن يدرك الدافع لذلك. وعدم إدراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن التمارض الذي يظهر المرض لغرض محدد مفيد.

وفي الهستيريا تصاب مناطق الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي "الإرادي" مثل الحواس وجهاز الحركة. وهذا غير المرض النفسي الجسمي حيث تصاب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي "اللاإرادي".

(حامد زهران، 2005، ص 498)

وتستعمل كلمة هستيريا بمعان مختلفة منها: الشخصية الهستيرية، السلوك الهستيري، والحالات الهستيرية العصابية، وسوف نشرح كل منها بإيجاز كما يلي:

أ- الشخصية الهستيرية : وهي التي تنشأ من تفاعل العوامل الوراثية والبيئية، خاصة علاقة الفرد بالوالدين، خاصة الجنس الآخر، وهذه الشخصية هي حصيلة التخلف أو الفشل في عملية النضج الانفعالي، ولا نستطيع اعتبار هذه الشخصية مرضا في حد ذاتها، ولكنها اضطراب في الشخصية، يجعل الفرد مهياً أكثر من الشخصيات الأخرى لتكوين الأعراض الهستيرية.

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتي:

- عدم النضج الانفعالي: والذي يعني عدم الثبات في العاطفة، مع سطحية الانفعال، والتغير السريع في الوجدان لأنفقه الأسباب. وعلى الرغم من أن الشخصية الهستيرية تظهر وكأنها ذات

* لقد اشتقت كلمة هستيريا Hysteria من الكلمة الإغريقية Hysteron بمعنى الرحم، حيث كانت الفكرة الشائعة آنذاك أن مرض الهستيريا يصيب النساء فقط، وأن سببه انقباضات عضلية في الرحم، وقد ثبت خطأ هذه التسمية، فمرض الهستيريا يظهر أيضا لدى الرجال ولو أنه أكثر شيوعا لدى النساء.

عواطف صالحة قوية معبرة تضحى في سبيلها بكل الإمكانيات؛ إلا أنها سرعان ما تخدم وتتبرخ، وتبحث عن عاطفة أخرى بديلة.

وكذلك تتميز علاقتها سواء في العاطفة أو الصداقة بالذبذبة السريعة، وعدم القدرة على إقامة علاقة ثابتة لمدة طويلة، نظرا لعدم قدرتها على المثابرة، و نفاذ الصبر السريع.

(أحمد عكاشة، 2003، ص ص 199، 200)

- القابلية الشديدة للإيحاء واللامبالاة في معظم الحالات و الرغبة في الاستعراض والاستعراء، وذكر مشاكلهم واضطراباتهم للآخرين، مع التلهف الشديد إلى العطف، والإحاح لأشباع الجوع العاطفي من الآخرين بمبالغة شديدة.

(عطوف ياسين، 1986، ص ص 229، 230)

- الاستفزاز الجنسي: وهي المحاولة الدائمة لهذه الشخصية لاسترعاء الانتباه الجنسي، للجنس الآخر، مع تأويلها وتفسيرها لكثير من الظواهر العادية بطريقة جنسية، وعلى الرغم من أن معظم الرجال ينجذبون إلى الشخصية الهستيرية، نظرا لحيويتها وانفعالاتها القوية، وجاذبيتها الجنسية وقدرتها على التعبير عن عواطفها، إلا أن جزءا كبيرا من النساء اللاتي يتمتعن بهذه الجنسية الاستفزازية المفرطة يعانون من البرود الجنسي، ودائما ما يبحثن عن اللذة المفقودة.

- القدرة على الانشفاق في الشخصية: وذلك عند الحاجة، إذ تمتلك الشخصية الهستيرية القدرة على الهروب من مواقف معينة، بالتحلل من شخصيتهم الأصلية، واكتساب شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة.

(أحمد عكاشة، 2003، ص 201)

ب- السلوك الهستيري : وهنا تتصف تصرفات الإنسان بالمبالغة كالصراخ من الألم و طلب المسكنات بشكل فوري من الهيئة الطبية بدون مصوغ حقيقي، أو أن تستمر الأعراض المرضية بعد شفاء المرض الأصلي، أو أن يهدف المريض إلى كسب ما من سلوكه.

ج- الحالات الهستيرية العصابية : وهذه تشمل حالات مختلفة من الاضطرابات في سائر المجالات الحيوية للإنسان، بدون أن يكون هناك سبب عضوي يمكن التوصل اليه.

والحالات الهستيرية تحدث في مختلف الأعمار، ولكنها أكثر ظهورا في صغار السن ويندر حدوثها بعد منتصف العمر. وهي في الإناث أكثر انتشارا من الذكور، والأعراض الصارخة التي

تهدف إلى جذب الانتباه بشدة تحدث في المجتمعات البدائية ، وفي الأشخاص محدودي الثقافة ذوي الذكاء المتوسط.

(دري حسن عزت، 1986، ص144)

6-2 أسباب الهستيريا :

هناك عدة أسباب للهستيريا وان كانت للأسباب البيئية والاجتماعية دورها الكبير في تكوينها والتمهيد لها ومن بين هذه الأسباب :

- تلعب خبرات الطفولة وتجاربها دورا هاما في تكوين هذا الاضطراب والتمهيد له، فالإسراف في تدليل الطفل ومدحه وإطرائه، والإفراط في العناية به أيام مرضه والمبالغة في حمايته من الأضرار، كل من هذه الممهدات تكون لديه صورة غير واقعية في "مفهوم الذات" وقد كشفت الدراسات بأن حالات الهستيريا غالبا ما تتناول الطفل الأول في الترتيب الميلادي بالأسرة، أو الابن الذكر الوحيد أو الأنثى الوحيدة، أو الطفل الأخير الذي نال القسط الكبير من التدليل، أو الطفلة ذات الحضوة الخاصة من أبيها والتي تثيرغيرة الأم منها، أو الطفل الذي نشأ لدى جد أو جدة يغرقانه بعطف مبالغ فيه، أو ابن الأرملة التي فقدت زوجها وحولت كل حباها لابنها بعد موت أبيه، أو ابن المطلقة التي وجدت بعد هجرها في ذلك الإبن بديلا ، تستشف منه معاني إشباع الميول الحسية والعاطفية، فتغرقه بالعطف الزائد.

(عطوف ياسين، 1986، ص 227، 228)

- الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية، والصراع الشديد بين " الأنا الأعلى" وبين " الهو" وخاصة الدوافع الجنسية وبذلك قد يلجأ الشخص إلى العرض الهستيري للتوفيق بينهما.

- الزواج غير المتوافق، والفشل في تحقيق أهدافه من الحب والاستقرار والأمن النفسي، وكثرة المشكلات الزوجية والأسرية وما يصطحبها من ضغوط نفسية شديدة لكلا الزوجين أو أحدهما، والرغبة في الهروب منها بدل مواجهتها أو كبتها، ويكون العرض الهستيري الحل الذي يلجأ إليه الأزواج بطريقة لاشعورية .

- عدم إشباع الحاجات النفسية من الحب و الأمن النفسي والتقبل وعدم الإشباع هذا الذي قد تكون جذوره من مرحلة الطفولة، لتمتد إلى المراحل العمرية الأخرى، فيجد بذلك الفرد أعراض الهستيريا الحل بطريقة لاشعورية، للفت انتباه الآخرين وكسب عطفهم وعنايتهم.

وبالرغم من الدور الكبير الذي تلعبه العوامل البيئية و الاجتماعية في تكوين مرض الهستيريا والتمهيد له، إلا انه تلعب الوراثة دورها كذلك في تكوينه.

حيث توجد بعض النظريات الأخرى التي تفسر مرض الهستيريا على أساس فسيولوجي، حيث أوضح العلماء السوفييت وخاصة "بافلوف و سيشنوف"، أن المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة، والقشرة المخية تقوم بدور مهم في كف وإحباط وتنظيم مراكز تحت القشرة في المخ، ومن الطبيعي أن يؤدي هذا الضعف إلى إثارة هذه المراكز البدائية الموجودة فيما تحت القشرة المخية، و تصبح هذه المراكز دون سيطرة عليا، وتصاب بعدم التوازن والاندفاع والتهور وتحوى مراكز الدماغ تحت اللحائية (ما تحت القشرة) جميع المنعكسات غير المشروطة، أي المنعكسات الموروثة والبدائية من أجيال بعيدة، وفي الأفراد ذوي القشرة الضعيفة، تأخذ هذه المنعكسات دورا نشطا خاصة تحت تأثير إحدى الشدائد.

وتظهر هذه الأعراض في هيئة بدائية، مثل التشنجات الهستيرية، أو الغيبوبة الهستيرية من موقف معين، كما يمكن تأويل الأعراض الجسمية حسب النظرية الفسيولوجية للهستيريا مثل العمى والشلل، والصمم بضعف فسيولوجي في خلايا اللحاء الخاصة بوظيفة الأعضاء المصابة. ويلاحظ أن كثيرا من سمات الشخصية الهستيرية تتشابه مع الأطفال، من حيث: سهولة التهيج العصبي وعدم النضج الانفعالي، والقابلية للإيحاء وتغلب العوامل الانفعالية على الفكرية، وهي تتشابه من الناحية الفسيولوجية مع قشرة مخ الطفل، التي تكون ضعيفة وواهنة نظرا لعدم نضجها وتطورها، وكذلك تتميز الشخصية الهستيرية بضعف في قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي.

(أحمد عكاشة، 2003، ص ص 203، 202)

3-6 التصنيف الإكلينيكي للأعراض الهستيرية :

يمكن تقسيم الأعراض الهستيرية إلى قسمين رئيسيين وهي: الاضطرابات التحولية والاضطرابات الانشقاقية وتندرج تحت كل منهما العديد من الأعراض، والتي تختلف باختلاف الأشخاص - حيث لا تجتمع كل هذه الأعراض في شخص واحد - وتختلف كذلك حسب قابلية الشخص للاستجابة للشدائد والضغوط بالأعراض الهستيرية.

6-3-1 الاضطرابات التحولية :

وفيها يتحول القلق والصراع النفسي بعد كبتة إلى عرض عضوي أو جسمي،* يكون له معناه الرمزي، ويكون ذلك بطريقة لاشعورية، أي لا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة، ويفصل هذا السبب عن العرض، ولا يستطيع المريض أن يربط بين الأعراض وظروفه البيئية.

وتتطوي تحت الاضطرابات التحولية ثلاث اضطرابات وهي:

أ- اضطرابات حركية :

وتشتمل على الأعراض التالية: الشلل، فقدان الصوت، ارتجاج الأطراف، اللوازم، النوبات الهستيرية، الغيبوبة الهستيرية، الاضطرابات الجلدية، الجوال أو السير الهستيري، اعوجاج الرقبة. (أحمد عكاشة، ص ص 203، 217)

وينبغي علينا هنا التمييز بين نوبات الهستيريا والصرع والذان يختلفان في النقاط التالية :

- المصاب بنوبات الصرع غير واع لما يدور معه و حوله، بينما المصاب بنوبات الهستيريا هو عموماً واع لمن حوله، ويختار الأماكن وأشخاص أثناء نوباته لكي لا يتعرض للسقوط او الحوادث،ويمكن من لفت انتباه المحيطين، وهو لا يتبول لا إرادياً ولا يعط لسانه، على عكس المصاب بنوبة الصرع الذي يتبول لا إرادياً ويعط لسانه ويتعرض للكسور والجروح نتيجة النوبة الصرعية.

- في النوبات الهستيرية (الشدة الانفعالية) أقوى مما هي عليه في نوبات الصرع.

- في النوبات الهستيرية يقوم المصاب بمحاولات الدفع و الشد والقبض على ما حوله، بينما المصاب في الصرع لا يفعل ذلك.

* يشير " حامد زهران" (2005) أنه من أهداف الهستيريا و مكاسبها التعبير الرمزي عن الدوافع والنزاعات المكبوتة التي ياباها الضمير، أو تجاهلها أو نكرانها، أو تدعيم كبتها، وحفظ ماء الوجه لوجود عذر شرعي يخدع الفرد به نفسه ويخدع به الآخرين، والحصول على انتباه و اهتمام وعطف وتسامح الغير، والانتقام من الآخرين وإرغامهم على الابتعاد عنه، و الهروب من المسؤوليات و الاعفاء من التبعات و الواجبات والالتزامات، والاعتذار عن فشل محتمل، والتحرر من الصراع النفسي الذي لا يحتمل، واحتمال الألم الجسمي الذي يكون أهون من احتمال الألم النفسي، والظهور بمظهر البطولة المتألمة في صبر وصمت، وقد يكون المرض وسيلة لارضاء حاجة الفرد الى عقاب نفسه.

- النوبات الهستيرية عموماً نفسانية انفعالية لا يوجد بها تلف في الدماغ، بينما في الصرع يوجد تلف دماغي، ويستعمل العلماء الموجات الكهربائية للكشف عن الصرع و تمييزه عن الهستيريا .

- النوبات الهستيرية وسائل هروبية من متاعب نفسية، أما نوبات الصرع فهي إصابة عضوية في الدماغ.

(عطوف ياسين،1986،ص ص 222،223)

ب- اضطرابات حسية : وتشتمل على الأعراض التالية: فقدان الإحساس، العمى الهستيري، الصمم الهستيري، فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيري، الآلام الهستيرية.

ج- اضطرابات حشوية : وتشتمل الصداع، الغثيان والقيء الهستيري، الحمل الكاذب.

(أحمد عكاشة،2003،ص ص 219،224)

6-3-2 الاضطرابات الانشاقية :

عند ازدياد شدة الفلق وعدم قدرة الفرد على تحمله،تبدأ هنا بعض وظائف الشخصية في الانفصال عن الأصل لحماية الشخص عن طريق أعراض الاضطرابات الانشاقية. وفي الاضطرابات الانشاقية تنفصل شخصية المريض إلى شخصيات أخرى، يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه،أو يفقد أثناءها ذاكرته، للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو لجذب اهتمام أو رعاية خاصة.

وتتدرج ضمن الاضطرابات الانشاقية الأعراض التالية:

فقدان الذاكرة، الشرود الهستيري، تشوش الوعي والهذيان الهستيري، الغشية والتلبس، الجوال الليلي أو السير أثناء النوم، تعدد الشخصيات، شبه العته الهستيري.

(أحمد عكاشة،2003،ص ص 230،233)

6-4 تشخيص الهستيريا :

عند تشخيص الهستيريا يجب على المعالج أن يتقن للتداخل بين الأمراض الأخرى (*) سواء النفسية منها أو العضوية مع مرض الهستيريا وذلك كما يلي :

- عدم الخلط بين النوبات الهستيرية والنوبات الصرعية (التي سبق شرحها)
- عدم الخلط بين أعراض الهستيريا وأعراض المرض النفسي الجسمي.
- عدم الخلط بين أعراض الهستيريا وأعراض التفكك.
- يجب التفرقة بين الهستيريا والتمارض، فالهستيريا لإرادية والهستيريا لا يبالي بأعراضه ولا يعيرها اهتماما كبيرا، بينما التمارض إرادي و التمارض يعير أعراضه اهتماما زائدا، ويدرك المكاسب التي يجنيها من تمارضه.

وهناك مؤشرات كثيرة تدل على الهستيريا وهي:

- حدوث المرض فجأة أو في بصورة درامية.
- عدم مبالاة المريض بأعراض مرضه وهدوءه النفسي وهو يتحدث عن أعراض مرضه.
- الضغط الانفعالي قبل المرض.
- وجود مكسب ثانوي من وراء المرض.
- تغير الأعراض بالإحياء.
- اختلاف شدة الأعراض في فترة وجيزة .
- عدم النضج الانفعالي للشخصية قبل المرض .

(حامد زهران، 2005، ص 501)

* قد يحدث الجمع بين المرض العضوي والهستيريا في نفس الوقت، فأحيانا لا تكون الأعراض كلها هستيرية أو كلها عضوية وإنما تكون خليطا من الاثنين، ويظهر هذا عندما يشفى المريض من مرضه العضوي، فقد يعاوده المرض في ظروف معينة في شكل هستيري.

6-5 علاج الهستيريا :

قد تتداخل عدة أنواع للعلاجات لمرض الهستيريا، وذلك حسب شدة الأعراض و نوعها ،وما إذا هذه الأعراض في بداية ظهورها مما يسهل علاجها في وقت قصير، وعلى العموم فإن هناك من العلماء من يفضل علاجهم في العيادات ،وعدم إدخال مرضى الهستيريا إلى المستشفيات لقابليتهم الشديدة للإيحاء والتقليد من قبل المرضى المتواجدين في المستشفى، مما يعرقل مسار علاجهم.

ويشير "أحمد عكاشة" (2005) إلى انه يجب على المعالج أن يراعى بعض القواعد الاكلينيكية في كيفية معاملة مريض الهستيريا، وتتلخص هذه القواعد في النقاط التالية :

- أن الغرض الأصلي من العلاج هو تسهيل الأمر للمريض لحل مشاكله بنفسه، وتمكنه من التأقلم والتكيف مع البيئة المحيطة به.أما شفاء العرض فهو هدف ثانوي لتكملة العلاج، ولا يعني ذلك أن نهمل العرض الأساسي في المرض للبحث عن العوامل الدفينة في اللاشعور.

- إنه أحيانا ما يزداد المريض سوءا عند اختفاء أعراضه المرضية، أو يظهر كبديل لها أعراض أخرى، نظرا لحاجته الشخصية للمرض، وعدم استطاعة الطبيب معرفة نفسية المريض، وكثيرا ما نلاحظ أثناء العلاج النفسي أعراضا جديدة مثل : القلق والأرق و كثرة الأحلام، وهي ظاهرة طبيعية تعبر عن حالة المقاومة، التي يمر بها المريض قبل شفاؤه.

- مهما كان المريض مهموما ومكتئبا، يجب على المعالج استبعاد عامل الادعاء أو التعويض في المرض.

- تردد مرضى الهستيريا على الكثير من الأطباء، وعادة ما يكذبون أو يبالغون في أقوالهم، حتى في علاجاتهم السابقة، ولهم القدرة على استفزاز الطبيب لمهاجمة زميل آخر أو مهاجمة المريض نفسه.

- بعد التأكد من أن المريض يعاني من مرض الهستيريا، ينبغي عدم استبعاد وجود مرض عضوي مشترك فكثيرا ما يتوأكب المرضان.

- لايجب نصيحة المريض أو المريضة بالزواج أو الطلاق، لان ذلك لا يساعد على شفاء المريض، فعادة ما ما يفشل الزواج وتساء حالة المريض.

- محاولة إبقاء المريض في مكان عمله، والعمل على تخفيف آلامه و تحسين أعراضه، ثم البحث عن العوامل الاشعورية بعد ذلك حتى لا يكون العلاج ذريعة له، للتوقف عن العمل والاعتماد التام على الأطباء.

- على المعالج ان ينتبه الى ان المريض قد تبني " الدور المرضى " لمزايا القيام بهذا الدور، وأنه قد وازن بين مضار ومزايا المرض، واستنتج أن الانغماس في هذا الدور المرضى أفضل من التمتع بالصحة.

(أحمد عكاشة، 2003، ص ص 243، 244)

ويمكن تلخيص علاج الهستيريا كما يلي:

- **العلاج النفسي** : ويتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها، و يستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض، والدوافع اللاشعورية ورائها ومعرفة هدف المرض، ويقوم المعالج بالشرح الوافي والتفسير الكافي للأسباب ومعنى الأعراض. وقد يستخدم المعالج التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض، كما يفيد العلاج النفسي التدميمي، ومساعدة المريض على استعادة الثقة في نفسه وتعليمه طرق التوافق النفسي السوي. كما يستخدم العلاج الجماعي خاصة مع الحالات المشابهة، ومحاولة المعالج إثارة تعاون المريض وتنمية بصيرته، ومساعدته في أن يفهم نفسه و يحل مشاكله ويواجهها بدل الهروب منها، وهناك بعض المعالجين من يستخدم نوع من الحقن (أميتال صوديوم) لتسهيل عملية التنفيس والإيحاء و الاقناع (التحليل التخديري).

(حامد زهران، 2005، ص 502)

- **العلاج الكيميائي** : و يستخدم في بعض الأحيان بغرض التخفيف من حدة القلق(*) والاكنتاب المصاحبة للأعراض الهستيرية.

- **العلاج بالصدمات الكهربائية** : وتستخدم في بعض الحالات خاصة حالات الهذيان وحالات الغيبوبة، وتستخدم أحيانا صدمة واحدة لإنهاء العرض، يبدأ بعدها العلاج النفسي.

(مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، ص 166)

(*) الهستيريا لها علاقة وثيقة بالقلق، فهي تحل محل القلق فيتحرر منه المريض، و العكس صحيح، فقد يظهر القلق متى اختفت أعراض الهستيريا.

7- عوائق استفادة المرأة في العلاج من الأمراض النفسية:

على الرغم من أن المرأة أكثر قبولاً لفكرة المرض النفسي، و أكثر طلباً للمساعدة وأكثر مرونة في العلاج، إلا أن هناك عوائق كثيرة تعوق استفادتها من العلاج في مجال الاضطرابات النفسية نوجزها فيما يلي:

- المرأة تحتاج لإذن زوجها أو من أقاربها لكي تذهب للعلاج، و بما أن هناك حالة من الإنكار العام للأمراض النفسية - على اعتبار أنها وصمة أو أنها ضعف إيمان أو ضعف شخصية - خاصة أن تلك الأمراض قد تكون في أغلبها ذاتية تشعر بها المريضة في داخلها و لا يظهر لها علامات عضوية تقنع الأهل بضرورة العلاج، و في حالة قدرتها في الحصول على الإذن بالعلاج فإنها لا تستطيع إكمالها حتى نهايته لأسباب اجتماعية و مادية كثيرة .

- كثرة اللجوء إلى المعالجين الشعبيين و المعالجين الدينيين على اختلاف توجهاتهم، حيث تعتقد المرأة كثيراً في أمور السحر و المس لذلك تبحث عن الحل عند هؤلاء، و يشاركها أهلها في هذا التوجه ، وهذا يحرم كثير من النساء من فرص علاج الأمراض النفسية و يؤخر وصولها إلى الطبيب المتخصص، وربما تصل إليه بعد أن تتحول الحالة إلى حالة مزمنة يصعب علاجها.

- ظهور الكثير من الأمراض النفسية لدى المرأة في صورة أعراض جسدية، مما يجعلها تتخبط في زيارات كثيرة لأطباء في تخصصات أخرى - كأطباء القلب، والصدر والطب الباطني...الخ - ظناً منها أنها تعاني من أمراض جسدية و ليست نفسية، إضافة إلى ذلك النقص الشديد في المهارات لدى هؤلاء الأطباء في التعرف على الأعراض النفسية.

- بعض الاعتبارات الاجتماعية تجاه الأمراض النفسية خاصة إذا ارتبطت بشبهة الانحراف الأخلاقي مثل الإدمان و اضطرابات الشخصية و حالات الهوس والفصام، ففي مثل هذه الحالات تحاول الأسرة التستر على المريضة حتى لا يؤثر ذلك على سمعتها و سمعة الأسرة .

- إمكانية تعرض المرأة للاستغلال أو الابتزاز خلال مرحلة العلاج .

- عدم وجود أماكن كافية و مناسبة لاحتواء المرأة، حتى تشفى مما يجعلها تكتفي بالتردد على العيادات الخارجية، رغم احتياجها الشديد لخدمات إضافية لا تتوفر إلا في الأقسام الداخلية.

(<http://www.eLezayem.com/new-pag-27.htm>)

خلاصة :

بذلك فالأمراض النفسية و إن تعددت تصنيفاتها و اختلفت أعراضها إلا أنها تشكل خطرا رئيسيا في حياة المرأة النفسية، هذه الأخيرة و إن أخذت في التحرر تدريجيا عن النظرة الدونية لها على مر التاريخ، إلا أن المجتمع الجزائري بعاداته وتقاليده لازال يعتبرها الطرف الأضعف في العلاقة الزوجية.

فالمرأة و إن كانت طرفا أساسيا في العلاقة الزوجية إلا أنها حكم عليها- من طرف المجتمع والرجل- بأن تكون الطرف الأضعف، وهو ما يعكس اللاتكافؤ في العلاقة الزوجية، ومن ثم يحدث سوء التوافق الزوجي والذي و إن تعددت عوامله ومظاهره إلا أنه يجسد وبوضوح العلاقة الزوجية المضطربة و الهشة و التي تقع أوزارها على المرأة مما يؤثر سلبا على معاشها النفسي ويجعلها مهيأة للإصابة بمختلف أنواع الاضطرابات النفسية والتي تتباين أعراضها وتختلف من نوع الآخر، وهو ما سوف نكتشفه في الجانب التطبيقي.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد :

ككل بحث علمي لابد من إتباع منهج واضح ومناسب للوصول إلى أهداف الدراسة، هذه الأهداف لا تتأتى إلا من خلال جمع المعلومات وتنقيتها بما يخدم الدراسة، ثم تأتي مرحلة القياس، ثم التحليل للوصول إلى نتائج مقروءة وذات دلالة.

إجراءات الدراسة:

1- منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة التي تتسم بكونها ذات طابع نفسي إجتماعي ألا وهو "أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل الى الأمراض النفسية لدى المرأة".

فإنه تم معالجة هذه الدراسة بالإعتماد على منهج مناسب وطبيعة الدراسة ألا وهو "المنهج الاكلينيكي"، والذي يُعرّف على أنه " الدراسة الاكلينيكية التي تتميز بدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها وملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية خاصة، ولكن الهدف هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة إليه".

(حلمي المليجي، 2000، ص 30)

2 - حدود الدراسة الأساسية:

1.1. الحدود المكانية: وتتمثل في العيادات والمراكز الحكومية بولاية بسكرة التي تحوي أخصائيين نفسانيين، والتي بلغ عددها حسب المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (14) موزعة على مستوى الولاية. أما العدد الاجمالي للاخصائيين النفسانيين فهو (30) كما هو موضح في الملحق رقم (5).

2.2. الحدود الزمنية:

والتي تم خلالها تطبيق كل من الأدوات التالية:

- مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000).
- اختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا (2) (MMPI2) ترجمة " د.بحري نبيل" من جامعة الجزائر، الذي أشرف على اجراء دورة تكوينية حول اختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا "2" ، على مستوى كلية العلوم الانسلنية والاجتماعية بجامعة بسكرة - وكانت الباحثة من ضمن الطلبة الخاضعين لهذه الدورة التكوينية -
- المقابلة نصف الموجهة .

في الفترة الممتدة من 15 فيفري 2013 إلى غاية 30 أكتوبر 2013؛ أي حوالي (08) ثمانية أشهر.

3.3. الحدود البشرية: تكونت العينة من (52) امرأة تحصلن على الدرجة ما بين (54 و 98) على مقياس التوافق الزوجي - هذه الدرجة التي تعكس سوء التوافق الزوجي -، وتتراوح أعمارهن ما بين (27-51 سنة)، تعايشن جميعهن الحياة الزوجية أي لسن مطلقات ولا أرامل.

3/ الدراسة الإستطلاعية:

قبل التطرق إلى الدراسة الأساسية فإنه كان لزاما علينا المرور بمحطة هامة وجوهرية، وهي الدراسة الاستطلاعية، وتعتبر الدراسة الاستطلاعية من بين خطوات البحث العلمي وأهمها؛ حيث تهدف إلى الاسترشاد والإلمام بالمعلومات حول الظاهرة المراد دراستها على أرض الواقع، والتأكد من التصور العام، وكذلك التعرف على الصعوبات والمشاكل التي قد يتعرض لها الباحث.

1.3. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

يمكن حصر اهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- أ. الإطلاع على معطيات الحياة الزوجية والأسرية في المجتمع الجزائري وتحديدًا في ولاية بسكرة، وهذا التحديد مدى قابلية الزوجات للتعاون معنا.
- ب. جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الموضوع المراد دراسته. "أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل الى الأمراض النفسية لدى المرأة".
- وذلك من خلال الإتصال بالأخصائيين النفسيين بمختلف العيادات الحكومية لولاية بسكرة ومديرية الصحة لولاية بسكرة، لمعرفة الإحصائيات المتعلقة بعدد النساء اللاتي يعانين من مشاكل زوجية ومترددات على العيادات النفسية، ولكن للأسف لم نجد أي إحصائيات في هذا الموضوع.
- ج. التأكد من وجود أعراض للأمراض النفسية للمرأة وهي لب دراستنا. وذلك من خلال طرح سؤال مباشر مفتوح على النساء المتزوجات المترددات على العيادات النفسية، من طرف الأخصائيين النفسيين العاملين على مستوى هذه العيادات. و السؤال هو: هل تعاني من أي مرض نفسي؟
- د. توزيع "مقياس التوافق الزوجي" لمراد بوقطاية (2000) لمعرفة مدى وضوح وفهم بنود المقياس وتعليماته وإمكانية تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية. (ملحق رقم 1)

2.3 عينة الدراسة الإستطلاعية:

لقد تم السير في الدراسة الإستطلاعية عبر مرحلتين أساسيتين هما:

• المرحلة الأولى:

في هذه المرحلة تم توزيع "مقياس التوافق الزوجي (2000) لـ "مراد بوقطاية" على عينة إستطلاعية مكونة من 75 امرأة. ولم نسترجع منها سوى سبعين (70). وذلك قصد معرفة مدى وجود صعوبات في فهم بنود المقياس وتعليماته. ويتراوح أعمار أفرادها من 23-50 سنة، وجميع أفراد العينة يعيشون الخبرة الزوجية أي العلاقة الزوجية قائمة ليسو أرامل أو مطلقين.

وأفراد العينة من مختلف المستويات التعليمية فالمستوى الابتدائي (03) المستوى

الإكمالي (10)، ثانوي (27)، جامعي (30) هذه الأخيرة التي شكلت أكبر سن.

لاحظ الجدول رقم (2).

جدول رقم (2) يوضح المستوى التعليمي للعينة الإستطلاعية:

النسبة المئوية (%)	التكرار	المستوى التعليمي
4	03	ابتدائي
14	10	إكمالي
39	27	ثانوي
43	30	جامعي
%100	70	المجموع

حيث بلغ عدد العائلات في العينة الإستطلاعية في مرحلتها الأولى 35 عاملة ولقد خلصنا

إلى عدم وجود غموض في فهم بنود المقياس وتعليماته، ومن ثم فهو صالح للتطبيق على

عينة الدراسة النهائية.

• المرحلة الثانية:

بعد الإنتهاء من المرحلة الأولى والتوصل إلى إمكانية تطبيق مقياس التوافق الزوجي، تم توزيع إختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" (MMPI2) ومقياس التوافق الزوجي لـ "مراد بوقطاية" على عينة عرضية قوامها (220) امرأة متزوجة من المترددات على العيادات الحكومية بولاية بسكرة ، والتي بدأت منذ 15 فيفري 2013 إلى غاية 30 أكتوبر 2013 مدة 08 أشهر.

ولقد تم وضع كل من مقياس التوافق الزوجي، وإختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا 2، في ظرف يحمل رقم معين، وهو نفس الرقم الذي يحمله من كل المقياس والإختبار، حيث كل ظرف يمثل حالة واحدة.

ولقد تم توزيع هذه الأطرقة (220 ظرفا) على الأخصائيات النفسانيات على مستوى كل عيادة نفسية حكومية بمدينة بسكرة. - وتم استرجاع 190 ظرفا -

وما تجدر الإشارة إليه، أنه تم عقد عدة لقاءات مع الأخصائيات النفسانيات العاملات عبر مختلف العيادات النفسية الحكومية ، لتقديم كافة المعلومات عن إختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا 2 ، وكيفية تطبيقه في الجلسات ، وكيفية تحليله، مع اتباع نقاط معينة عند تطبيقه وهي:

- تهيئة المفحوصة للاستجابة، وعدم اجراء الإختبار في حالات الغضب و الارتباك، أو أن تكون المفحوصة تحت تأثير العقاقير.

- اتباع تعليمات تطبيق الإختبار.

- مراعاة تطبيق كل عبارات الإختبار في جلسة واحدة ، وعدم تقسيمها عبر عدة جلسات.

- حث المفحوصة للإجابة على العبارات التي لم تتم الإجابة عنها.

وعينة الدراسة هنا هي عينة "عرضية" والتي يعرفها " موريس أنجلس" بأنها: " تلك العينة غير الإحتمالية التي تواجه صعوبات أقل أثناء إنتقاء العناصر واللجوء إلى هذا الصنف من المعاينة يتم عندما لا يكون أمامنا أي إختيار، إنها الحالة التي لا نستطيع فيها أن نحصي في البداية مجتمع البحث المستهدف ولا إختيار العناصر بطريقة عشوائية".

(موريس أنجلس، 2006، ص311)

وكانت عينة الدراسة الإستطلاعية من المترددات على العيادات النفسية الحكومية بمدينة بسكرة، وتم التطبيق على كل حالة تبدي شكواها من علاقتها الزوجية المضطربة ولقد تم التطبيق عليهن عبر ثلاثة مجالات وهي:

- النساء اللاتي يشتكين من أعراض لأمراض نفسية معينة.
- النساء اللاتي يأتين بأطفالهن الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو وظيفية أو غيرها، وبعد إجراء المقابلات تبين أن اضطراب الطفل هو إنعكاس لاضطراب العلاقة بين الوالدين أو الأسرة.
- النساء اللاتي أبدن صراحة اضطراب علاقتهم الزوجية، ويبحثن عن علاج .

3.3 نتائج الدراسة الإستطلاعية:

يمكن حصر النتائج المتوصل إليها في دراستنا الإستطلاعية ككل فيما يلي:

- التأكد بأن عبارات مقياس التوافق الزوجي واضحة وبسيطة ولا تستدعي التعديل أو التغيير.
- التأكد من وجود عينة الدراسة الأساسية والمتمثلة في النساء غير المتوافقات زواجيا، حسب مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية(2000).
- التأكد من معاناة النساء المترددات على العيادات النفسية من أعراض لأمراض نفسية مختلفة.

4- الدراسة الأساسية:

1.4. عينة الدراسة الأساسية: وهي بطبيعة الحال العينة الأساسية للدراسة وهي عينة قصدية، حيث تم الإعتماد جميع الحالات اللاتي تحصلن على مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية(2000) على الدرجة مابين(54-98 درجة) وهن(54 امرأة) ، يتراوح سنهن ما بين (23-52 سنة) وتشير هذه العلامة حسب مقياس التوافق الزوجي إلى البديلة" لا يوجد إتفاق إطلاقا" وهو ما يعكس سوء التوافق الزوجي حسب الدراسة الحالية.

ولقد تم تحليل نتائج إختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" (MMPI2) لـ(54) امرأة غير المتوافقة زواجيا حسب مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000) ،كل حالة على حدى، ولقد تم إستبعاد حالتين من العينة، لضعف صدق الصفحة النفسية لكل واحدة منها، وبالتالي تتكون عينة الدراسة الأساسية في صورتها النهائية من (52) امرأة.

*جدول رقم (3) يوضح المستوى التعليمي لعينة الدراسة الأساسية:

النسبة المئوية (%)	التكرار	المستوى التعليمي
1.92	1	ابتدائي
15.38	8	إكمالي
28.84	15	ثانوي
53.84	28	جامعي
%100	52	المجموع

-التعليق على الجدول رقم (3):

من خلال الجدول يتضح أن أعلى نسبة تمثلت في المستوى الجامعي الذي تحصل على نسبة 53.84% وهو ما يوضح بأن المرأة ذات المستوى الجامعي أكثر تعرضاً لسوء التوافق الزوجي وهو ما قد يربط ما بين المستوى الثقافي والتوافق الزوجي، ثم تليها ذات المستوى الثانوي وذلك بنسبة 28.84%، أما ذات المستوى الإبتدائي أدنى نسبة والتي قدرت بـ: 10.92% .

*جدول رقم (4) يوضح عدد أطفال عينة الدراسة الأساسية:

النسبة المئوية (%)	التكرار	عدد الأطفال
3.84	2	1
13.46	7	2
21.15	11	3
48.07	25	4
9.61	5	5
3.84	2	6
%100	52	المجموع

- التعليق على الجدول رقم (4):

نلاحظ أكبر نسبة قد تمثلت لمن لديهن أربعة (04) أطفال وذلك بنسبة 48.07% ، وهو ما قد يعكس أثر عدد الاطفال على التوافق الزوجي ، ثم يليها من كان لديهن ثلاثة أطفال وذلك بنسبة 21.15%. وهو ما قد يعكس ارتباط سوء التوافق الزوجي بعدد الأطفال.

* جدول رقم (5) يوضح مدة زواج عينة الدراسة الأساسية:

النسبة المئوية (%)	التكرار	مدة الزواج
3.84	02	0 إلى سنتين
15.38	08	سنتين إلى 05
51.92	27	5 إلى 10
19.23	10	10 إلى 15
9.61	5	15 إلى 20
100%	52	المجموع

-التعليق على الجدول رقم (5):

ما نلاحظه في الجدول أن أعلى نسبة لمدة الزواج كانت تتراوح ما بين 5-10 سنوات بنسبة 51.92%. وهي مدة زمنية طويلة نوعا ما لتحدد من خلالها سوء التوافق الزوجي، وتليها المدة الزمنية ما بين 10-15 سنة وذلك بنسبة 19.23%. لتسجل مدة ما بين 0 والسنتين أقل نسبة على الإطلاق وذلك ب 3.84%.

* جدول رقم (6) يوضح فك الرابطة الزوجية لعينة الدراسة الأساسية:

النسبة المئوية (%)	التكرار	طريقة فك الرابطة الزوجية
1.92	1	من طرف الزوج
15.38	8	من طرف الزوجة
28.84	15	بالتراضي بين الزوجين
100%	23	المجموع

- التعليق على الجدول رقم (6):

ونلاحظ أن أكبر نسبة لفك الرابطة الزوجية كانت بالتراضي بين الزوجين قد سُجلت بنسبة (28.84%) وهي نسبة كبيرة.

ونلاحظ بأن 23 امرأة من العينة الدراسية الأساسية قد تعرضن لفك الرابط الزوجية في مرحلة معينة من حياتهن الزوجية، وثم بعدها الرجوع إلى بيت الزوجية لإعتبارات عدة قد تكون الاجتماعية في مقدمتها.

*جدول رقم(7) يوضح عمل عينة الدراسة الأساسية:

النسبة المئوية (%)	التكرار	عمل المرأة
		عدم عمل المرأة
61.53	32	نساء عاملات
38.46	20	نساء غير عاملات
%100	52	المجموع

- التعليق على الجدول رقم (7):

نلاحظ من خلال الجدول أن النساء العاملات قد سجلن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 61.53% وهو قد يكون مؤشرا بأن المرأة العاملة في المجتمع الجزائري أكثر عرضة لسوء التوافق الزوجي لتعدد أدوارها. وهو ما قد يبرر ارتباط سوء التوافق الزوجي بخروج المرأة للعمل.

*جدول رقم (8) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب نوعية السكن:

النسبة المئوية (%)	التكرار	نوعية السكن
36.53	19	مستقلة
59.61	31	مع أهل الزوج
3.84	02	مع أهل الزوجة
%100	52	المجموع

- التعليق على الجدول رقم(8)

نلاحظ من خلال الجدول بأن أكبر نسبة كانت للسكن مع أهل الزوج وذلك بنسبة 59.61% وهي نسبة كبيرة نوعا، تعكس واقع المجتمع الجزائري الذي لا يزال فيه الزوجان يعيشان مع العائلة الممتدة، والذي قد يرجع للظروف الإقتصادية التي يعيشها الأزواج من صعوبة إقتناء بيت خاص

لإحتضان العلاقة الزوجية بعيدا عن العائلة الممتدة، والذي قد يتخلله التدخل في الحياة الزوجية من قبل أهل الزوج سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة والذي يؤثر سلبا على إستقرار العلاقة الزوجية و استمرارها.

5- أدوات الدراسة الأساسية:

لوصول إلى نتائج علمية كان علينا أن نتبع بعض الأدوات العلمية المعترف بها منهجيا في إطار البحث العلمي والتي الهدف منها أساسا معالجة الفروض التي جاءت بها الدراسة ولقد إعتدنا في دراستنا على الأدوات التالية:

- مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000) جامعة الجزائر
- اختبار الشخصية متعدد الواجهه مينسوتا "2"(MMPI2) ترجمة "د/بحري نبيل" جامعة الجزائر.
- المقابلة نصف الموجهة.

5-1- مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية(2000):

1.1.5. مبررات إختيار مقياس التوافق الزوجي لمراد قطاية(2000):

مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية(2000) صُمم خصيصا لقياس التوافق الزوجي في المجتمع الجزائري، بمعنى أنه مستمد من البنية الثقافية والإجتماعية والنسق القيمي له، والذي يضفي دلالة على أنماط التفاعل بين الأزواج(couples).

إلى جانب ذلك فإن مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية(2000) يتناسب مع أهداف البحث من حيث أنه يميز ما بين المتوافقين وغير المتوافقين زواجيا.

2.1.5. مراحل تصميم مقياس التوافق الزوجي في المجتمع الجزائري لمراد بوقطاية(2000):

لقد بدأ الباحث مراد بوقطاية(2000) بوضع(98) فقرة أولية إفترض فيها تغطية الجوانب الأساسية للتوافق في الحياة الزوجية.

ولقد أشرك الباحث 12 أستاذا في تقدير مدى تغطية هذه الفقرات لأبعاد أو مجالات التوافق الزوجي في المجتمع الجزائري،و إستفاد الباحث من هذه التغذية الراجعة، القائمة على تقدير الأساتذة

في إختزال وتعديل فقرات الصورة الأولية للمقياس، إذ أن الفقرات التي لم ترق إلى 80% من إتفاق المحكمين، وبالتالي أصبح المقياس بعد التحكيم يتكون من 62 فقرة، ومن أمثلة الفقرات التي حذفت:

كم هي درجة الإتفاق بينك وبين زوجك(ك) في تدابير الشؤون الخاصة بالعائلة؟.

1- كم هو مقدار شعورك بالتعاسة والبؤس وأنت مع شريك حياتك؟.

2- كم هو مقدار مشاركة زوجتك(ك) في الفراش؟.

3- كم هو مقدار شعورك بالحاجة للزواج؟.

4- كم هو مقدار الصراع الموجود بينك وبين زوجتك(ك) في قرارات الشراء؟

(مراد بوقطاية 2000، ص149.147)

3.1.5. عينة الدراسة الاستطلاعية التي أجرى عليها مقياس التوافق الزوجي:

أجرى مقياس التوافق الزوجي المتكون من(62) فقرة على عينة قوامها (67) فردا، حيث أن

عدد المتزوجين يساوي 34 متزوج، وعدد المتزوجات يساوي 33 متزوجة يتراوح مجال السن للعينة

من 23 إلى 56 سنة بمتوسط حسابي 35.84 إنحراف معياري يساوي 7.01.

(مراد بوقطاية 2000 ص 149)

4.1.5.. وصف مقياس التوافق الزوجي:

يستهدف المقياس قياس الأبعاد أو المجالات الأساسية للتوافق في الحياة الزوجية وتتجلى هذه

الأبعاد فيما يلي:

تعريف الأبعاد أو المجالات	الأبعاد أو المجالات وأرقام البنود التي تشملها
طبيعة الإتصال بين بالوالدين والأقارب والأصدقاء والجيران	1.العلاقات الاجتماعية: 2-3-4-5-6-7-9-10-11-12-13-18-19-20-21-26-27
تتعلق بالإشباع والرضا الجنسي ومدى الإتفاق على تنظيم الإنجاب	2.العلاقات الجنسية وتنظيم الإنجاب للزوجين 1-8
يقصد بها مدى تطبيق واحترام التعاليم الدينية والقيم والأعراف الاجتماعية	3.العلاقات الثقافية: 14-15-16-17
القرارات الأسرية تُتخذ بالتعاون والتشاور بين الزوجين.	4. مجالات التعاون والتشاور بين الزوجين: 22-23-24-25-28-30-31-34-35
الاعتناء بمظهر الأسرة والنظافة	5.مجالات النظافة ومظهر الأسرة: 29
مدى ارتياح الزوج في اختيار شريك حياته أو الزوجة للعيش مع شريك حياتها	6.الاختيار الزوجي: 32-45-48
اتجاه كل زوج إزاء الآخر والمشاعر التي يكنها كل شريك لشريكه.	7.العلاقات بين الزوجين: 33-36-37-38-39-40-41-42-43-44-46-47-49-50-51-52-53-54

لقد اتخذت صياغة الأسئلة ثلاثة أشكال :

* الشكل الأول: يتمثل في تقديم 31 فقرة، وطلب من المبحوث أن يقدر درجة الإتفاق بينه وبين شريك حياته الزوجية في المواضيع التي تنص عليها الفقرات، مجيباً على سلم خماسي ينطوي على الفئات المتدرجة التالية:

- يوجد إتفاق تام - يوجد إتفاق متوسط - يوجد إتفاق قليل - لا يوجد إطلاقاً - وفيما يلي نماذج من هذه الفقرات:

ماهي درجة الإتفاق بينك وبين زوجتك (ك) في الأمور التالية:

لا يوجد إتفاق إطلاقاً	إتفاق قليل	إتفاق متوسط	إتفاق	إتفاق تام	درجات الإتفاق الأسئلة
					* في تنظيم الإجاب؟
					* في العلاقات مع الوالدين؟
					* في العلاقات مع الجيران؟
					* في اداء الصلاة؟
					* في لبس الحجاب؟
					* في تربية الاطفال؟
					* في توفير المال؟
					* في تسيير وتخطيط الحياة الزوجية
					* في التعاون بينكما؟
					* في امور الطبخ؟

* أما الشكل الثاني من الصياغة للأسئلة فتتمثل في تقدير المبحوث لرأيه وشعوره وإتجاهاته ومدى رضاه في إطار الحياة الزوجية، على سلم متدرج خماسي تختلف محتويات فئاته الخمس حسب طبيعة السؤال، ويوجد 24 سؤال صيغت على هذه الشاكلة وفيما يلي نماذج عنها:

1- ماهي درجة رغبتك في تغيير زوجتك (ك)؟

لا توجد أي رغبة () لا أرغب () رغبة متوسطة () رغبة معتبرة () رغبة عالية () .

2- إلى أي درجة تقدر (بن) مشاركة الزوجة (الزوج) في إتخاذ القرارات المتعلقة بالحياة الزوجية؟

تقدير كبير () تقدير مقبول () تقدير متوسط ()

تقدير ضعيف () تقدير ضعيف جداً () .

3- إلى أي درجة أنت راض(ية) عن تلبية حاجاتك من طرف زوجتك(ك).

راض(ية) تماما () راض(ية) راض (ية) () نوعا ما ()

غير راض(ية) () غير راض(ية) تماما ().

4- ماهي درجة تبادل المحبة بينك وبين زوجتك(ك)؟

درجة كبيرة () درجة مقبولة () درجة متوسطة ()

درجة ضعيفة () درجة ضعيفة جدا ().

5- ماهي درجة شعورك بالسعادة مع شريك(ة) حياتك؟

سعادة كبيرة () سعادة معتبرة () سعادة متوسطة ().

سعادة قليلة () لا توجد سعادة بتاتا ().

* أما الشكل الثالث فيتجلى في إقتراح الأرومة الأساسية للسؤال متبوعا ببدائل تتراوح من بديلين إلى ثلاث بدائل حسب طبيعة السؤال.

وفيما يلي نماذج لهذه الفقرات:

1- هل تعرف(ين) كل أو بعض أو قليل من الأشياء التي يحبها(تحبها) زوجتك(ك)؟.

() أعرف كل الأشياء التي تحبها(يحبها).

() أعرف بعض الأشياء التي تحبها(يحبها).

() أعرف قليل من الأشياء التي تحبها(يحبها).

2- عندما تحدث الإختلافات تؤدي عادة إلى:

() إستسلام الزوج.

() إستسلام الزوجة.

() إتفاق عن طريق التسوية المتبادلة.

هل سبق وأن تمنيت بأنك لم تتزوج(ي)؟.

نعم ()، لا ().

(مراد بوقطاية، 2000، ص، ص150، 153)

5.1.5. قياس ثبات مقياس التوافق الزوجي:

أجري المقياس على العينة السالفة الذكر وإستغرق إجراءه ثلاثة أشهر ،وإستغلت البيانات في تقدير الخصائص السيكومترية للمقياس بما في ذلك قياس الثبات.

بما أن المقياس لا ينطوي على عوامل متباينة، بل على أبعاد منسجمة في إطار المفهوم العام المتمثل في التوافق الزوجي.

إرتأى الباحث أن يقدر الثبات عن طريق التناسق الداخلي للمقياس، ولذلك إستعمل الباحث طريقة ألفا لكرونباخ (cronbach) لكون الفقرات يجاب عنها وفقا لمتصل يحتوي على خمس فئات.

بعد تحليل المعطيات بإستعمال الحزم الإحصائيات المعروفة ب(s.p.s.s.p.c+) وجد الباحث أن معامل ألفا لكر ونباخ يساوي 0.9483. وهو مستوى ثبات مرتفع.

(مراد بوقطاية، 2000،ص154)

6.1.5. صدق مقياس التوافق الزوجي:

ولتقدير الصدق عرض المقياس الذي كان يحتوي على 98 سؤالاً على 12 محكماً وطلب منهم أن يقدروا مدى موثوقية كل سؤال لقياس التوافق الزوجي.

وبناء على تقديرات المحكمين أبقى الباحث على 62 سؤالاً ،وإستبعد 36 سؤالاً لأنها لم تحز على نسبة 80% من إتفاق المحكمين.

(مراد بوقطاية، 2000،ص154)

7.1.5. التعديلات التي أجريت على مقياس التوافق الزوجي:

أ- تم اختزال فقرات الصورة الأولية للمقياس من (98) فقرة إلى (62) فقرة بناءً على تقديرات المحكمين، ومن أمثلة الفقرات التي تم حذفها ما يلي:

1- كم هي درجة ضرورة تدخل حماة الزوجة في شؤون الأسرة؟

2- كم هي درجة ضرورة تدخل أصدقاء الزوج في شؤون الأسرة؟

3- كم هو مهم بالنسبة لك أن تكون الزوجة عاملة؟

4- كم هو مهم بالنسبة لك أن يعترف (تعترف) زوجتك (ك) بخطئه (ها) عندما يكون واضحاً وصريحاً؟

5- كم هو مهم بالنسبة لك أن تلتزم الزوجة بآداب المرأة المسلمة كلباس الزي الإسلامي مثلاً؟

- 6- كم هو مهم بالنسبة لك أن يلتزم الزوج بآداب الزوج الإسلامي كالوفاء بالحقوق مثلا؟
 7- كم هو مهم بالنسبة أن تقدم (يقدم زوجتك (ك) مصلحة وشؤون الاطفال على عمله (ها)؟
 8- كم هو مهم بالنسبة لك أن لا تقارنك (يقارنك) زوجتك (ك) بالأصدقاء؟
 9- كم هو مهم بالنسبة لك أن تتزين لك زوجتك وذلك في الملابس وما شابه ذلك؟
 10- كم هو مهم بالنسبة لك أن تساعد الزوجة زوجها في كسب المال المطلوب للإنفاق على الأسرة؟

ب- تم ايضا حذف بعض الأسئلة بعد تجريبيها على المبحوثين (العينة التي اجريت عليها الدراسة الاستطلاعية لمقياس التوافق الزواج في المجتمع الجزائري) لأسباب عدة منها:
 1- الأسئلة المحرجة.

2- لكون السؤال يتطلب إجابة مطولة من المبحوث، فأصبح المقياس يحتوي على (54) سؤال أو فقرة بعد استبعاد (08) أسئلة، وفيما يلي الأسئلة التي تم استبعادها:

1- ما هي درجة مساعدة الزوج لزوجته في شؤون البيت؟
 مساعدة كبيرة () مساعدة معتبرة () مساعدة متوسطة () مساعدة قليلة () لا توجد مساعدة تماما ().

2- إلى أي مدى يشارك الزوج في تربية الأطفال؟
 مشاركة كبيرة () مشاركة معتبرة () مشاركة متوسطة () مشاركة قليلة () لا توجد مشاركة بتاتا ().

3- إلى أي درجة تشعر (ين) بتبادل الثقة بين الزوجين؟
 درجة كبيرة () درجة معتبرة () درجة معتبرة () درجة متوسطة () درجة ضعيفة () درجة ضعيفة جدا ().

4- إلى أي درجة توافق (ين) عادة على تدخل زوجتك (ك) في شؤونك الخاصة بوالديك؟
 اوافق دوما () اوافق في كثير من الاحيان () اوافق أحيانا () لا اوافق () لا اوافق بتاتا ().

5- عندما تحدث الاختلافات تؤدي عادة إلى:

() استسلام الزوج، () استسلام الزوجة، () اتفاق عن طريق التسوية المتبادلة.

6- في وقت الفراغ هل تختار (ي) عادة:

() الخروج من البيت، المكوث في البيت.

ماذا يختار شريك حياتك عموماً:

() الخروج من البيت، () المكوث في البيت.

هل تتخاصم (ين) مع زوجتك (ك)؟

7- نعم () ، لا () .

إذا كانت الإجابة بـ: نعم فما هي أسباب الخصام عادة؟

-
-
-

8- هل سبق وأن تمنيت بأنك لم تتزوج (ي)؟

نعم () ، لا () .

إذا كانت الإجابة بنعم فلماذا؟

-
-
-

ت- أجريت التعديلات على شكل صياغة بعض الأسئلة، بحيث أن الأسئلة التي كانت في

الأصل تحتوي على 03 بدائل للإجابة، أصبحت تحتوي على 05 بدائل فمثلاً الفقرة التالية:

هل تعرف (ين) كل أو بعض أو قليل من الأشياء التي يحبها (تحبها) زوجتك (ك)؟

() أعرف كل الأشياء التي يحبها (تحبها).

() أعرف بعض الأشياء التي يحبها (تحبها).

() أعرف قليل من الأشياء التي يحبها (تحبها).

فأصبحت بعد التعديل كمايلي:

هل تعرف(ين) كل أو أغلب أو بعض أو قليل أو كل من الأشياء التي يحبها (تحبها) زوجتك(ك)؟

(أ)أعرف كل الأشياء التي يحبها(تحبها).

(ب)أعرف أغلب الأشياء التي يحبها(تحبها).

(ج)أعرف بعض الأشياء التي يحبها(تحبها).

(د)أعرف قليل الأشياء التي يحبها(تحبها).

(هـ) لا أعرف شيء من الأشياء التي يحبها(تحبها).

(مراد بوقطاية،2000.ص.ص 155، 158)

انطوى مقياس التوافق الزوجي بصورته النهائية على (54) فقرة يجب عنها المبحوث باستعمال سلم خماسي التدرج، تختلف تسمية فئات الأجوبة للسلم وفقا لطبيعة السؤال، وفيما يلي نماذج عن أسئلة المقياس.

- ما هي درجة الإتفاق بينك وبين زوجتك (ك) في الامور التالية:

لا يوجد إتفاق إطلاقا	اتفاق قليل	اتفاق متوسط	اتفاق تام	درجات الإتفاق
				الأسئلة
				* في تنظيم الانجاب
				*في لبس الحجاب؟
				*في تربية الاطفال؟
				*في مصاريف البيت؟
				في الإهتمام بالمظهر الخارجي؟

• ما هي درجة شعورك بالراحة وأنت عائد (ة) إلى بيتك؟

راحة كبيرة ()، راحة معتبرة ()، راحة متوسطة ()، راحة قليلة ()، لا توجد راحة بتاتا () .

• ما هي درجة رغبتك في تغيير زوجتك (ك):
لا توجد أي رغبة ()، لا أرغب ()، رغبة متوسطة ()، رغبة معتبرة () رغبة عالية () .

• ما هي درجة الإحترام المتبادل بينك وبين زوجتك (ك):
احترام كبير ()، احترام معتبر ()، احترام متوسط ()، احترام ضعيف ()، احترام ضعيف جدا () .

• هل تعرف (ين) كل أو أغلب أو بعض أو قليل أو لا شيء من الأشياء التي تغضب زوجتك (ك)؟

- () أعرف كل الأشياء التي تغضبه (ها).
- () أعرف أغلب الأشياء التي تغضبه (ها).
- () أعرف بعض الأشياء التي تغضبه (ها).
- () أعرف القليل من الأشياء التي تغضبه (ها).
- () لا أعرف شيئاً عن الأشياء التي تغضبه (ها).

توجد الصورة النهائية الكاملة لمقياس التوافق الزوجي في المجتمع الجزائري في الملحق رقم (1). ركزت التعليمات على تشجيع المبحوث على الإجابة الصريحة والدقيقة وعلى الإجابة الفردية على أسئلة المقياس دون استعانة من أحد، كما تم تنبيه المبحوث على الإجابة عن جميع الأسئلة. لقد تم اختبار الثبات والصدق لمقياس التوافق الزوجي، لقد بلغ معامل الثبات عن طريق "ألفا لكرونباخ (94.83) يعتبر مستوى ثبات مرتفع.

كما ظهر صدق المحكمين بأن مقياس التوافق الزوجي على مستوى من الصدق والصلاحية.

(مراد بوقطاية، 2000، ص ص 170، 171)

8.1.5. تنقيط مقياس التوافق الزوجي في الدراسة الحالية:

بما أن مقياس التوافق الزوجي ينطوي على خمس بدائل:

اتفاق تام	اتفاق	اتفاق متوسط	اتفاق قليل	لا يوجد إتفاق إطلاقاً
5	4	3	2	1

هذه الخمس بدائل موزعة على (54) سؤال، وبالتالي يمكننا استخراج المتوافقين زوجياً

وغير المتوافقين زوجياً، وذلك كما يلي:

$$1. \text{ المتوافقين زوجياً، اتفاق تام} = 54 \times 5 = 270 \text{ درجة.}$$

هذه الفئة من المتوافقين زوجياً يحصلون على (270) درجة على مقياس التوافق الزوجي

لمراد بوقطاية (2000).

$$2. \text{ غير المتوافقين زوجياً، لا يوجد إتفاق إطلاقاً} = 54 \times 1 = 54 \text{ درجة.}$$

ولقد تم تحديد طول الفئة للمقياس وهي: $43 = 54 - 270 \div 5$

$$\text{طول الفئة} = 43$$

من هنا يمكننا تحديد مجالين لعدم التوافق الزوجي وذلك كما يلي:

- **المجال الأول:** لا يوجد إتفاق إطلاقاً وعلامته من 54 إلى 98.

هذا المجال يعكس شدة عدم التوافق الزوجي. وهو الذي يعيننا في دراستنا الحالية.

- **المجال الثاني:** توافق زوجي قليل، وعلامته من 99 إلى 142.

هذا المجال يعكس انخفاض التوافق الزوجي، وهو أقل شدة من المجال الأول، وفي عينة

الدراسة الأساسية سوف تضم كل الحالات التي تدخل ضمن المجال الأول؛ أي "لا يوجد إتفاق زوجي

إطلاقاً" وعلامته ما بين (54 و 98) ، والذي يعكس سوء التوافق الزوجي.

2.5 اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" (MMPI2) :

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota

5-2-1 التعريف باختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" :

تعد اختبارات الشخصية من أكثر الأدوات انتشارا بين علماء النفس لقياس الاتجاهات و الميول أو الاضطرابات العصبية. واختبارات الشخصية تتطلب من المفحوص الاجابة عن أسئلة مباشرة تتصل بذاته أو آرائه أو عاداته و مخاوفه.

والاختبارات المتعددة الأبعاد، تُستخدم في قياس أكثر من سمة كتلك التي تكشف عن أهم سمات الشخصية، التي تميز الأفراد بعضهم عن البعض الآخر.

(ناصر الدين أبو حامد، 2007، ص 331)

ان اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" هو اختبار مصمم لتقييم أو تقدير العديد من نماذج اضطرابات الشخصية و الاضطرابات النفسية.

ولتطبيق هذا الاختبار بشكل فردي أو جماعي يستلزم أن يكون لدى المفحوص مستوى من الفهم والقراءة وإيراز درجة كافية من التعاون.

(MMPI2, Manuel, P1)

لقد وضع الاختبار عام (1940) كل من عالم النفس "ستارك هاثاواي" "S.Hathway"، والطبيب النفسي "تشارنلي ماكنلي" "J.C.Makinley"، وتم الاعتماد عليه اعتمادا كبيرا في فحص الحالات خلال الحرب العالمية الثانية، وكذلك بعد اندلاع الحرب من خلال اتساع مجال علم النفس الإكلينيكي، وقد عربّه في مصر "عطية هنا، عماد الدين اسماعيل، لويس مليكة"، وتشمل قائمة مينسوتا 550 بندا، ولأسباب فنية يحتوي الكتيب على 556 بندا على شكل عبارات تقريرية، ولصيغتها الأصلية ثلاث صور بطاقات وكتيب، وشريط مسموع، وتطبق الأولى والثالثة فرديا أما الثانية فتطبق فرديا أو جماعيا.

وتناسب القائمة على الراشدين من سنة 16 سنة وما فوقها، ومع ذلك فقد استخدمت بنجاح مع صغار المراهقين، وصدرت الطبعة العربية للقائمة عامة (1956)؛ وهي على شكل كتيب فقط، أما احتمالات الإجابة على القائمة فهي في الطبعة الأصلية (الأمريكية) ثلاثة هي: "صواب، خطأ، لا أعرف".

وقد تغيرت في الطبعة العربية لتصبح "نعم/لا"، ولهذا التغيير مزاياه كون أنه يغلق الباب أمام أسلوب الاستجابة بالتملص أو التخلص؛ حيث يبرز الأخير على شكل زيادة عدد استجابات "لا أعرف"، وقد يكون بوجه عام أن صيغة الإجابة الثنائية أفضل من الثلاثية في هذا المجال. (أحمد عبد الخالق، 2007، ص ص 79، 80)

5-2-2 مصادر اشتقاق بنود المقياس:

تتكون قائمة مينيسوتا من (550) عبارة اشتق (504) بند منها من القوائم السابقة (بعضها مثلا من مقاييس "جيلفورد" العاملة) والتقارير الاكلينيكية وكراسات المقابلات الطبية النفسية، واستخدمت مصادر اخرى كثيرة بالنسبة للمفحوصين الأسوياء والمجموعات السيكياترية" المشخصة بعناية، وقد اختيرت بنود المقاييس الإكلينيكية بطريقة المجموعات المتعارضة "Contrasted groups"؛ أي تبعا لإتجاه الاستجابة على البنود مقابل محك هو التشخيص الطبي النفسي التقليدي.

ولكن بعض المقاييس الفرعية الأخرى للقائمة أختيرت بطرق تختلف عن ذلك، فقد اختيرت بنود مقياس- الذكورة /الأنوثة - على أساس تكرار الاستجابات الصادرة عن الرجال والنساء والرجال من أصحاب الجنسية المثلية والغيرية، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى غلبة الميول النمطية للجنس الآخر، أما مقياس (الانطواء الاجتماعي) - والذي أضيف مؤخرا - فقد اشتق من إستجابات مجموعتين متعارضتين من طلاب الجامعة اختيرتا على أساس درجاتهما المتطرفة على اختبار للانطواء/الانبساط، ووجد أيضا أن هذا المقياس يرتبط بدرجة جوهرية بعدد الأنشطة التي يشترك فيها طلاب المدرسة العليا والجامعة خارج حجرة الدراسة، اما مقياس الكذب فهو مشتق على أساس منطقي؛ إذ إنه يكرر البنود التي وضعها "هارتسون وماي" عام 1928 في دراستهما عن الكذب لدى أطفال المدارس.

أما مقياس التكرار (ف) فقد استخرج بطريقة إحصائية، وتتكون بنوده من العبارات التي أجاب عنها -في اتجاه معين- ما لا يزيد عن 10%، وغالبا أقل من 5% من العينة المعيارية. وقد اختير البند على أساس المقابلة بين استجابات المجموعات المتعارضة مع العينة السوية على الـ 504 بنود المذكورة أعلاه، وقد احتفظ في الصورة النهائية للمقاييس بالبنود التي لها تكرار في اختيار "صواب/خطأ" يختلف أو يفوق مستوى الدلالة 0.05، وفي كثير من الحالات فقد تم الاشتقاق النهائي للمقاييس في الحقيقة خلال مراحل عديدة، ولذا فإن هذا التخطيط المذكور أعلاه يعد أبسط مما حدث فعلا.

5-2-3 عينات التقنين:

اشتملت العينة السوية المستخدمة في التقنين الأمريكي للمقياس على 724 فردا من زوار مستشفيات جامعة مينيسوتا، وقد استبعد الزوار الذين ذكروا أنهم تحت الرعاية الحالية للطبيب، وهذه العينة تتطابق تماما في العمر والجنس والحالة الزوجية مع مجموع سكان ولاية مينيسوتا، ويمكن أن يوصف الراشد السوي في مينيسوتا حوالي عام 1940 كما يلي: "عمره حوالي خمسة وثلاثون عاما، متزوج، يعيش في مدينة صغيرة أو منطقة ريفية، تلقى ثماني سنوات من التعليم العام، يعمل في مهنة من المستوى الماهر أو شبه الماهر أو -في حالة الإناث-متزوجة من رجل في مثل هذا المستوى المهني".

وبلغ عدد مرضى الطب النفسي الذين أتيحوا لمؤلفي القائمة ما يربو على 800 مريض، على الرغم من أن عدد أقل كثيرا من هذا العدد هو الذي كوّن المجموعات المحكية " Criterion groups" في المرحلة النهائية، ويهدف إشتقاق ثمانية من المقاييس الإكلينيكي للاستخبار استخدمت المجموعات المحكية التالية:

1. المرضى الذين أبدوا اهتماما شادا بوظائفهم الجسمية.
2. المرضى الذين كشفوا عن اضطرابات اكتئابية غير متداخلة نسبيا مع غيرها من الاضطرابات.
3. المرضى الذين أثبتوا وجود استجابات تحويلية "Conversion reactions" لديهم.

4. أفراد أختيروا من المقابلات الطبية النفسية ممن دُرست حالتهم كطلب المحاكم نتيجة لسلوكهم الجانح.
5. المرضى الذي تعد أبرز ملامحهم الإكلينيكية، أفكار التلميح وهذيانات كل من الاضطهاد والعظمة.
6. المرضى الذين كشفوا عن وجود أفكار اجترارية وسواسية وطقوس قهرية ومخاوف شاذة ومشاعر ذنب.
7. المرضى الذين أظهروا أعراض التبدل والتفكير المغرب، والهذيان والهلاوس والتفكير الإنفصامي.
8. المرضى الذين ظهر عليهم النشاط الزائد والاستثارة الإنفعالية وسرعة التنقل بين الأفكار.

(أحمد عبد الخالق، 2007، ص ص 80، 81).

تتكون الصورة المعدلة لاختبار الشخصية متعدد الأوجه مينوستا "2" من (567) عبارة، كما رتبت الفقرات بحيث يمكن أن يُستجيب للفقرات الـ(370) الأولى، أن تصحح على أساس هذه الفقرات فقط كل مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية، حيث تشكل الفقرات الـ(370) الصورة المختصرة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "2". والتي تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية.

5-2-4 مقاييس اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" (MMPI2):

تنقسم مقاييس اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" إلى (14) مقياس، مقاييس الصدق، والمقاييس الإكلينيكية وذلك كما يلي:

أولا مقاييس الصدق :

وتحتوي مقاييس الصدق بدورها إلى أربعة مقاييس وهي: الدرجة لا أستطيع أن أقرر (؟) مقياس الكذب (L)، مقياس الخطأ (F)، مقياس التصحيح (K).

- الدرجة لا أستطيع أن أقرر (؟):

بالرغم من أن هذه الدرجة توضع على الصفحة النفسية وعلى ورقة إجابة الاختبار شأنها في ذلك شأن المقاييس الأخرى، إلا أنها لا تعد مقياسا بالمعنى المعتاد، وتسمح التعليمات للمفحوص بأن يقرر بأن ثمة عبارات معينة لا تنطبق عليه، ومن ثم لا يستطيع الإجابة عنها، وعدد هذه العبارات هو الذي يشكل الدرجة على هذا المقياس.

ولا توجد درجات ثابتة لهذا المقياس مشتقة من عينة التقنين، ويستحسن ألا يترك المفحوص عدد كبيرا من الأسئلة دون إجابة (30 سؤال) لأن ذلك قد يقلل من قيمة أو صدق الصفحة النفسية للمفحوص.

وثمة أسباب عديدة لترك المفحوص بعض العبارات دون إجابة ومن أمثلة هذه الأسباب:

- إصابة بعض الأفراد بالإضطراب أو الإنفعال من قراءة العبارات ويستغرقون في تأويل محتوى العبارات ويفرغون عليها دلالات غريبة.
- معاناة بعض الأفراد من الاكتئاب الشديد، فإن إجراء الاختبار يبدو وكأنه إجراء غريب لأنه أمر يتصل بصراعاته وتناقضاته الوجدانية، ولأن المكتئب يرى نفسه أحيانا وكأنه شخص لا أهمية له، أو ينظر إلى الأمور من وجهة نظر تشاؤمية لذلك يترك عددا كبيرا من الأسئلة دون إجابة.
- بعض الأفراد المصابين بـ"البارانويا" وما يتخذونه من حيطة وحذر وشك بحيث يرون في بعض العبارات تجسسا عليهم فيتركونها دون إجابة.
- عدم وجود دافعية كبيرة عند المفحوص لأداء الاختبار؛ مما يجعله يهمل الإجابة على بعض العبارات.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص ص 252، 253)

* مقياس الكذب (L): ويحتوي على (15) عبارة.

ولقد أُعدت عبارات هذا المقياس بحيث يسهل عدّها في ورقة الإجابة، وتصحح بسهولة ويسر دون استخدام مفتاح التصحيح، وتدور عبارات المقياس حول مشاعر العدوان والأفكار السيئة أو الشريرة أو الإغراءات ونقص القدرة على التكامل والضبط، وهذه العبارات واضحة وليست غامضة وهي تتضمن أموراً غير مرغوبة اجتماعياً، ومن المفروض أن أغلب الناس سوف يجيبون بأن العبارات تنطبق عليهم بالرغم من أن العبارات تتصل بمشاعر أو أفعال مكروهة.

وقد أُعد هذا المقياس لتحديد مدى الصراحة والإفصاح التي يجيب بهما المفحوص على عبارات الاختبار والدرجة المنخفضة على المقياس تشير إلى غير المفحوص في الإقرار بالعيوب والوعي بالذات والاستجابة الاجتماعية والرغبة في الإبانة على الذات والنضج والسواء، كما أن انخفاض الدرجة على المقياس يشير إلى تمتع المفحوص بالإرتياح وعدم الحرج في عرض العيوب الشخصية، أما الدرجة المرتفعة فهي تشير إلى إتصاف المفحوص بالدفاعية والحساسية الزائدة، هذا إلى جانب الجمود والسلبية أو فقد الشعور بالأمن ونقص الاستبصار بالذات، وقد يكون ارتفاع الدرجة بسبب سوء تأويل أو فهم بعض العبارات.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص 253)

* مقياس الخطأ (F): ويحتوي على (64) عبارة.

من النادر أن يجيب الأشخاص الأسوياء على عبارات المقياس بالصورة التي تصحح بها، أي أن الشخص الذي يحسن فهم وقراءة عبارات المقياس يندر أن يجيب عليها في الإتجاه، ودور هذا المقياس حاسم في تقرير صدق الصفحة النفسية*.

وتدور عبارات المقياس حول الاعتقادات والأفكار الغريبة أو التبدل وإنكار الروابط الاجتماعية كما أن المجموعة من العبارات تختص بالعلاقات الأسرية أو تجارب الطفولة ومنها ما يتصل بالدين والإتجاهات نحو القانون ونقص القدرة على ضبط الإنفعالات.

* حيث كلما ارتفعت الدرجة على هذا المقياس زاد الاحتمال بأن بعض العوامل قد تدخلت لتقلل من صدق الصفحة النفسية. كما يكشف ارتفاع الدرجة في مقياس (F) عما إذا كان المفحوص قد اختار أن يظهر نفسه في صورة غير سوية.

وثمة مجموعة من الأسباب تؤدي إلى ارتفاع الدرجة على المقياس منها:

- تجاهل المفحوص للتعليمات.
 - عدم فهم العبارات.
 - محاولة المفحوص الظهور بمظهر غير متكامل أو أنه ينشد الهروب من المسؤولية.
- والدرجة المرتفعة على هذا المقياس تشير إلى صفات في المفحوص أهمها الإخلاص والهدوء وعدم الرغبة في التظاهر والإعتدال والبساطة وإمكانية الاعتماد عليه والصبر والشجاعة وقلة الحماس.
- (محمد شحاته ربيع، 2008، ص 254)

* مقياس التصحيح (K): ويحتوي على (30) عبارة

أعد هذا المقياس بغرض تعرف إتجاه المفحوص حيال الاختبار، وهذا الإتجاه نحو الاختبار يُظهر ما قد يتسم به المفحوص من الدفاعية الشخصية أو الإقرار بالعيوب والمتاعب.

وتدور عبارات المقياس حول الرغبات المكروهة مثل الرغبة في السب أو التحطيم والعناد وعدم الإهتمام باللوم والنقد وعد الإهتمام بالآخرين وعدم الرغبة في الاستسلام والرغبة في التكتّم.

وثمة بعض النتائج الهامة على هذا المقياس نجلها فيما يلي:

- إن المفحوص الذي يجيب على معظم العبارات في الإتجاه التي تصحح به يتصف بالرضا عن الذات.
 - إن المقياس مع مفهوم قوة الانا وثبات الذات وحسن الإستجابة للعلاج.
- والدرجة المرتفعة في هذا المقياس تشير إلى صفات في المفحوص مثل المهارة العدوانية ونضوج الفكر والحيوية وتعدد الإهتمامات والمبادئ والتسرع إلى جانب الرغبة في جذب الإنتباه والإستعراضية ومواجهة المواقف إلى جانب شدة المراس، أما الدرجة المنخفضة على هذا المقياس تشير إلى صفات في المفحوص مثل اليقظة والحذر والكف والمسالمة والاعتزال والضحالة وبطء الإيقاع الشخصي والاستسلام للسلطة والإمتثال للتقاليد.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص ص 254، 255)

- ما تجدر الإشارة إليه فإن لمقياس التصحيح (K) تستعمل كذلك درجته الخام كإضافة إلى خمسة مقاييس كلينيكية، وذلك لإعطاء هذه المقاييس قوة تشخيصية أكبر، هذه المقاييس هي:
- مقياس توهم المرض (5 K).
 - مقياس الإنحراف السيكوباتي (4K).
 - مقياس السيكتينا (K كاملة).
 - مقياس الفصام (K كاملة).
 - مقياس الإنطواء الاجتماعي (2K).

ثانياً المقاييس الإكلينيكية:

- يحتوي اختبار مينسوتا متعدد الأوجه على عشرة (10) مقاييس إكلينيكية وهي:
- توهم المرض: (HypochoNDRIASIS (Hs)، ورمزه الرقمي 1.
 - الإكتئاب: (Depression (D)، ورمزه الرقمي 2.
 - الهستيريا: (Hysteria (Hy)، ورمزه الرقمي 3.
 - الإنحراف السيكوباتي: (Psychopathic Deviate (Pd) ورمزه الرقمي 4.
 - الذكورة/الأنوثة: (Masculinity-Femininity (M F) ورمزه الرقمي 5.
 - البارانويا: (Paranoia) (Pa)، ورمزه الرقمي 6.
 - السيكتينيا: (Psychasthenia (Pt)، ورمزه الرقمي 7.
 - الفصام: (Schizopherania (Sc)، ورمزه الرقمي 8.
 - الهوس الخفيف (Hypomania (Ma)، ورمزه الرقمي 9.
 - الإنطواء الاجتماعي (Socialintroversion) (Si)، ورمزه الرقمي 0.

وما تجدر الإشارة إليه إلى أن هذه المقاييس الإكلينيكية العشرة تنقسم إلى ثلاث مجموعات وهي:

- المجموعة الأولى: المثلث العصابي والذي يضم مقاييس توهم لمرض، والاكتئاب والهستيريا.
- المجموعة الثانية: المثلث الذهاني، والذي يضم مقاييس الفصام، البارانيا، الهوس الخفيف.
- المجموعة الثالثة: المشكلات السلوكية والتي تضم الإنحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الإنطواء الاجتماعي.
- إلى جانب هذه المجموعات نجد كذلك السيكاثينيا.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 90)

- 1- توهم المرض (Hs): ويحتوي على (33) عبارة.

يقيس الإهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق على الصحة الذي لا يستند إلى سبب، فيشكو الفرد غالبا من آلام واضطرابات يصعب تبيينها، ولا يوجد لها أساس عضوي واضح، ومن خصائص المتوهم بالمرض أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين، ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي.

ويختلف متوهم المرض عن الهستيريا في أن الأول يكون غالبا أكثر غموضا من الثاني في وصف شكواه، كما أنه لا يُظهر دليلا واضحا على أنه يستعين بالاعراض على الخروج من ماز قاوم وقف غير مقبول، كما يفعل الهستيريا، ومتوهم المرض يكون له غالبا تاريخ طويل من المبالغة في شكواه الجسمية.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 85)

- 2 - مقياس الاكتئاب (D): ويحتوي على (60) عبارة.

ضم هذا المقياس بغرض قياس درجة أو عمق نموذج الاعراض المرضية للاكتئاب، ويتميز الاكتئاب بنظرة متشائمة للحياة والمستقبل وشعور بالقنوط وعدم الجدارة، وبطء في الفكر والعمل وغزارة الأفكار حول الموت والانتحار، والمجموعة المرضية التي صُمم على أساسها المقياس أبدت أعراض انقباضية.

وتدور عبارات المقياس حول النقص الشديد في الإهتمام بالعالم الخارجي، ويعبر عن ذلك في صورة تبدل عام وإنكار صريح واضح للسعادة أو الجدارة أو القيمة الشخصية، وكذلك تصف العبارات الشعور بعدم الكفاية في أداء العمل بصورة مرضية، وثمة مجموعة أخرى من العبارات تشير إلى أعراض جسدية مثل اضطراب النوم أو اضطراب الهضم.

وتشير الدرجة المرتفعة إلى صفات في المفحوص مثل التحفظ والابتعاد الاجتماعي، وعدم الرضا بوجه عام، وشدة الانفعال والتعرض للهموم والحيوية، إلى جانب الانعزالية والتبدل المرأوغة وسرعة التقلب الانفعالي.

وتشير الدرجة المنخفضة على المقياس إلى صفات في المفحوص مثل النشاط والكفاءة في العمل والثبات الإنفعالي وسرعة التكيف والمغامرة والإعجاب الذاتي الذي يصل إلى حد الصلف.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص ص 256، 257)

-3- مقياس الهستيريا (Hy): ويحتوي على 60 عبارة .

لقد أعد مقياس الهستيريا للمساعدة في تحديد المرضى الذي يستخدمون الحيل الدفاعية العصائية للهستيريا التحويلية، ويظهر أن هؤلاء المرضى يتخذون من اعراضهم الجسمية، وسيلة لمواجهة الصراعات المعقدة أو لتجنب المسؤوليات الجسيمة وهذا الاستغلال للإضطراب العضوي لا يظهر إلا تحت الضغط، بينما لا يظهر في الظروف العادية أية مظاهر غير سوية للشخصية، ولقد اختيرت عبارات المقاييس على أساس قدرتها التمييزية بين الاسوياء وجماعات من المرضى المصابين بالهستيريا التحويلية.

وتدور عبارات المقياس حول موضوعين رئيسيين؛ الأول الأعراض البدنية أو الجسمية، والثاني السهولة واليسر في العلاقات الاجتماعية، هذا إلى جانب عبارات تتضمن إنكار المتاعب وإنكار عدم الكفاية.

كما أن بعض عبارات الاختبار هي بمثابة إعلان رافض أن الآخرين أهل للثقة والحب والمسؤولية.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص 257)

- 4 - مقياس الإنحراف السيكوباتي (Pd) :

وُضع هذا المقياس ليقاس خصائص الشخصية السيكوباتية المضطربة التي تتميز بانها مضادة للأخلاق والمجتمع، وعدم الإهتمام المتكرر بالعادات الاجتماعية والعرف وعدم القدرة على الاستفادة من العقاب.

ويقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بالسيكوباتيين الذين تتمثل صعوبتهم الأساسية في نقص الاستجابة الإنفعالية العميقة، وفي عدم القدرة على الإستفادة من الخبرة وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية وعلى الرغم من أنهم يكونون أحيانا خطرين على انفسهم أو على الآخرين فإنهم يكونون أحيانا أذكياء ومحبوبين.

وتتحصّر أخطر انحرافاتهم عن المعايير الاجتماعية في الكذب والسرقة والإدمان على المخدرات والكحول والشذوذ الجنسي، وقد تمر بهم فترات من الهياج السيكوباتي الحقيقي أو الاكتئاب بعد اكتشاف شذوذهم، ولكنهم مختلفون عن بعض فئات المجرمين في عدم قدرتهم على الإستفادة من اخلبرة وفيما يبدو من أنهم يرتكبون أفعالهم دون تفكير في كسب محتمل لانفسهم او دون تجنب اكتشاف امرهم.

وقد وُصِف الأشخاص ذوو الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بالإقبال على المجتمع والصراحة وكثرة الكلام والمخاطرة وحب تعاطي الكحول والفردية، على حين وُصِف الأشخاص ذوو الدرجات المنخفضة بانهم جادون عاطفيون يراعون التقاليد متزنون ذوو اهتمامات محدودة.

(احمد محمد عبد الخالق، 2007، ص ص 86، 87)

- 5 - مقياس الذكورة/ أنوثة (MF):

أُعد هذا المقياس بغرض تحديد ظواهر الشخصية التي ترجع إلى الانقلاب الجنسي الذكري، مما يرتبط بالشخصية السيكوباتية أو ما يقدر يسمى أحيانا بالإضطراب الجنسي.

والأشخاص من هذا النوع يبدوون اتجاهات وتفضيلات غير متفقة مع جنسهم، وتبدو انثوية مثل هؤلاء الذكور في قيمهم واتجاهاتهم وميولهم وأساليب التحدث والتعبير، هذا بالنسبة للذكور، وبالنسبة للإناث لا توجد دراسة حاسمة، ولكن يشير المقياس إلى تفضيلات غير متفقة مع الجوانب الانثوية.

وجماعات المحك التي على أساسها حُددت عبارات المقياس هي بوجه عام من المنحرفين جنسياً إلى المصابين بالمتلية الجنسية.

وما تجدر الإشارة إليه فإن تصحيح المقياس بالنسبة للذكور يصحح بمقياس خاص بهم، وكذلك بالنسبة للإناث فيصح بمقياس خاص بهن.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص 259)

- 6- مقياس البرانويا (PA):

ضُم هذا المقياس ليقس الصورة الإكلينيكية للبارانويا، ويتميز المرضى في هذه المجموعة بالنتشك والحساسية الزائدة، وهذيانات الاضطهاد والعظمة وغالبا ما يكون لديهم إدراك وتفسير خاطئ لمواقف حياتهم.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 87)

- 7- مقياس السيكايتينيا (Pt):

وُضع هذا المقياس ليساعد على تقدير النمط العصبي للسيكايتينيا أو جملة اعراض الوسواس القهري، وقد يكون هذا السلوك القهري صريحا مثل تكرار غسل اليدين، أو ضمنيا يتمثل في عدم القدرة على الهروب من الفكرة المتسلطة، وتشمل المخاوف المرضية كل أنواع الخوف غير المعقول من الأشياء والمواقف، كما تشمل الاستجابة الزائدة المبالغ فيها للمنبهات المعقولة.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 88)

- 8- مقياس الفصام (Sc):

أُعد هذا المقياس لقياس النموذج المرضي للفصام، وهو نموذج غير متجانس بدرجة كبيرن ويحتوي على ظواهر سلوكية متعددة مثل الإغراب في السلوك والتفكير والبرود والتبليد وعدم الإهتمام والتباعد عن الآخرين، كما يتصف النموذج المرضي للفصام بظهور الظلالات والهوسات سواء أكانت عابرة أو مؤقتة أو قهرية أو دائمة، كذلك يبدو بالنسبة لهذا النموذج المرضي عدم التكيف وانحسار الإهتمام بالناس والأشياء.

وتحتوي عبارات المقياس على الأفكار الغريبة والتباعد الاجتماعي ومغريات الإدراك ومشاعر العدوان، إلى جانب عبارات تعبر عن ضعف العلاقات الأسرية وضحالة في الإهتمامات، وكذلك عبارات تتضمن الإشارة إلى الأمور الجنسية وضعف القدرة على التركيز وضعف القدرة على ضبط النفس والتسرع.

(محمد شحاته ربيع، 2008، ص ص 261، 262)

-9- مقياس الهوس الخفيف: (Ma)

ويتسم هذا الاضطراب الوجداني بثلاث خصائص هي: النشاط الزائد على الرغم من أنه نشاط غير فعال ولا منتج غالبا، والاستثارة الإنفعالية، والتتابع السريع للأفكار.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 89)

-0- مقياس الإنطواء الاجتماعي: (Si)

يقيس هذا المقياس النزعة إلى الإنزواء والبعد عن الإتصال الاجتماعي بالآخرين، وهو ليس مقياسا اكلينيكيًا بالمعنى المحدود؛ أي أنه لا يقتصر استخدامه على مرضى المستشفيات، ولكنه يمتد أيضا إلى الأسوياء.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 89)

5-2-5 التفسير الإكلينيكي للصفحة النفسية:

يؤدي تطبيق اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI2) إلى استخراج عشرة مقاييس إكلينيكية وأربعة مقاييس للصدق، ثم تحول الدرجات الخام إلى درجات معيارية ثانية، وتفرع الدرجات على ورقة الصفحة النفسية أو البروفايل. (Profile).

وتفحص درجات مقاييس الصدق بادئ ذي بدء حتى يمكن تحقيق درجة صدق المقاييس الإكلينيكية، وفي حالة صدقها يفسر البروفايل على أساس أعلى درجتين على مقياسين، وأحياناً يستخدم أعلى ثلاثة مقاييس.

وعند تفسير الصفحة النفسية يجب أن يراعى الآتي:

1. أن الشكل الكلي للصفحة النفسية أكثر دلالة من الدرجة على مقياس واحد.
 2. يغلب أن تتجمع المقاييس الإكلينيكية في ثلاثة مجموعات، ويغلب كذلك أن يكون للمنحنى أكثر من قمة في الصفحة النفسية هي:
 - أ. المثلث العصابي: ويشمل مقاييس توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا.
 - ب. المثلث الذهاني: ويشمل مقاييس الفصام، البارانويا، الهوس الخفيف.
 - ت. المشكلات السلوكية: وتشمل مقاييس الإنحراف السيكوباتي الذكورة/الأنوثة .
- كما نجد إلى جانب هذه المجموعات السيكاثينيا.

3. تتحدد درجة التأكد من نتيجة المقاييس الإكلينيكية على أساس درجات الصدق.

(أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص 89، 90)

وما تجدر الإشارة إليه أنه توجد خمسة مقاييس إكلينيكية يضاف لها الدرجة الخام لمقياس التصحيح (K)، وذلك لإعطاء هذه المقاييس الإكلينيكية قوة تشخيصية أكبر.

وهذه المقاييس الإكلينيكية الخمسة هي:

- مقياس توهم المرض (5 K).
- مقياس الإنحراف السيكوباتي (4 K).
- مقياس السيكاثينيا: (K) كاملة.
- مقياس الفصام: (K) كاملة.
- مقياس الإنطواء الاجتماعي: (2 K).

توجد عبارات اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية ضمن الملحق رقم (2)

5-3. المقابلة نصف الموجهة:

تعتبر المقابلة أداة أساسية في الدراسات النفسية عموماً*، ولقد تم اللجوء إليها في دراستنا الحالية وذلك لعدة اعتبارات :

- كونه لا يمكن الاستفادة القصوى والمجدية من اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا "2" إلا من خلال توفر بيانات عديدة عن المفحوص، مثل السن والجنس و المستوى المعيشي والتعليمي ومختلف الظروف المحيطة به، كونها متغيرات لها تأثيرها و من الخطأ التحليل الأعمى للصفحة النفسية.

- لاشباع رغبة عينة الدراسة الأساسية من النساء غير المتوافقات زواجياً، في التعبير عن معاناتهن ورغبتهن الشديدة في تلقي المساعدة ، لذلك لم تقم الباحثة بإدراج تحليل محتوى المقابلة نصف الموجهة للعينة المدروسة في الدراسة الحالية، واكتفت بعرض أربع نماذج لأفراد العينة مرفقة بتحليل نتائج " اختبار منسوتا متعدد الأوجه للشخصية 2" . ويعرف landis "لانديس" المقابلة بأنها "أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعية دينامية".

(مروان أبو حويج، عصام الصفدي، 2001، ص149)

وللمقابلة** نصف الموجهة قيمتها في المرحلة الاستكشافية من البحث، كما أنها تسمح بالتعمق في الحصول على المعلومات المتعلقة بالمبحوث، والمواقف المحيطة به، وتسمح للمبحوث بالتعبير عن نفسه تعبيراً حراً تلقائياً لتمييزها بالمرونة.

(اخلاص محمد عبد الحفيظ وآخرون. 2002. ص 158)

* هناك شروط معينة لابد من مراعاتها لنجاح المقابلة، راجع عطوف ياسين، 1983، ص 403.
**توجد عدة أنواع للمقابلة والذي يحدد نوع المقابلة هو الهدف والغرض التي تقام من أجله المقابلة.

واحتوت المقابلة النصف الموجهة على محورين أساسيين:

- **المحور الأول:** العلاقة الزوجية ومظاهر إضطرابها ويحتوي هذا المحور على 31 سؤالاً والغرض منه تقييم العلاقة الزوجية ومحاولة معرفة مؤشرات إضطرابها.
- **المحور الثاني:** أعراض الإضطرابات النفسية والمتمثلة في الإكتئاب، توهم المرض، الهستيريا.

ويحتوي هذا المحور على 18 سؤالاً بالإضافة إلى أسئلة فرعية والغرض من هذا المحور هو محاولة معرفة ردود فعل المرأة تجاه سوء توافقها الزوجي، وهذه الردود التي تكون على شكل أعراض لأمراض نفسية وهي الإكتئاب، توهم المرض والهستيريا. (أنظر الملحق رقم 4).

الفصل السادس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة:

سنحاول فيما يلي عرض مختلف النتائج التي تم الحصول عليها من خلال تطبيق كل من الأدوات التالية:

- مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000).
- اختبار مينوسوتا متعدد الأوجه (MMPI2).

1-1 عرض نتائج مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000):

لقد تم توزيع (220) من مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000) في الدراسة الاستطلاعية من المترددات على العيادات النفسية الحكومية بمدينة بسكرة من خلال التعاون مع الأخصائيات النفسانيات المتواجرات على مستوى هاته العيادات وتم استرجاع (190)، ولقد تم وضع كل من مقياس التوافق الزوجي واختبار مينوسوتا متعدد الأوجه (MMPI2) والمقابلة نصف الموجهة في ظرف واحد يحمل رقم معين، وهو نفس الرقم الذي يحمله كل من المقياس والاختبار؛ حيث يمثل كل ظرف حالة واحدة.

ولقد تم الاعتماد في الدراسة الأساسية على عينية قصدية، والتي تحصلت على العلامة ما بين (54 و98)، هذا المجال الذي يعكس حسب مقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000).
-لا يوجد إتفاق إطلاقاً- وهو ما يعني في دراستنا هذه سوء التوافق الزوجي.

ولقد تكونت عينة الدراسة الأساسية من (54) امرأة غير متوافقة زواجياً ولقد تم استبعاد حالتين (2)، وذلك لضعف صدق الصفحة النفسية حسب اختبار مينوسوتا متعدد الأوجه، لتتكون عينة الدراسة الأساسية في صورتها النهائية من (52) امرأة غير متوافقة زواجياً.

2.1. عرض نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينوستا "2"(MMPI2):

لقد تم تحليل نتائج اختبار مينوستا متعدد الأوجه (MMPI2) بالنسبة للعينة القصدية (54) التي تدخل ضمن مجال لا يوجد اتفاق إطلاقاً بالنسبة لمقياس التوافق الزوجي لمراد بوقطاية (2000)، وهذه العينة هي التي تمثل سوء التوافق الزوجي لدراستنا والتي أخذت نسبة (28.42%). وعند تحليل اختبار مينوستا متعدد الأوجه (MMPI2) لعينة الدراسة الأساسية (54)، تم استبعاد حالتين (2)، وذلك لضعف صدق الصفحة النفسية لكل واحدة منهن، وذلك يعود إلى حصولهن على درجات مرتفعة جداً على مقياس الصدق الثلاثة (F.L. ?)، فبالنسبة للمقياس (?) فعدم الإجابة عن (30) سؤالاً أو ما بين (11) و(29) سؤال يؤدي إلى ضعف صدق الصفحة النفسية. أما بالنسبة للمقياس (L) فالحصول على الدرجة (80) فما فوق أو ما بين (70 و 79) يضعف من صدق الصفحة النفسية. والمقياس (F) فالحصول على الدرجة (91) أو ما بين (71 و 90) درجة فإنع يضعف من صدق الصفحة النفسية. (MMPI2, Manuel, P P 28,31)

أما مقياس (K) فيستخدم كعامل تصويب؛ أي أن قيمته سواء كانت منخفضة أو مرتفعة فلا تؤثر على صدق الصفحة النفسية؛ بل تضاف إلى خمس مقاييس إكلينيكية لزيادة قدرتها على التمييز والتشخيص.

جدول رقم (9): النتائج الكلية لاختبار مينوستا متعدد الأوجه (MMPI2):

النسبة المئوية**	التكرار	المقاييس الإكلينيكية
% 90.38	47	1. توهم المرض (Hs)
%96.15	50	2. الاكتئاب (Hy)
%19.23	10	3. الهستيريا (Hy)
%30.76	16	4. الانحراف السيكوباتي (Pd)
%3.84	02	5. الذكورة/الانوثة (MF)
%40.38	21	6. البارانويا (Pa)
% 1.92	01	7. السيكاثينيا (Pt)
% 0	00	8. الفصام (Sc)
% 15.38	08	9. الهوس (Ma)
% 13.46	07	0. الانطواء الاجتماعي (Si)
	52	المجموع

وما تجدر الإشارة إليه إلى أنه تم الاعتماد في تحليل نتائج الأمراض النفسية والتي تمثل المثلث العصابي "الاكتئاب توهم المرض، الهستيريا"، حسب اختبار منسوتا متعدد الأوجه MMPI2، على الدرجة التي تقع في حدود الدرجة (70) وما فوقها والتي تمكنا من التعرف إلى الانحراف المرضي. و التي تحصل عليها المفحوصة في كل مقياس من المقاييس الإكلينيكية. وتتحدد درجة التأكد من نتيجة المقاييس الإكلينيكية على أساس درجات الصدق.

** ينبغي الإشارة بأن (N ≠ 100).

التعليق على الجدول رقم (9):

من خلال الجدول يتبين أن مقياس رقم (01) الذي يمثل توهم المرض (HS) قد تحصل على نسبة تقدر بـ: 90.38%، وهو ما يؤكد أن المرأة تلجأ إلى جسدها للتعبير عن معاناتها، وهو ما يوضح تضخيم مشاكلها الجسمية، وتمركزها حول الذات، وإن كانت هذه الشكاوى الجسمية متغيرة من عضو إلى آخر.

أما المقياس رقم (02) الذي يمثل الاكتئاب (D) فسجل أعلى نسبة (96.15%)، وغالبا ما يقترن ارتفاع مقياس الاكتئاب مع مقياس توهم المرض؛ فالمرأة وإن كانت تعاني من الإنطواء على الذات، وعدم الثقة بالنفس، فهي تعاني كذلك من شكاوى جسدية واضطرابات في النوم مع الإحساس بعدم الكفاءة، والحزن الشديد الذي يلزمها لفشل علاقتها الزوجية، مع عدم القدرة على مواجهة مشاكلها الزوجية، فتستسلم في الأخير للاكتئاب كوسيلة هروبية من التعاسة التي تعيشها. أما المقياس رقم (03) الذي يمثل الهستيريا؛ فلقد تحصل على نسبة (19.23%)، وهو ما يبين أن المرأة تعاني من شكاوى وأمراض وظيفية مع نقص الاستبصار بالذات مع استخدام ميكانيزم الإنكار والإنشطار مع بروز التمثيل الهستيريا لديها.

إلى جانب هذه المقاييس الثلاثة التي تمثل المثلث العصابي لاختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا (MMPI2) فلقد برزت بعض المقاييس الأخرى، والتي لم نضعها كفرضيات في دراستنا الحالية.

حيث برز المقياس رقم (6) الذي يمثل البارانويا (Pa) بنسبة (40.38%)، وهي نسبة معتبرة، وهذا ما يعكس عدائية المرأة وتفسيرها للوضعيات الاجتماعية بشكل سيء، وشكوكها اللامنطقية وتعليق فشلها في حياتها الزوجية على الآخرين، وهو ما يعكس نقص نضجها واستبصارها لذاتها مع إزاحة الانتقادات والملاحظات.

كما ظهر مقياس رقم (04) الذي يمثل الإنحراف السيكوباتي بنسبة (30.76%)، وهو ما يوضح بأن المرأة تتميز بعلاقات سطحية إلى جانب العدائية والتمرد على الآخرين، مما ينجر عليه مشاكل مع السلطات، ومشاكل زوجية ومهنية متكررة مع عدم الإحساس بالذنب، وهو ما يبرر استجاباتها الإنفعالية السطحية.

أما مقياس رقم (09) الهوس الخفيف (Ma) فلقد تحصل على نسبة (15.38%)،
والمقياس رقم (0) الإنطواء الاجتماعي (Si) فقد تحصل على (13.46%).
أما أدنى نسب مئوية فلقد تحصل عليها كل من المقاييس رقم 5، 6، 7 بنسب: 3.84%،
1.92% و 0% على التوالي.
في الأخير ما يمكن استنتاجه في الجدول هو أن المقاييس الإكلينيكية رقم: 01، 02، على
التوالي التي تمثل كل من توهم المرض (Hs)، والاكئاب (D)، قد احتلت الصدارة من حيث
نسبها المئوية.

2/ مناقشة النتائج على ضوء تساؤلات الدراسة:

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج مع الرجوع إلى تساؤلات دراستنا سنقوم بالتحقق من كل فرضية على حدى.

2.1. بالنسبة للتساؤل الفرعي الأولي: الذي ينص بأنه: "لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض توهم المرض لدى المرأة"، وللاجابة عنه كان لابد من الرجوع مباشرة للنتائج المتحصل عليها من خلال التطبيق لاختبار الشخصية متعدد الأوجه (MMPI2)، وذلك بنسبة (90.38%)؛ أي أن هناك (47) امرأة من أصل (52) العينة تعاني من مرض توهم المرض.

ولعل ذلك يرجع إلى أن المرأة غير المتوافقة زواجيا تستغل جسدها للتعبير عن معاناتها الزوجية. وهنا يشير "حامد زهران" بأن المرأة أكثر عرضة للإصابة بتوهم المرض مقارنة بالرجل. (حامد زهران، 2005، ص 491)

وتبرز أعراض توهم المرض من خلال الشكوى من اضطرابات جسمية، خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من الجسم، وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو" الذي يكون هدف توهم المرض" له علاقة رمزية بالمشكلة التي تكمن وراء توهم المرض، والإحساس بحركات الأمعاء وضربات القلب وما شابه ذلك، وتنقل وتنوع الشكوى، كما يميل المريض الى تعميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم المرض حتى ليشعر الجسم كله في حالة معاناة، وقد يؤدي هذا إلى حالة إنسحاب كامل بعيدا عن العالم المحيط به، إضافةً الى الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب.

(حامد زهران، 2005، ص 492)

فالمراة وكننتيجة لتكوينها النفسي المختلف عن الرجل، تنتشد الحب والدف والسعادة، فهي ترى في زوجها الوعاء الذي يحوي حاجاتها النفسية والعاطفية، ولكن عند عدم اشباع جوعها العاطفي من خلال الزواج، فإن ذلك يؤثر سلبا على نفسييتها ويدفعها إلى استخدام حيل الدفاع النفسي، لإعادة التوازن النفسي الداخلي لديها، وقد يكون اللجوء إلى المرض النفسي أحد أكثر هذه الحيل الدفاعية، وهو ما تم توضيحه في الفصل الثالث، من الدراسة - الأمراض النفسية لدى المرأة - بأن اللجوء إلى المرض النفسي يُعتبر بين آليات الدفاع غير المباشرة لدى الفرد لتحقيق توافقه النفسي.

ويشير " فيصل الزراد" (2004) بأن آلية توهم المرض تسمح للفرد بأن يهاجم الآخرين بآلامه وينتقم منهم أو يعاقبهم عوضاً من أن يهاجمهم بمطالبه أو يعبر عن لومه لهم.

(فيصل الزراد، 2004، ص 81)

فتلجأ بذلك المرأة غير المتوافقة زواجياً إلى توهم المرض وبطريقة لاشعورية، للهروب من مظاهر سوء التوافق الزوجي التي تعاشها، من كثرة الشجارات واستعمال العنف بشتى أنواعه اللفظي والجسدي والنفسي، والإهمال من قبل الزوج وغيرها من المظاهر؛ مما يولد لدى المرأة تدني في مفهوم الذات، وهو ما ينمي بداخلها شعور برفض زوجها لها وعدم رغبته فيها، وبذلك يكون توهم المرض بمثابة تعبير رمزي عن هذا الشعور، ومحاولة منها للفت انتباه الزوج لمعاناتها.

وفي ذلك ترى "علياء شكري" أن الزوجات تحديداً تواجهن نقصاً في الإشباع الزوجي العام، ونسبة عالية من المشاعر السلبية خلال دورات الحياة الزوجية وتحديداً خلال أطوار الإنجاب وتربية الأطفال.

(علياء شكري، عن حنيفة صالح، 2009، ص 264)

2.2. بالنسبة للتساؤل الفرعي الثاني: الذي ينص بأنه: "لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين

الميل إلى مرض الاكتئاب العصابي لدى المرأة.

وللاجابة عنه كان لابد من الرجوع إلى النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا (MMPI2)؛ أين تجسدت هذه الفرضية بوجود الاكتئاب لدى عينة الدراسة، وذلك بنسبة (96.15%)؛ أي أن هناك (50) امرأة من العينة التي تتكون من (52) امرأة تعاني الاكتئاب وهي أكبر نسبة.

فالمرأة غير المتوافقة زواجياً تعاني من أعراض الاكتئاب، وهي أعراض تختلف شدتها من حالة إلى أخرى من أعراض نفسية وانفعالية، والتي تتجسد في الحزن والشعور بالذنب وفقدان الشهية، وانعدام الدافعية لممارسة أي عمل وفقدان الشهية وضعف الرغبة الجنسية وسرعة الغضب والإنفعال وفقدان الثقة بالنفس.

فالإكتئاب العصابي يعتبر كاستجابة عصبية بالكآبة، يخلقها موقف أو حادث محزن، ويكون اتصال الفرد بالواقع موجوداً، و يدرك بأنه مريض، و يسعى للعلاج لدى الأخصائي النفسي، و غالباً ما يستخدم المريض بالإكتئاب العصابي أسلوب الانتحار، بغرض إثارة و لفت انتباه الآخرين، حيث لا يقصد من ورائه الموت.

ولعل أكثر الأعراض النفسية للاكتئاب شيوعاً لدى النساء غير المتوافقات زواجياً هي الانعزال العاطفي؛ حيث لا يبقى للمرأة محبة لزوجها والمحيطين بها، فتصبح بذلك العلاقة الزوجية مصطبغة بالإنفصال العاطفي العميق بالرغم من الارتباط الشرعي مع الزوج، هذا الارتباط الذي يصبح بالنسبة للمرأة ارتباطاً شكلياً، تمليه الأعراف والعادات في المجتمع الذي تعيش فيه.

فالمرأة وأمام عدم وجود المحفزات في العلاقة الزوجية، من حب واهتمام ودفء، من طرف الزوج، فإنها تتسحب من هذه العلاقة إلى عالمها الداخلي الذي يصبح مصطبغاً بصبغة تشاؤمية لحرمانها العاطفي الزوجي، وهو الأمر الذي أكدته نظرية التحليل النفسي، بأن للحرمان دوراً رئيسياً في حدوث الاكتئاب.

وننتج هذا التساؤل تتفق مع العديد من الدراسات سواء الأجنبية منها أو العربية، فكلها أكدت بأن المرأة غير المتوافقة زواجياً أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب مقارنة بالرجل.

ومن الدراسات الأجنبية نجد دراسة "بيش وآخرون" **Beach & al, 1996** إلى أن عينة كبيرة في المجتمع من الأزواج الذين بحثوا عن مساعدة لحل الخلافات الأسرية بدت عليهم أعراض خفيفة إلى متوسطة من أعراض الاكتئاب وخاصة الزوجات منهم.

(أزهار السمكري، 2009، ص 85)

كما وجدت دراسة "ويسمان وبايكل" **Wisman, Paykel** عام 1974 أن زيادة الخلافات الزوجية كانت أكبر الأحداث التي تسبق البحث عن العلاج للاكتئاب، وأن (40) حالة من الحالات التي تردت عليهما في العيادة الخارجية من النساء، اللاتي لديهن أعراض متوسطة إلى حادة من الاكتئاب، أظهرن دلائل واضحة بعجز حاد وتدهور في القيام بأدوارهن كزوجات وأمهات داخل الأسرة.

(أزهار السمكري، 2009، ص 85)

كما جاءت الدراسات العربية مؤكدة لتلك العلاقة ما بين الاكتئاب والتوافق الزوجي ومن بينها: دراسة "عبد المعطي ودسوقي" في مصر (1993)، التي تناولت التوافق الزوجي وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب والتي أسفرت نتائجها عن على وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً بين التوافق الزوجي وتقدير الذات، ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين التوافق الزوجي وكل من القلق والاكتئاب.

ودراسة "الحسن" في الرياض (2002)، التي تناولت التوافق الزوجي وعلاقته بالاكتئاب، ولقد انتهت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة احصائية بين التوافق الزوجي والاكتئاب.

وبذلك يرتبط سوء التوافق الزوجي بالاكتئاب خاصة لدى المرأة كأحد طرفي العلاقة الزوجية، وفي هذا يرى "فنشام" "Fincham" أن النساء قد تشعرن بأن القسط الأعظم من مسؤولية إنجاح العلاقة الزوجية يقع على عاتقهن، وأنهن مسؤولات عما يعترينها من مشكلات، وعندما تفشل العلاقة الزوجية فإنهن يلقين باللوم على أنفسهن، مما يجعلهن أكثر عرضة للاكتئاب.

(أزهار السمكري نقلا عن مكفين وغروس، 2009، ص 85)

ويشير لطفي الشربيني (2003) إلى أنه عادة ما تشهد السنوات الأولى للزواج الكثير من صعوبات في التفاهم بين الزوجين، غير أن المرأة تكون عادة هي الطرف الأكثر تأثراً، و نظراً لصعوبة التوافق الذي يحدث نتيجة للظروف الجديدة التي تصاحب الانتقال إلى الحياة الزوجية، فقد يحدث في الغالب بعضاً من الشد و الجذب بين المتزوجين حديثاً، و قد وجد أن هذه الخلافات الزوجية تحدث بصورة واضحة في أكثر من 50% من حالات الزواج.

وقد تكون الخلافات الزوجية من الشدة بحيث لا يكون هناك أي مخرج منها سوى الطلاق، كحل مشروع للموقف بانفصال الزوجين، و الطلاق هو أحد الخبرات المريرة في حياة المرأة لما يترتب عليه من نتائج نفسية و إجتماعية عميقة، لكن الإستمرار في حياة زوجية غير متوافقة، خوفاً من تجربة الطلاق قد يؤدي إلى آثار سلبية أسوأ من الناحية النفسية، و كلتا الحالتين - أي إستمرار الصراعات الزوجية أو الانفصال بالطلاق - قد تكون السبب في إصابة المرأة بالأمراض النفسية و في مقدمتها الإكتئاب .

(لطفي الشربيني ، 2003 ، ص 71)

3.2. بالنسبة للتساؤل الثالث: الذي ينص بأنه: ". هل سوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى مرض الهستيريا لدى المرأة؟".

وبالرجوع إلى نتائج اختبار مينوستا متعدد الأوجه (MMPI2)؛ حيث نجد النسبة (19.23%)، وهو ما يعني أن هناك (10) عشر حالات فقط ضمن العينة المكونة من (52) امرأة لديهن ميولات مرضية نحو الهستيريا، وهي أقل نسبة مقارنة لمرض توهم المرض والاكتئاب.

وإن كانت الهستيريا تتميز بأنها عصاب تحولي تتحول فيه الإنفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي؛ فالغرض منها والذي تسعى إليه المرأة غير المتوافقة زواجياً، وبطريقة لاشعورية هو الهروب من معاناتها الزوجية.

وعدم إدراك الدافع للمرض هو الذي يميز مريض الهستيريا عن التمارض الذي يُظهر المرض لغرض محدد ومفيد.

ويشير "أحمد عكاشة" إلى أنه تكثر الأعراض الهستيرية لدى الأشخاص غير المتوافقين زواجياً، وذلك نتيجة الفشل في تحقيق أهداف الزواج من حب واستقرار وأمن نفسي وكثرة المشكلات الزوجية والأسرية، وما يصاحبها من ضغوط نفسية شديدة لكلا الزوجين أو أحدهما، والرغبة في الهروب منها بدل مواجهتها أو كبتها، وبالتالي يكون العرض الهستيري الحل الذي يلجأ إليه الأزواج بطريقة لاشعورية. (أحمد عكاشة، 2003، ص 203)

وقد يكون الصراع الذي تعانيه المرأة غير المتوافقة زواجياً، ما بين رغبتها في التخلص من هذه المعاناة، وما بين الواقع الاجتماعي بعاداته وتقاليده الذي يستهجن طلاق المرأة، ويرغمها على البقاء في بيت الزوجية والاستمرار في علاقة زوجية مضطربة؛ السبب في اللجوء إلى العرض الهستيري، وهنا تشير أغلب الدراسات إلى أن الهستيريا تكثر لدى النساء مقارنة بالرجال؛ حيث تلجأ المرأة إلى جسدها كوسيلة تعبيرية عن الإحباط الذي تعيشه.

وبذلك ينشأ العرض الهستيري جراء ارتفاع حدة القلق الذي تعيشه المرأة فتبدأ في التعبير المرضي عن طريق الجسد.

(<http://forum.el-walid.com/t3.50595.html>)

فالمرأة وبحكم تكوينها النفسي تنتشد الحب والدفء والعاطفة من زوجها، وإهمال زوجها لها يؤثر سلباً على توازنها النفسي، وهو ما يؤكد "قاسم حسين صالح" بأن هناك علاقة وثيقة بين الهستيريا والحرمان العاطفي لدى المرأة، وأن الزوجة التي يهملها زوجها عاطفياً، تعتمد إلى العرض الهستيري بطريقة لاشعورية بغرض لفت انتباه الزوج لها.

(http://alalemeya.com/itjahurra/writers/qasim/new20_f0/der/cu/ture45.htm/)

4- مناقشة التساؤل العام:

من خلال الاجابة على كل التساؤلات الفرعية للدراسة، وبالتالي كانت الاجابة على التساؤل العام؛ إذ يوجد بالفعل "أثر لسوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الامراض النفسية لدى المرأة. والمرأة بحكم تكوينها النفسي والبيولوجي معرضة للإصابة بالامراض النفسية في حياتها العادية، وفي حالة معاشية المرأة لسوء التوافق الزوجي، فإن الميل لإصابتها بالأمراض النفسية يكون أشد وأعمق، فسوء التوافق الزوجي يؤثر سلبا على التوازن النفسي للمرأة، كأحد طرفي العلاقة الزوجية، هذا الطرف الذي حكم عليه المجتمع الجزائري، بأن يكون الأضعف والخاضع نتيجة عاداته وتقاليدته التي تركز النظام الذكوري.

فهذا التكوين النفسي للمرأة الذي يختلف تماما عن الرجل، يجعلها أكثر ادراكا وتضخيما لاضطراب علاقتها الزوجية، والتي تختلف مظاهرها من ضعف التواصل العاطفي والفكري بين الزوجين، وكثرة الخلافات واستعمال العنف بشتى انواعه، اللفظي والجسدي والمعنوي؛ إلا أنه يضل سوء التوافق الجنسي المؤشر المهيمن لسوء التوافق الزوجي، والذي يدور به يمتد إلى باقي جوانب العلاقة الزوجية.

والمرأة وبحكم تكوينها النفسي، تتشد الحب والدفء مع رجل يقاسمها حياتها، ويشبع حاجاتها النفسية والعاطفية من خلال الزواج، هذا الأخير الذي أثر على مفهومه التطور الذي شهده المجتمع الجزائري، وما تبعه من تحرر المرأة من ضوابط الأسرة التقليدية، من خلال تعليمها وخروجها للعمل على قدم المساواة مع الرجل؛ حيث لم يصبح الهدف من الزواج بالنسبة لها مجرد إنجاب أكبر عدد من الذكور والقيام بأمور البيت؛ بل امتد ليشمل مفهومًا أوسع لتحقيق السعادة.

وفشل المرأة في إشباع كل أو بعض تلك الحاجات النفسية والعاطفية في حياتها الزوجية، ومعاناتها من الجوع العاطفي، وكل مظاهر سوء التوافق الزوجي، فإنها تكون أكثر قابلية للإصابة بالأمراض النفسية، كونها أكثر إدراكا لاضطراب العلاقة الزوجية من الرجل، وهو ما يتفق مع النتيجة التي توصلت إليها "ناهد سعود" (1999) بسوريا من خلال دراسة قامت بها بعنوان "مشكلات التفاعل الزوجي وعلاقتها باضطراب العلاقات الزوجية" بأن الزوجات غير المتوافقات زواجيا لديهن ميلا أشد نحو ردود الفعل العصابية مقارنة بالأزواج، وأنهن يظهرن معاناة نفسية أكثر من الأزواج.

(سميرة الجهني، 2008، ص 13)

وترى " نوال السعداوي" (1993) أن العصاب كمرض نفسي قد لا يكون شديداً إلى الحد الذي يعطل المرأة عن عملها أو روتين حياتها اليومية، و قد لا يدفع المرأة إلى الذهاب إلى طبيب نفسي، وقد تعيش به المرأة و تموت به دون أن تدري من حولها أنها مصابة بالعصاب، بل دون أن تدري هي نفسها أنها مصابة بالعصاب، أو أسباب تلك الكآبة التي تشعر بها من حين إلى حين، أو أسباب ذلك الصداع المستمر في نصف رأسها، أو ذلك الخمول و الرغبة في الكسل و النوم، أو ذلك الأرق في بعض الليالي، أو تلك الأحلام المزعجة التي تراها في نومها بعض الأحيان القليلة أو الكثيرة، أو ذلك الإعراض عن الأكل أو الجنس أحيانا، أو... أو... ، عشرات الأعراض البسيطة أو الشديدة، المؤقتة أو الدائمة، لكنها في معظم الأحيان غير قاتلة، حيث تستمر مع روتين حياتها اليومية، صحيح أن النشاط لم يعد كما كان، و الإقبال على الحياة لم يعد كما كان، و صحيح أن هناك بعض الآلام الجسدية أو النفسية من حين إلى حين، لكن الحياة تسير، ربما تسير ببطء أكثر، و ربما تسير بغير بهجة و بغير لذة.

(نوال السعداوي ، 1993، ص 8)

وبالتالي كانت نتيجة البحث مؤكدة على الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الامراض النفسية لدى المرأة وعلى رأسها الاكتئاب، توهم المرض والهستيريا. وهو ما يتطلب إخضاع المرأة غير المتوافقة زواجيا للعلاج النفسي للتخفيف من أعراض الأمراض النفسية، وكذا الإرشاد الزوجي لمحاولة رفع مستوى التوافق الزوجي. وإن كان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة ما لسوء التوافق الزوجي من أثر في تكوين الميل الى الأمراض النفسية لدى المرأة ، وبالاعتماد على النتائج المتوصل إليها من مناقشة تساؤلات الدراسة، وكذا الدراسات السابقة، فيمكن القول أنه تم التأكد من التساؤل العام للدراسة، وأن لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى الامراض النفسية لدى المرأة.

خلاصة:

يعتبر التوافق الزوجي مطلب أساسي ومهم ينشده كل زوج (Couple)، وإن كانت المرأة هي الطرف الخاضع للدراسة في بحثنا، فهي أكثر تطلبا لتحقيقه لما بلعبه من دور لإشباع حاجاتها النفسية والعاطفية.

وبذلك فإن كل ما يمس العلاقة الزوجية من اضطراب وتشويه، فإنه لا محالة يترك بصمته على نفسية المرأة.

وفي هذا الفصل تم التوصل إلى خلاصة عامة وشاملة تجيب عن كل تساؤل طُرح فيما سبق. وما تم التوصل إليه في هذا الفصل الأخير من دراستنا، والذي هو كذلك يعتبر بمثابة المحطة الأخيرة لها؛ إذ الملاحظ أن الفرضيات الفرعية للدراسة تم التحقق منها؛ إذ وُجد أن هناك أثر لسوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة. بمعنى أن سوء التوافق الزوجي يؤثر في ظهور الميل إلى الاكتئاب وتوهم المرض والهستيريا لدى المرأة، هذه الأخيرة التي تعد أكثر طلبا للمساعدة وأكثر تعبيراً عن معاناتها مقارنة بالرجل. كما أننا لا نستطيع إنكار وجود عوامل أخرى مساعدة في تكوين الميل إلى المرض النفسي لدى المرأة مثل خروجها للعمل، وعدم وضوح أدوارها لتعددتها. بمعنى أنه لا يمكن إرجاع وبصورة مطلقة الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة لسوء التوافق الزوجي فقط.

وهو ما يؤدي إلى القول بعدم إمكانية التعميم الكلي لتلك النتائج المتوصل إليها في دراستنا، كوننا ضمن الدراسات النفسية والتي تبقى فيها النتائج نسبية.

خاتمة:

يظل التوافق الزوجي من أهم مجالات تحقيق التوافق النفسي الزوج (Couple)، لما يشبعه من حاجات متعددة الحاجة إلى الحب، الدفء، الأمن، الجنس، تحقيق الذات، الإلتزام، السكنية للأخر، - وتقبل اختلافه لتحقيق التكامل به- ، وعدم إشباع هذه الحاجات وتحقيقها فإنه يهدد العلاقة الزوجية. فالمرأة وبحكم تكوينها النفسي والبيولوجي، وبالإضافة إلى العوامل الاجتماعية المحيطة بها، فإنها أكثر إدراكا وتأثرا بسوء التوافق الزوجي، و أكثر طلبا للمساعدة والعلاج من الرجل وأكثر طلبا لإشباع حاجاتها النفسية والعاطفية؛ إذ عدم إشباعها لهذه الحاجات يؤثر سلبا على توازنها النفسي. ولعل لجوء المرأة الى المرض النفسي كآلية دفاع، هو الوسيلة التي تلجأ لها للتخفيف من حدة الصراع الذي تعانیه، ما بين رغبتها العميقة في إشباع حاجاتها النفسية والعاطفية كأنتى، وواقع حياتها الزوجية المتصدعة، وهو ما تركها تعتقد بأن الرجل من أكبر مسببات معاناتها وتعاستها. وفي هاته الدراسة تم التوصل إلى الأثر الذي يلعبه سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة.

ومن هنا يمكن أن نقول أن الدراسة استطاعت تحقيق الأهداف التي سعت إلى الوصول إليها، وهي أن لسوء التوافق الزوجي أثر في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة من اكتئاب عصابي، وتوهم المرض والهستيريا، والذي بدوره يؤثر على أدوارها في الأسرة الجزائرية المعاصرة؛ من هنا ظهرت الحاجة إلى إعداد برامج علاجية لهاته الشريحة من النساء للرفع من درجة التوافق الزوجي لديهن والتخفيف من أعراض الأمراض النفسية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية :

❖ الكتب :

1. أبو بكر الجزائري (1983)، منهاج المسلم، ط5، مطبعة الفن القرافيكي، باتنة، الجزائر.
2. ابن حزم (بدون سنة)، المحلى، ب ط، الجزء التاسع، دار الجيل ، بيروت، لبنان
3. إجلال سري (2000)، علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، نشر، توزيع، طباعة، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
4. إحسان محمد الحسن (2009): علم اجتماع العائلة، ط2 ،دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
5. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد(2009): دليل المقاييس والإختبارات النفسية والتربوية، ط1، دبيونو للطباعة والنشر والتوزيع، عمان،الأردن.
6. احمد عبد اللطيف أبو أسعد، سامي محسن الختامة (2011)، سيكولوجية المشكلات الأسرية، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الاردن
7. أحمد عزت راجح (1968)، أصول علم النفس، ط.6، دار اكلتات العربي للطباعة والنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
8. احمد عكاشة (2003)، الطب النفسي المعاصر، طبعة مزيدة ومنقحة، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
9. أحمد عمر هاشم (1998)، الأسرة في الاسلام، ب.ط، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية..
10. أحمد محمد عبد الخالق (2007)، معمل علم نفس الشخصية، ب.ط، دار المعرفة الجامعية، مصر. جمهورية مصر العربية.
11. أحمد محمد مبارك الكنردي (1992)، علم النفس الأسري، ط2، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت .
12. اخلاص محمد عبد الحفيظ، مصطفى حسن باهي (2002)، طرق البحث العلمي والتحليل الاحصائي في المجالات التربوية والنفسية والرياضية، ط2. مركز الكتاب للنشر والتوزيع. القاهرة. جمهورية مصر العربية.

13. اديب محمد الخالدي (2009)، المرجع في الصحة النفسية- نظرية جديدة-، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
14. امل مخزومي (2008)، دليل العائلة النفسي، ط2، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
15. بارو.هديفيد (2003)، المرجع الاكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ب.ط، ترجمة صفوت فرح وآخرون مكتلة الانجلو مصرية، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
16. بدران أبو العينين بدران (1961)، احكام الزواج والطلاق في الاسلام، بحث تحليلي ودراسة مقارنة، ط2، مطبعة دار التأليف، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
17. تيودور رايك (2005)، سيكولوجيا العلاقات الجنسية، ترجمة نائر ديب، ب ط، دار المدى للثقافة والنشر، سوريا.
18. جنان سعيد الرحو (2005)، أساسيات في علم النفس، ط1. الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
19. جوليا روتر (1984) علم النفس الاكلينيكي، ط2، ترجمة عطية محمود هنا، مراجعة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
20. حلمي المليحي (2000) مناهج البحث في علم النفس ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، لبنان.
21. حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب نشر، توزيع، طباعة، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
22. حسنين المحمدي بوادي (2006)، حقوق المرأة بين الاعتدال والتطرف، ب.ط، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
23. حسين مظاهري (1994)، اخلاقيات العلاقة الزوجية، ط1، دار التعارف للمطبوعات، بيروت، لبنان.
24. حسين فايد (2001)، العدوان والاكنتاب في العصر الحديث نظرة تكاملية، ط1، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية.
25. حلمي المليحي (2000)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت ، لبنان.

26. داليا مؤمن (2004)، الأسرة والعلاج الأسري، ط1، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
27. دري حسن عزت (1986)، الطب النفسي، ط3، دار القيم للنشر والتوزيع ، الكويت.
28. راضي الوقي (2003)، مقدمة في علم النفس، ط2، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
29. الوحيشي أحمد بيري (1998)، الأسرة والزواج مقدمة في علم الاجتماع العائلي، ب ط، منشورات الجامعة المفتوحة، طرابلس الجماهيرية العظمى.
30. رشاد علي عبد العزيز موسى (1998)، سيكولوجية الفروق بين الجنسين، ط2، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
31. رشاد علي عبد العزيز موسى (2008)، سيكولوجية القهر الأسري، الطبعة الاولى، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
32. رمسيس بهنام (1996)، الجريمة والمجرم في الواقع الكوني، ب.ط، منشأة المعارف، الاسكندرية، مصر. جمهورية مصر العربية.
33. زكريا إبراهيم (بدون سنة) سيكولوجية المرأة، دار مصر للطباعة . جمهورية مصر العربية.
34. سامية محمد فهمي (1997)، المشكلات الاجتماعية من منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، ب ط، دار المعرفة الجامعية، بيروت، لبنان.
35. سبيرو فاخوري (2006)، موسوعة المرأة الطبية، ط6، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
36. سعيد محمد عثمان (2009)، الاستقرار الأسري وأثره على الفرد والمجتمع، ب.ط ، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
37. سلوى عثمان الصديقي (2001)، قضايا الأسرة والسكان، ب.ط، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، مصر . جمهورية مصر العربية.
38. سلوى عثمان صديقي وآخرون (2004)، الأسرة والسكان من منظور الخدمة الاجتماعية، ب ط ،دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
39. سليم أبو عوض (2008) التوافق النفسي للمسنين، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

40. سميد جمال (2004)، سن اليأس للرجل والمرأة، ب.ط، هلا للنشر والتوزيع، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
41. سناء الخولي (1983)، الزواج والعلاقات الأسرية، ب.ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
42. سناء الخولي (2003)، مدخل إلى علم الاجتماعي، ب.ط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
43. سناء الخولي (2008)، الأسرة والحياة العائلية، ب.ط، دار المعرفة الجامعية، مصر. جمهورية مصر العربية.
44. سهير كامل أحمد (1998)، دراسات في سيكولوجية المرأة، ب.ط، مكتب الاسكندرية للكتاب، مصر. جمهورية مصر العربية.
45. السيد رشاد غنيم ، نادية السيد عمر، السيد محمد الرامخ (2008)، علم الاجتماع العائلي، ط1، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الاسكندرية . جمهورية مصر العربية.
46. السيد سابق (1977)، فقه السنة، الطبعة الأولى، المجلد الثاني، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
47. سيد صبحي (2003)، الانسان وصحته النفسية، ب.ط، مكتبة الاسرة، جمهورية مصر العربية.
48. سيد عبد الحميد مرسي (1985) الشخصية السوية، ط1، مكتبة وهبة، القاهرة . جمهورية مصر العربية.
49. السيد فهمي علي (2009)، علم نفس الصحة - الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء- ، ب ط، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
50. شكوة نوابي نزاد (2001)، علم نفس المرأة ، ط1، ترجمة زهراء طيوري يكانة، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
51. صالح حسين أحمد الداھري (2008)، أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الاولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

52. صالح مفقودة (2009)، المرأة في الرواية الجزائرية، ط2، دار الشروق للطباعة والنشر والتوزيع، بسكرة، الجزائر.
53. صبره محمد علي (2005)، الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، ب.ط دار المعرفة الجامعية، مصر. جمهورية مصر العربية.
54. صبره محمد علي (2004)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، ب.ط، دار المعرفة الجامعية، القاهرة. جمهورية مصر العربية.
55. صلاح عبد الغني محمد (1996)، وسائل الإسلام في املحافظة على الحياة الزوجية، ط1، الجزء الثالث، مكتبة الدار العربية للكتاب، بدون بلد.
56. طارق كمال النعيمي (2000)، سيكولوجية الرجل والمرأة، المشكلات الزوجية أسبابها وطرق علاجها، ط1، دار إحياء العلوم، بيروت، لبنان.
57. طه عبد العظيم حسين (2004): الإرشاد النفسي، ط1، دار الفكر، الأردن.
58. عبد الحميد خراز (1985)، فلسفة الزواج وبناء الأسرة، ط1، في الإسلام دار الشهاب للطباعة والنشر، باتنة، الجزائر.
59. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
60. عبد الرحمان العيسوي (2004)، سيكولوجية النساء، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.
61. عبد الرحمان العيسوي (2004)، علم النفس العربي عند علماء الإسلام، دراسة مقارنة بين الفكر السيكلوجي والطبي الحديث، الطبعة الاولى، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
62. عبد الرحمان الوافي (1996)، في سيكولوجية الإنسان والمجتمع، ب.ط، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
63. عبد الرحمان الوافي (1999)، الوجيز في الأمراض العقلية و النفسية، ب.ط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
64. عبد الرحمان عيسوي (1993)، علم النفس الأسري وفقا للتصور الإسلامي و العلمي، ب.ط دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

65. عبد العزيز سعد (2010)، قانون الأسرة الجزائري في ثوبه الجديد - أحكام الزواج والطلاق بعد التعديل -، ط4، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
66. عبد العظيم بدوي (2001)، الوجيز في فقه السنة والكتاب العزيز، تقديم: محمد صفوت نور الدين، محمد صفوت الشودفي، محمد إبراهيم شقرة، ط3، دار ابن رجب، للنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية.
67. عبد العظيم بن بدوي الخلفي (2001)، الوجيز في فقه السنة والكتاب العزيز، ب ط، دار ابن رجب للنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية.
68. عبد الفتاح محمد سعيد الخوجا (2002)، الإرشاد النفسي والتربوي (بين النظرية والتطبيق)، مسؤوليات وواجبات دليل الآباء والمرشدين، ط1، دار العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
69. عبد الفتاح محمد دويدار (2003)، في علم النفس الطبي والمرضى والاكلينيكي، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية. جمهورية مصر العربية.
70. عبد القادر القصير (1999)، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
71. عبد الكريم العلوي المدعزي (1999)، المرأة بين احكام الفقه والدعوة إلى التغيير، ط1، دار مجد للطباعة، بيروت، لبنان.
72. عبد الكريم قاسم أبو الخير (2001)، أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية، ط1، دار وائل، عمان، الاردن.
73. عشراتي سليمان (2002)، الشخصية الجزائرية منعطف الرسو والتقاطعات المدنية والحضارية، ب ط، الجزء 3، دار الغرب للنشر والتوزيع، الجزائر.
74. عفيف عبد الفتاح طيارة، (ب س)، الخطايا في الاسلام، ب ط، مكتبة الشركة الجزائرية، الجزائر.
75. علي القائي (1996)، الوسواس والهواجس النفسية، ط1، دار النبلاء، بيروت، لبنان.
76. علا عبد الباقي إبراهيم (2009): الإكتئاب - أنواعه، أعراضه، أسباب طرق علاجه والوقاية منه - ، ط1، دار وائل، عمان، الأردن.
77. علياء شكري وآخرون (2009)، علم الاجتماع العائلي، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الاردن.

78. عمر رضا كحالة (1979)، الزواج، ب.ط، ج2، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.
79. عطوف محمود ياسين (1986)، علم النفس العيادي، القسم الاول، ط2، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
80. فتحي يكن، (بدون سنة)، الاسلام والجنس، ب.ط، دار الشهاب، باتنة، الجزائر.
81. فرج عبد القادر طه (1999)، علم النفس وقضايا العصر، الطبعة السابعة، عين للدراسات والبحوث والإنسانية والاجتماعية، جمهورية مصر العربية.
82. فيصل محمد خير الزراد (2004)، مشكلات المراهقة والشباب في الوطن العربي، ط2، دار النفائس، للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
83. كلثوم بلميهوب (2006) الإستقرار الزواجي دراسة في علم النفس، ب.ط، سلسلة دراسات منشورات الحبر. الجزائر.
84. كمال إبراهيم مرسي (1995)، العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الاسلام وعلم النفس، ط2، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
85. كمال دسوقي (1974)، علم النفس ودراسة التوافق، ب.ط، دار انلهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
86. لطفي الشربيني (2003)، الطب النفسي للمسنين، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
87. لطفي الشربيني (2001)، الاكتئاب-الاسباب، المرض، والعلاج، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان .
88. ماهر محمود عمر (2006)، سيكولوجية العلاقات الإجتماعية، ب.ط، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، جمهورية مصر العربية.
89. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008)، الضغط النفسي، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
90. مجدي أحمد محمد عبد الله (2000)، علم النفس المرضي - دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب -، ب.ط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
91. محمد أحمد الفضل الخاني (2006)، المرشد إلى فحص المريض النفساني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.

92. محمد السيد عبد الرحمان (1998)، دراسات في الصحة النفسية، ب ط ،الجزء الأول، دار الرقباء للطباعة والنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
93. محمد المشاقبة(2008): مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين والأخصائيين النفسيين، ب.ط، دار المنهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
94. محمد جاسم محمد "أ" (2004)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الأردن.
95. محمد جاسم محمد "ب" (2004)، مشكلات الصحة النفسية امراضها وعلاجها، ط1، مكتبة دار الثقافة، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
96. محمد شحاته ربيع "أ" (2005)، أصول الصحة النفسية، ط6، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة جمهورية مصر العربية.
97. محمد شحاته ربيع "ب" (2008)، قياس الشخصية، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
98. محمد عبيدات وآخرون (1999)، منهج البحث العلمي القواعد والمواد والتطبيقات، ب.ط، دار كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن.
99. محمد عثمان الخشت (بدون سنة)، المشاكل الزوجية وحلولها، مكتبة رحاب، الجزائر.
100. محمد علي الصابوني (1990)، من كنوز السنة، ط4 ، دراسات ادبية ولغوية من الحديث الشريف، الطبعة الرابعة، مكتبة رحاب للنشر والتوزيع.
101. محمد محدة (1994)، الخطبة والزواج ، ط2، سلسلة فقه الأسرة، الجزء الأول، قسنطينة، الجزائر.
102. محمد محمد بيومي خليل (2000)، سيكولوجية العلاقات الأسرية، ب ط، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
103. محمد نبيل عبد الحميد (بدون سنة)، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، ب.ط، الدار الفنية للطباعة والنشر، جمهورية مصر العربية.
104. محمود حسن (1967)، الأسرة ومشكلاتها ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
105. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2001)، الاكتئاب دراسة في السيكوباتومتري، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.

106. مروان أبو حويج، عصام الصفدي (2001)، المدخل إلى الصحة النفسية، ب.ط، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، بيروت، لبنان.
107. مصطفى الخشاب (1985) دراسات في الاجتماع العائلي، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
108. مصطفى بوتنفوشت (1984)، العائلة الجزائرية التطور والخصائص الحديثة، ب ط، ترجمة دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
109. مصطفى خليل الشرقاوي (بدون سنة)، علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
110. مصطفى عيد الصيصانه (1993)، أسس اختيار الزوجة، ب ط، دار التقوى والمكتبة الأثرية .
111. مصطفى غالب (1986)، العلاقات الزوجية، ط4، منشورات مكتبة الهلال، بيروت، لبنان.
112. معصومة المطيري (2005)، الصحة النفسية مفهومها واضطراباتها، ب.ط، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
113. منى الصواف، قتيبة الجبلي (2006)، الصحة النفسية للمرأة العربية، ب ط، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
114. موريس أنجلس (2006)، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تدريبات عملية، ط2، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، دار القصبه للنشر ، الجزائر.
115. نبيهة صالح السامرائي (2007)، أعراض الأمراض النفسية العصابية تربويا و مهنيا، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
116. نادية حسن أبو سكينه، منال عبد الرحمان خضر (2011)، العلاقات والمشكلات الأسرية، دار الفكر ناشرون وموزعون . جمهورية مصر العربية.
117. ناصر الدين أبو حامد (2007) اختبارات الذكاء و مقاييس الشخصية - تطبيق ميداني - ب ط ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، جدارا للكتاب العالمي، عمان، الأردن.
118. نبيل محمد توفيق السمالوطي (1981)، الدين والبناء العائلي - دراسة في علم الاجتماع العائلي-، دار الشروق للنشر والتوزيع والطباعة، جدة، المملكة العربية السعودية.

119. نوال السعداوي (1993)، المرأة والصراع النفسي، ط3، دار ومطابع المستقبل، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
120. يوري ريو ريكوف (2006)، الحب والأسرة عبر العصور، تعريب نزار عيون السود، ط1، دار كنعان للدراسات والنشر والخدمات الإعلامية .
121. يوسف مراد (بدون سنة)، سيكولوجية الجنس، دار المعارف، الطبعة الثانية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

❖ الرسائل :

1. امل بنت أحمد بن عبد الله باصويل (1429 هـ)، التوافق الزوجي وعلاقته بالإشباع المتوقع والفعلية للحاجات العاطفية المتبادلة بين الزوجين، رسالة ماجستير، علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.
2. بوقطاية مراد: (2000) القيم والتوافق الزوجي في المجتمع الجزائري ، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
3. حسام محمود زكي علي (2008)، الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من معلمي الفئات الخاصة بمحافظة المنيا، رسالة ماجستير في التربية، جامعة المنيا.
4. حنيفة صالح بن شريف: (2009)، اضطراب التواصل بين الزوجين وتأثيره على أداء الزوجة الجامعية بدورها الأمومي، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
5. سعد بن حامد آل يحي العبدلي (1430 هـ)، الذكاء الإنفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والتوافق الزوجي لدى عينة من المعلمين المتزوجين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير في علم النفس، الإرشاد النفسي.
6. سمية محمد جمعة موسى (2008)، التوافق الزوجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين، رسالة ماجستير في علم النفس، إرشاد نفسي الجامعة الإسلامية، سوريا.
7. سميرة بنت سالم بن عايد الجهني (2008)، عدم الاستقرار الأسري في المجتمع السعودي وعلاقته بإدراك الزوجين للمسؤوليات الأسرية،

8. سهير حسين سليم جودة (2009)، برنامج إرشادي مقترح لتعزيز التوافق الزوجي عن طريق قنوات الحوار، رسالة ماجستير علم النفس كلية التربية بالجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
9. الطاهر محمود (2004)، التدين في العلاقات الزوجية والتوافق الزوجي، دراسات نفسية-دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية محكمة، المجلد الرابع عشر، العدد الرابع، أكتوبر 2004، مصر.
10. عايدة شكري حسن (2001)، صغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس.
11. عبد الله جاد محمود (2006)، التوافق الزوجي في علاقته ببعض عوامل الشخصية والذكاء الإنفعالي، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد 60، يناير 2006.
12. عزلان شمسي محمدي ادلعي (2009)، الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع ودرجة الإعاقة الديمغرافية والاجتماعية، رسالة ماجستير، إرشاد نفسي، المملكة العربية السعودية.
13. عقاب نصيرة (1995)، التنشئة الاجتماعية وأثرها في الممارسات الاجتماعية للفتيات، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، الجزائر.
14. عواطف حسين صالح صالح (2004)، المرونة الزوجية وعلاقتها بالحاجات الإنفعالية الاجتماعية والاكنتاب لدى المتزوجين من الجنسين، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد 56، سبتمبر 2004.
15. وليد الشهري (2009)، التوافق الزوجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من المعلمين المتزوجين بمحافظة جدة، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة ام القرى، مكة المكرمة.
16. وليد بن محمد الشهري (2009)، التوافق الزوجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من المعلمين المتزوجين بمحافظة جدة، جامعة ام القرى، مكة المكرمة.

❖ المجلات:

1. الخلافات الزوجية (1991) مجلة الثقافة النفسية، العدد الخامس، المجلد الثاني، دار النهضة العربية للنشر، بيروت، لبنان.
2. أحمد عبد المجيد الحمادي، هلال حمدان الجهوري (2011) مجلة دراسات نفسية وتربوية، عدد 07، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.
3. عبد السلام الترماني (1998)، الزواج عند العرب في الجاهلية والإسلام- دراسة مقارنة، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، الكويت
4. محمد حمداوي، (2000) إنسانيات المجلة الجزائرية في الانثروبولوجية والعلوم الاجتماعية، عدد 10، جانفي-أفريل.
5. مليكة عرعور (2010)، المشكلات الزوجية في الأسرة الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 19، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
6. الثقافة النفسية (1991)، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، العدد السابع، المجلد الثاني، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

❖ الموسوعات :

1. ابن منظور (2008)، لسان العرب، ط1، الجزء الأول، الطبعة الاولى، دار الأبحاث، الجزائر.
2. عبد المنعم الحنفي أ (2005) الموسوعة النفسية الجنسية، ط1، المجلد الاول، دار نوبليس لنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
3. عبد المنعم الحنفي ب (2005)، الموسوعة النفسية، علم النفس والطب النفسي في حياتنا اليومية، ط1، المجلد الاول، ، دار نوبليس للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان .
4. نوربير سلامي (2001)، المعجم الموسوعي في علم النفس، الجزء الثالث، ترجمة وجيه أسعد منشورات وزارة الثقافة، دمشق، سوريا.

❖ المقالات :

1. نعيمة سمينة (2012) المرأة الجزائرية في مواقع صنع القرار الواقع والآفاق.

<http://www.alnoor.se/article.asp?id=147351>.

2. محمد الدقس (2007)، إشكالية عمل المرأة وأبعاده الاجتماعية والاقتصادية، الجامعة الأردنية

[.http://www.amnjordan.org/aman_studies/wmviw.php?artid:1222 17/19](http://www.amnjordan.org/aman_studies/wmviw.php?artid:1222%2017/19) .2012/08/20.

3. عبد الحق عباس (2006)، تأملات في واقع المرأة الجزائرية والتحديات.

<http://www.chihab.net/modules.php?name=>

news & file= article et sid/1490 18 :14 2012/08/20

4. بلقاسم الحاج (2011)، النظام الأبوي، الجزائري ومظاهر تغير المكانة الاجتماعية للمرأة

[.http://www.swnsa.net/articles.php? Action=show&id=1927 18: 48](http://www.swnsa.net/articles.php?Action=show&id=1927%2018:48) 2012/08/20.

5. محمد المهدي (ب س) المرأة والطب النفسي.

10.http://www.lazayem.com/new_page-227.htm

2012/08/20

ثانيا: المراجع باللغة الاجنبية:

1. Rosenbun.H.(2002) :ménopause,Encyclopédie,Médico-ghérurgical, Paris.
2. Larousse de poche. (1979): libraire larousse, Paris.
3. S.r.Hathaway & j.c Meckinveley, MMPI2, Manuel.espa. les editions du centre de psychologie appliquée.

❖ مواقع الأترنيت:

1. www .Online time .yoo7.com
- 2.http : //www.amanjordan.org/aman_studies/wmview.php ?ArtiD=1222
- 3.www.annafsia.com/cp1.htm 19 .04.2012
- 4.http://www.eLazayem.com/New-pag-227.htn21)4.
- 5.http://barfree.net/alhisn/showthread.php. ?t=99197.page=1
- 6.http://www.elkhber.com/ar/watan/279215.htm/
- 7.(http://www.eLezayem.com/new-pag-27.htm)

الملاحق

الملحق رقم (1)

في إطار إجراء دراسة حول التوافق الزوجي نرجوا منكم المساعدة بالإجابة على أسئلة الإستمارة التالية:

تتكون الإستمارة من مجموعة من العبارات حول الحياة الزوجية، الرجاء منكم الإجابة عنها بكل موضوعية ودقة، ذلك بوضع إشارة في الخانة المناسبة أمام كل عبارة.

ماهي درجة الإتفاق بينك وبين زوجتك (ك) في الأمور التالية:

لا يوجد اتفاق إطلاقاً	اتفاق قليل	اتفاق متوسط	اتفاق	اتفاق تام	درجات الإتفاق الأسئلة
					1. في تنظيم الإيجاب؟
					2. في العلاقات مع الأقارب؟
					3. في العلاقات مع الاصدقاء؟
					4. في العلاقات مع الوالدين؟
					5. في العلاقات مع الجيران؟
					6. في اختيار الأصدقاء؟
					7. في اختيار الجيران؟
					8. في العلاقة الجنسية؟
					9. في تدخل أم الزوج في حياتك الزوجية؟
					10. في تدخل أم الزوجة في حياتك الزوجية؟
					11. في تدخل اصدقاء الزوج في حياتك الزوجية؟
					12. في تدخل اصدقاء الزوجة في حياتك الزوجية؟
					13. في تدخل الجيران في حياتك الزوجية؟

					14. في اداء الصلاة؟
					15. في اداء الصدقة؟
					16. في اداء الصوم؟
					17. في لبس الحجاب؟
					18. في تبادل الزيارات مع الأصدقاء؟
					19. في تبادل الزيارات مع الجيران؟
					20. في تبادل الزيارات مع الوالدين؟
					21. في تبادل الزيارات مع الأقرب؟
					22. في تربية الأطفال؟
					23. في مصاريف البيت؟
					24. في توفير المال؟
					25. في تسيير وتخطيط الحياة الزوجية؟
					26. في تدخل صهر الزوج في حياتك الزوجية
					27. في تدخل صهر الزوجة في حياتك الزوجية؟
					28. في التعاون بينكما؟
					29. في الإهتمام بالمظهر الخارجي؟
					30. في الاعتماد على النفس في تسيير وتخطيط الحياة الزوجية؟
					31. في امور الطبخ

32- ماهي درجة رغبتك في تغيير زوجتك (ك)؟

- 1- لا توجد أي رغبة ()
- 2- لا أرغب ()
- 3- رغبة متوسطة ()
- 4- رغبة معتبرة ()
- 5- رغبة عالية ()

33- إلى أي مدى يقلل (نقل) الزوج (ة) من مكانة زوجته (ها)؟

- 1- أبدا ()
- 2- نادرا ()
- 3- في بعض الأحيان ()
- 4- في كثير من الأحيان ()
- 5- دوما ()

34- إلى أي درجة تقدر (ين) مشاركة الزوجة في إتخاذ القرارات المتعلقة بالحياة الزوجية؟

- 1- تقدير كبير ()
- 2- تقدير معتبر ()
- 3- تقدير متوسط ()
- 4- تقدير ضعيف ()
- 5- تقدير ضعيف جدا ()

35- إلى أي مدى أنت راض (ية) عن الوقت الذي تخصصه (يخصه) زوجتك (ك) للإستماع إليك؟

- 1- راض (ية) جدا ()
- 2- راضي (ية) ()
- 3- راض (ية) نوعا ما ()
- 4- غير راض (ة) ()
- 5- غير راض (ية) تماما ()

36- ماهي درجة الإحترام المتبادل بينك وبين زوجتك (ك)؟

- 1- إحترام كبير ()
- 2- إحترام معتبر ()
- 3- إحترام متوسط ()
- 4- إحترام ضعيف ()
- 5- إحترام ضعيف جدا ()

37- إلى أي درجة أنت راض(ية) عن تلبية حاجاتك من طرف زوجتك(ك)؟

- 1- راض(ية) تماما ()
- 2- راضي (ية) ()
- 3- راض(ية) نوعا ما ()
- 4- غير راض (ية) ()
- 5- غير راض (ية) تماما ()

38- ماهي درجة رضاك وأنت مع زوجتك(ك) خارج البيت؟

- 1- راض(ية) تماما ()
- 2- راضي (ية) ()
- 3- راض(ية) نوعا ما ()
- 4- غير راض (ة) ()
- 5- غير راض (ية) تماما ()

39- ماهي درجة رضاك وأنت مع زوجتك (ك) داخل البيت؟

- 1- راض (ية) تماما ()
 2- راض (ية) ()
 3- راض (ية) نوعا ما ()
 4- غير راض (ية) ()
 5- غير راض (ية) تماما ()

40- ما هي درجة تبادل التعاطف مع شريك (ة) حياتك؟

- 1- تبادل كبير ()
 2- تبادل معتبر ()
 3- تبادل متوسط ()
 4- تبادل ضعيف ()
 5- تبادل ضعيف جدا ()

41- ما هي درجة تبادل المحبة بينك وبين زوجتك (ك)؟

- 1- درجة كبيرة ()
 2- درجة مقبولة ()
 3- درجة متوسطة ()
 4- درجة ضعيفة ()
 5- درجة ضعيفة جدا ()

42- ما هي درجة شعورك بالسعادة مع شريك (ة) حياتك؟

- () 1- سعادة كبيرة
() 2- سعادة معتبرة
() 3- سعادة متوسطة
() 4- سعادة قليلة
() 5- لا توجد سعادة بتاتا

43- ماهي درجة تقديرك لشخصية زوجتك (ك)؟

- () 1- تقدير كبير
() 2- تقدير معتبر
() 3- تقدير متوسط
() 4- تقدير ضعيف
() 5- تقدير ضعيف جدا

44- ما هي درجة شعورك بالراحة وأنت عائد (ة) إلى بيتك؟

- 1- راحة كبيرة ()
- 2- راحة معتبرة ()
- 3- راحة متوسطة ()
- 4- راحة قليلة ()
- 5- لا توجد راحة بتاتا ()

45 - ما هي درجة سعادتك بحسن اختيارك لزوجتك (ك)؟

- 1- سعادة كبيرة ()
- 2- سعادة معتبرة ()
- 3- سعادة متوسطة ()
- 4- سعادة قليلة ()
- 5- لا توجد سعادة بتاتا ()

46- إلى مدى أنت راض (ية) عن الوقت الذي تستغرقانه معا في تبادل الحديث؟

- 1- راض (ية) تماما ()
- 2- راض (ية) ()
- 3- راض (ية) نوعا ما ()
- 4- غير راض (ية) ()
- 5- غير راض (ية) تماما ()

47- ما هي درجة الثقة التي تضعها في شريك (ة) حياتك؟

- 1- ثقة كبيرة ()
- 2- ثقة معتبرة ()
- 3- ثقة متوسطة ()
- 4- ثقة ضعيفة ()
- 5- ثقة ضعيفة جدا ()

48- ما هي درجة تأسفك عن الزواج الحالي؟

- 1- لا يوجد تأسف بتاتا ()
- 2- تأسف قليل ()
- 3- تأسف متوسط ()
- 4- تأسف معتبر ()
- 5- تأسف كبير ()

49- ما درجة قناعتك عن الإيضاح بالأسرار بينك وبين زوجتك (ك)؟

- 1- قناعة كبيرة ()
- 2- قناعة معتبرة ()
- 3- قناعة متوسطة ()
- 4- قناعة ضعيفة ()
- 5- قناعة ضعيفة جدا ()

50- إلى أي درجة تُظهر (يظهر) زوجتك (ك) غيرتها (ه)؟

- 1- غيرة كبيرة جدا ()
- 2- غيرة كبيرة ()
- 3- غيرة ()
- 4- غيرة ضعيفة ()
- 5- غيرة ضعيفة جدا ()

51- ما هي درجة رضاك عن الوقت الذي تقضيه معه في وقت الفراغ؟

- 1- راضي (ية) تماما ()
- 2- راض (ية) ()
- 3- راض (ية) نوعا ما ()
- 4- غير راض (ية) ()
- 5- غير راض (ية) بتاتا ()

52- هل تعرف (ين) كل أو أغلب أو بعض أو قليل أو لا شيء عن الأشياء التي يحبها؟

- 1- أعرف كل الأشياء التي يحبها (تحبها) ()
- 2- أعرف أغلب الأشياء التي يحبها (تحبها) ()
- 3- أعرف بعض الأشياء التي يحبها (تحبها) ()
- 4- أعرف قليل من الأشياء التي يحبها (تحبها) ()
- 5- لا أعرف من الأشياء التي يحبها (تحبها) ()

53- هل تعرف (بين) كل أو أغلب أو بعض أو قليل أو لا شيء من الأشياء التي تكرهها (يكرهها) زوجتك (ك)

- 1- أعرف كل الأشياء التي يكرهها (تكرهها) ()
- 2- أعرف أغلب الأشياء التي يكرهها (تكرهها) ()
- 3- أعرف قليل من الأشياء التي يكرهها (تكرهها) ()
- 4- أعرف قليل من الأشياء التي يكرهها (تكرهها) ()
- 5- لا أعرف شيء من الأشياء التي يكرهها (تكرهها) ()

54- هل تعرف (بين) كل وأغلب أو بعض أو قليل أو لا شيء من الأشياء التي تغضب زوجتك (ك)؟

- 1- أعرف كل الأشياء التي تغضبه (ها) ()
- 2- أعرف أغلب الأشياء التي تغضبه (ها) ()
- 3- أعرف بعض الأشياء التي تغضبه (ها) ()
- 4- أعرف قليل من الأشياء التي تغضبه (ها) ()
- 5- لا أعرف شيء من الأشياء التي تغضبه (ها) ()

وفي النهاية الرجاء منكم ملء البطاقة التالية:

- 1- الجنس: ذكر () أنثى ()
- 2- السن:
- 3- المستوى التعليمي: ابتدائي () اكمالي () ثانوي () جامعي ()
ماجستير () دكتوراه دولة () مستوى آخر:.....
- 4- ما هي وظيفتك؟
- 5- مدة الزواج:
- 6- كم هو عدد الأفراد الذين تتكفل (بين) بإعالتهم:
الأبناء: _____، الوالدين: _____، الأقارب: _____، الإخوة: _____
- 7- ما قيمة راتبك؟
- 8- هل سكنك ملكية () أم إيجار ()
- 9- ما نوع البناء؟ فيلا ()، عمارة ()، شقة ()، أو نوع آخر أذكره:
- 10- كم هو عدد غرف سكنك؟
- 11- هل تسكن (بين) مع زوجتك (ك) وأولادك فقط؟ نعم () لا () .
إذا كانت الإجابة بـ (لا) فمع من تسكن (بين)؟
- 12- هل تملك (بين) سيارة؟ نعم () لا ()
- 13- هل تملك (بين) هوائيا؟ نعم () لا ()
- 14- هل تملك (بين) فيديو؟ نعم () لا ()
- 15- كيف تم اختيار شريك حياتك؟
- عن طريق التعارف بينكما ()
- عن طريق الوالدين ()
- عن طريق الأهل ()

- عن طريق الجيران ()
- عن طريق الأصدقاء ()
- إذا كان عن طريق آخر فما هو؟

الملحق رقم (2) اختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا "2"

يتكون هذا الاختبار من عدة عبارات، اقرأ كل عبارة وقرر ما إذا كانت تنطبق عليك أم لا تنطبق، ثم ضع اجابتك. (نعم أو لا)

تذكر أن المطلوب منك هو أن تعبر عن فكرتك أنت عن نفسك.

لا تترك أي سؤال دون اجابة إذا أمكنك هذا.

عند وضع العلامات على ورقة الاجابة، تأكد من أن رقم العبارة التي تجيب عنها يتفق مع الرقم الموجود فوق العلامة التي تضعها على ورقة الاجابة.

اجعل علاماتك سوداء ثقيلة بقلم الرصاص.

امح محوياً تماماً العلامات التي ترغب في تغييرها.

لا تضع أي علامة على هذا الكتيب.

حاول أن تجيب على كل عبارة.

1. أحب المجالات التقنية.
2. لدي شهية جيدة.
3. غالبا ما أستيقظ من النوم نشيطا و حيويا.
4. أعتقد أنني سأحب كثيرا العمل كأمين مكتبة.
5. يوقظني الضجيج بسهولة.
6. أبي رجل طيب (إن كان أبوك متوفى) كان أبي رجلا طيبا.
7. أحب قراءة الركن الخاص بالجرائم في الجرائد.
8. عادة ما أشعر بالحرارة ببداي و قدماي.
9. حياتي اليومية مليئة بأشياء لازالت تهمني.
10. لازلت قادرا على العمل كما في الماضي تقريبا.
11. في غالب الأحيان يراودني انطباع أن شيئا ما في حلقي.
12. حياتي الجنسية مرضية و مقبولة.
13. على المرء أن يحاول فهم أحلامه والأخذ بها سواء كدليل أو كتحذير.
14. أحب الروايات البوليسية أو روايات الجوسسة.
15. أعمل في حالة من الضغط الشديد.
16. يحدث لي أحيانا أن أفكر في أمور قبيحة لا يمكنني حتى الحديث عنها.
17. أنا متأكد أن الحياة لم تدلني.
18. أعاني من القيء و الغثيان.
19. عندما أستلم وظيفة جديدة، أحب أن أعرف مع من يجب أن أكون لطيفا و متساهلا.
20. نادرا ما أصاب بالإمساك (CONSTIPATION).
21. راودتني في بعض المرات رغبة كبيرة في ترك البيت.
22. يبدو أن لا أحد يفهمني.
23. نتنابني أحيانا نوبات ضحك أو بكاء بشكل لا معه يمكنني التحكم فيها.
24. تتملكني الأرواح أحيانا.
25. أحب أن أكون مغنياً.
26. أعتقد أنه من الأحسن لي أن أصمت حينما أكون في وضعية سيئة.
27. عندما يسيء إلي أحدهم أشعر أنه علي الرد بالمثل لو استطعت، وذلك فقط من أجل المبدأ.
28. تضايقتني أوجاع في المعدة مرات عديدة في الأسبوع.
29. أرغب في الشتم أحيانا.
30. أعاني من الكوابيس مرات عديدة في الأسبوع.
31. يصعب علي تثبيت تفكيري في عمل أو انشغال ما.
32. كانت لي تجارب خاصة و غريبة جدا.
33. نادرا ما أقلق على صحتي.
34. لم تحصل لي أبدا مشاكل بسبب سلوكي الجنسي.
35. و أنا صغير، سرقت بعض الأشياء.
36. أسعل في غالب الأوقات.
37. نتنابني أحيانا الرغبة في كسر أشياء ما.
38. حصلت لي فترات (أيام، أسابيع، شهور) لم أقم خلالها بأي شيء بسبب عدم قدرتي على المباشرة.
39. نومي مضطرب.
40. أعاني ألما متكررة في كل رأسي.
41. لا أقول دائما الحقيقة.
42. لو لم يكن الناس ضدي، لكنت حياتي أكثر نجاحا.
43. إن قدرتي على التمييز و الحكم أحسن مما كانت عليه من قبل.
44. يحدث لي مرة في الأسبوع على الأقل أن أشعر فجأة بحرارة كبيرة دون أي سبب.

45. صحتي جيدة مثل كل أصدقائي.
46. أفضل تجاهل أصدقاء المدرسة أو الناس الذين أعرفهم، و الذين لم أراه منذ مدة، إلا إذا بادروني بالكلام.
47. لم تضايقتني ألام في القلب أو في الصدر تقريبا.
48. أفضل في أكثر الأوقات أن أبقى جالسا مستغرقا في الأحلام على أن أفعل شيء آخر.
49. أنا شخص اجتماعي جدا.
50. لقد حدث لي كثيرا أن تلقيت أوامر من شخص أقل معرفة مني.
51. لا أقرأ افتتاحية الجريدة يوميا.
52. الحياة التي عشتها قابلة للنقد كثيرا.
53. أشعر في أحيان كثيرة باحترق أو وخز أو تنمل أو خدر في بعض الأماكن من جسمي.
54. عائلتي لا تحب العمل الذي اخترته (أو المهنة التي أنا مقدم على اختيارها).
55. ألح على الشيء أحيانا إلى درجة تُفقد الآخرين صبرهم.
56. أحب أن أكون سعيدا بالقدر الذي يبدو عليه الآخرين.
57. نادرا ما أشعر بالآم في فقاى (NUQUE).
58. أظن أن الكثير من الأشخاص يببالغون في إظهار مأسيتهم من أجل الحصول على تعاطف و مساعدة الآخرين.
59. لدي وعكات في جوف المعدة، وهذا على فترات متقاربة من الأيام (أو في الغالب).
60. عندما أكون مع الناس أتضايق من سماع الأشياء الغريبة جدا.
61. يعتبرني الناس شخصا مهما.
62. كثيرا ما تمنيت أن أكون بنتا (أو إن كنت امرأة: لم أتأسف أبدا أنني بنت).
63. لا تُصدم ولا تجرح مشاعري بسهولة.
64. أحب قراءة الروايات الغرامية.
65. أنا مهموم في غالب الأوقات.
66. سيكون أفضل لو أن أغلب القوانين ألغيت.
67. أحب الشعر (poésie).
68. أقوم أحيانا بمضايقة بعض الحيوانات.
69. أعتقد أنني سأحب عملا كعمل حارس الغابة.
70. أنهزم بسهولة في الخصام.
71. أجد أنه من الصعب التمسك بالأمل في الحصول شيء ما في الوقت الحالي.
72. تفارق روحي جسدي في بعض الأحيان.
73. تنقصني الثقة في النفس دوما.
74. أحب أن أكون باتع ورد.
75. انطباعي الغالب هو أن الحياة جديرة بأن تعاش.
76. يجب مصارعة الناس كثيرا من أجل إقناعهم بالحقيقة.
77. يحصل لي أن أوجل عمل اليوم إلى الغد.
78. أنا محبوب من طرف أغلب الناس الذين يعرفونني.
79. لا يضايقتني أن يسخر الناس مني.
80. أحب أن أكون مُمرضا.
81. أعتقد أن أغلب الناس يمكنهم الكذب من أجل البروز.
82. أفعل بعض الأشياء، التي أئوم عنها نفسي فيما بعد (ألوم نفسي عن بعض الأشياء أكثر مما يفعلها الآخرون).
83. قليلا ما أتخاصم مع أفراد أسرتي.
84. طردت من المدرسة مرة أو عدة مرات بسبب سيرتي السيئة.
85. أشعر أحيانا برغبة ملحة في فعل شيء مؤذ أو جارح.
86. أحب الذهاب إلى السهرات أو اللقاءات التي يوجد فيها الكثير من اللهو الصاخب. (AMUSEMENTS BRUYANTS)
87. حدث لي أن صادفت مشاكل كانت حلولها متعددة جدا إلى حد لم أتمكن فيه من الحسم.

108. إن الشخص المقتدر والذي يحب العمل بجد له حظوظ كبيرة في النجاح.

109. يبدو لي أنني تقريبا في نفس قدرة و ذكاء أغلب الناس المحيطين بي.

110. أغلب الناس يستعملون طرقا مشبوهة و غير شريفة من أجل الحصول على مكسب بدل تضييعه.

111. لدي الكثير من الاضطرابات الهضمية.

112. أحب المسرح.

113. أعرف من هو المسؤول عن معظم متاعبي.

114. يحدث لي أن انجذب بقوة نحو الأغراض الشخصية للآخرين (مثل: الأحذية، القفازات..) إلى حد الرغبة في لمسها أو سرقتها بالرغم من أن لا حاجة لي بها.

115. رؤية الدم لا ترهيني ولا تمرضني.

116. غالبا ما لا أستطيع فهم لماذا كنت كثير الانفعال والتذمر.

117. لم يسبق لي أبدا أن تقيأت أو بصقت دما.

118. لا أكثرث للأمراض التي قد تصيبني.

119. أحب قطف الزهور أو زرع النباتات المنزلية.

120. كثيرا ما أجد أنه من الضروري أن أدافع عما أعتقد أنه صحيح.

121. لم تكن لي أبدا ممارسات جنسية غير معتادة.

122. حدث لي أحيانا أن توالت أفكاري بسرعة إلى حد لم أستطع معه التعبير عنها.

123. لو استطعت الدخول إلى السينما دون دفع الثمن وكنت متأكدا أن لا أحد يراني لفعلتها بكل تأكيد.

124. أتساءل في الغالب عن السبب الخفي الذي يجعل شخصا ما يقوم بعمل لطيف تجاهي.

125. أعتقد أن حياتي العائلية سارة كحياة أغلب الناس الذين أعرفهم.

126. أضن أنه يجب العمل على احترام القانون.

88. أعتقد أنه ينبغي أن يكون للنساء نفس القدر من الحرية الجنسية التي يتمتع بها الرجال.

89. صراعاتي الشديدة هي مع نفسي.

90. أحب أبي أو (إذا كان متوفيا) أحببت أبي.

91. لم أعاني أبدا من ارتعاشات أو انقباضات في عضلاتي.

92. لا يبدو أنني قلق بما يحدث لي.

93. أحيانا، حينما لا أكون على ما يرام، أصبح سريع الانفعال.

94. يراودني الإحساس مرارا بأنني فعلت شيئا مؤذيا أو سيئا النية.

95. أنا سعيد في أغلب الأوقات.

96. أرى من حولي أشياء، حيوانات أو أشخاصا لا يراها الآخرون.

97. يبدو لي في معظم الأوقات أن ثقلا ما في رأسي أو في أنفي.

98. تسلط بعض الناس يجعلني أشعر بالحاجة إلى فعل نقيض ما يأمرون به، حتى ولو كنت متأكدا من أنهم على صواب.

99. أحدهم حاقد علي.

100. لم أفعل أبدا شيئا خطيرا لمجرد الاستمتاع.

101. لدي انطباع بأن رأسي في مقشطة (ETAU).

102. أغضب أحيانا.

103. أستمتع أكثر بمتابعة سباق أو لعبة ما عندما أراهن.

104. الخوف من الدرك بالخصوص هو من يجعل الناس مستقيمين.

105. في المدرسة، أرسلت بعض المرات إلى المدير لسوء سيرتي.

106. طريقة كلامي هي نفسها المعتادة (لا أسرع ولا أبطأ دون بحة أو لجلجة أو دندنة).

107. لا ألتزم برسميات الأكل في البيت مثلما أفعله مع الناس.

127. إن الانتقادات والتوبيخات تجرحني بشكل رهيب.
128. أحب القيام بالطبخ.
129. سيرتي مرتبطة بشكل كبير بسلوكيات المحيطين بي.
130. أكيد أنني أشعر أنني عديم الفائدة أحيانا.
131. وأنا طفل، انتميت إلى جماعة رفاق، كانت تحاول دوما البقاء وفيه لبعضها في كل الصعاب.
132. أو من بوجود حياة بعد الموت. x
133. أحب أن أكون عسكرياً.
134. تنتابني أحيانا الرغبة في التشاجر مع أي كان.
135. حدث لي كثيرا أن خسرت لأنني لم أتمكن من حسم قراري بسرعة.
136. أتضايق كثيرا عندما يطلب أحدهم رأبي، أو يقاطعني و أنا أعمل شيئا مهما.
137. كنت أسجل يومياتي الخاصة فيما مضى.
138. أعتقد أن أمرا ما يخطط ضدي.
139. في اللعب، أحب الريح عن الخسارة.
140. غالبا ما أنام دون أن أضطرب بأفكار ما.
141. كانت صحتي على العموم جيدة خلال السنوات الأخيرة.
142. لم أصب من قبل بأي اختلاج (CRAMPES) أو نوبة.
143. لا يزداد وزني ولا ينقص.
144. لدي انطباع أنني متابع.
145. أضن أنني كثيرا ما عوقبت دون سبب.
146. أبكي بسهولة.
147. لا أستطيع فهم ما أقرأه مثلما كنت سابقا.
148. لم أكن يوما أحسن مما أنا عليه الآن.
149. تبدو لي أحيانا أن أعلى جمجمتي شديد الحساسية.
150. أشعر أحيانا أنه علي أن أجرح نفسي أو أجرح شخصا آخر.
151. أنزعج جدا - حينما يخدعني شخص بمهارة - أن أقر أنه تم الاحتيال علي.
152. لا يصيبني التعب بسرعة.
153. أحب معرفة الناس المهمين لأن ذلك يشعرني بأنني مثلهم.
154. أخاف عندما أنظر من مكان عال إلى الأسفل.
155. لن يصيبني القلق لو أن أحد أفراد أسرتي تعرض إلى مشاكل مع العدالة.
156. لا أكون سعيدا إلا إذا انتقلت أو سافرت.
157. لن يضايقتني ما يفكره الناس في.
158. يزعجني أن أقوم بدور المهرج في سهرة ما حتى لو كان الآخرون يفعلون نفس الشيء.
159. لم يُغم علي أبدا من قبل.
160. كنت أحب المدرسة.
161. غالبا ما يجب علي المقاومة من أجل إخفاء خوفا واضطرابي.
162. حاول أحدهم تسميمي.
163. لا أخاف كثيرا من الثعابين.
164. لم أصب أبدا (أو تقريبا أبدا) من الدوار (VERTIGES).
165. تبدو ذاكرتي جيدة.
166. تزعجني الأمور الجنسية.
167. يصعب علي مباشرة الحديث عند ملاقات أشخاص جدد.
168. لقد مرت علي فترات قمت خلالها بتصرفات دون أن أعرف فيما بعد ما الذي فعلته بالضبط.
169. حينما أبدأ في الشعور بالملل، أحب إيجاد ما يسليني.
170. أخاف أن أفقد عقلي.
171. أنا ضد مبدأ منح الصدقة للمتسولين.

194. لم يحدث أبدا أن أصبت ببثور جلدية أقلقتني
(ERUPTIONS CUTANEEES).

195. بالمقارنة مع عائلات أخرى يوجد القليل من الحب و الدعم
في عائلتي.

196. كثيرا ما أنتبه فجأة إلى نفسي فأجدها مستغرقة في هم.

197. أظن أنني سأحب العمل كمقاول بناء.

198. كثيرا ما أسمع أصواتا لا أعرف مصدرها.

199. أحب العلم.

200. يسهل علي طلب خدمة من أصدقائي حتى إن لم أكن قادرا
على رد الجميل.

201. أحب الصيد كثيرا.

202. كثيرا ما ينتقد أبواي مخالطاتي.

203. يحدث لي أحيانا أن أقوم بنشر إشاعات عن الآخرين.

204. يبدو أنني أسمع مثلما يسمع أغلب الناس.

205. لبعض أفراد أسرتي عادات تضايقتني وتزعجني كثيرا.

206. أحيانا، يبدو لي أنني أستطيع اتخاذ القرارات بسهولة
خارقة.

207. أحب أن كون عضوا في العديد من الجمعيات.

208. بالتقريب لم أشعر أبدا بخفقان قلبي، ونادرا ما أصاب بضيق
التنفس.

209. أحب التحدث عن الجنس.

210. أحب زيارة الأماكن التي لم أزرها من قبل.

211. ألهمت ببرنامج حياة أساسه الواجب، فتابعته منذ ذلك
باهتمام.

212. يحدث أن أقف في وجه أناس يحاولون فعل شيء ما، ليس
لأن ذلك مهم، و لكن هي مسألة مبدأ.

213. أغضب بسرعة ثم أنسى بسرعة.

172. غالبا ما لاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بشيء
ما.

173. بإمكانتي القراءة طويلا دون أن تتعب عيناى.

174. أحب دراسة و قراءة المقالات المتعلقة بعملى.

175. كثيرا ما أشعر بحالة من الضعف العام.

176. قليلا ما أصاب بوجع الرأس.

177. لم تفقد يداى مهارتهما و دقتهما.

178. أحيانا عندما أتضايق، أتصيب عرقا؛ الشيء الذي يزعجني
كثيرا.

179. ليس لدي أية صعوبة في الحفاظ على توازنى و أنا أمشى.

180. شيء ما ليس على ما يرام في ذهنى.

181. لست ممن يصاب بالحساسية أو الربو.

182. أصبت بنوبات لم يكن بوسعى أثناءها التحكم في حركاتى أو
أقوائى مع بقائى واعيا بما يدور حولى.

183. لا أحب كل الناس الذين أعرفهم.

184. قليل جدا ما أستغرق في أحلام اليقظة.

185. أتمنى أن لا أكون خجولا إلى هذا الحد.

186. لا أخشى التعامل مع المبالغ المالية الكبيرة.

187. لو كنت صحافيا لتوجهت اهتماماتى إلى ركن المسرح.

188. تعجبني العديد من أنواع اللعب و التسلية.

189. أحب المداعبة الجنسية.

190. يعاملنى أهلى كطفل أكثر مما يعاملوننى كراشد.

191. أحب أن أكون صحافيا.

192. أمى امرأة طيبة أو(إن كانت أمك متوفاة) كانت أمى طيبة.

193. حينما أمشى، أراعى أن لا أضع قدمى على شقوق
الرصيف.

214. كنت مستقلا ومتحررا إلى حد كبير من القوانين والنظم العائلية.

215. أنا غارق في أفكار سوداوية و مُحزنة.

216. حاول شخص أن يسرقني.

217. أسرّتي كلها تقريبا تفهمني و تساندني.

218. تمرّ علي فترات من الاضطراب بشكل يجعلني غير قادر على الجلوس طويلا على كرسي.

219. عشت تجارب غرامية فاشلة.

220. لا أهتم أبدا بمظهري الخارجي.

221. غالبا ما أحلم بأشياء من المستحسن أن أحتفظ بها لنفسى.

222. قد يكون من الواجب علينا أن نعلّم الأطفال كل الأشياء الأساسية حول الجنس.

223. أعتقد أنني لست أكثر عصبية من متوسط الناس.

224. لا أشعر بتاتا أو أشعر بقليل من الآلام.

225. يُسيء الآخرون بسهولة فهم طريقي في التعامل.

226. أحيانا و بدون سبب، أو حتى لما تسوء الأمور أشعر أنني سعيد جدا و في لياقة استثنائية.

227. لا ألوم الناس الذين يحاولون الاستحواذ على كل شيء يقدرون عليه في هذه الدنيا.

228. هناك أشخاص يحاولون سرقة أفكارى.

229. حصلت لى نوبات فقدت أثناءها إمكانياتى فى التصرف و فهم ما يدور من حولى.

230. أستطيع أن أكون لطيفا مع أناس يتصرفون بطريقة لا تعجبني.

231. أحب أن أكون في جماعة تسودها المقالب الكبيرة.

232. لقد حصل لى أحيانا في الانتخابات أن انتخبت على شخص لا أعرف عنه شيئا كثيرا.

233. لدي صعوبة في الشروع في شيء ما.

234. لديّ فتاعة أكيدة أنني شخص محكوم عليه (CONDAMNEE).

235. في القسم، كنت بطيء التعلم.

236. لو كنت فنانا، لأحببت رسم الأزهار.

237. لا يهمني أن يكون مظهري أحسن مما هو عليه الآن.

238. أعرق بسهولة حتى و لو كان الجو باردا.

239. لدي ثقة تامة في نفسى.

240. استحال علي في بعض الأحيان الامتناع عن سرقة أو اختلاس شيء ما.

241. من الأسلم أن لا يثق المرء في أي شخص كان.

242. أشعر أنني متحمس جدا مرة في الأسبوع على الأقل.

243. حين أكون في مجموعة، أجد صعوبة في إيجاد المواضيع الجيدة للنقاش.

244. الشيء المثير للاهتمام يخرجني بالتقريب دوما عن كآبتي.

245. لا أهتم لأمر غلق الباب بالمفتاح و غلق النوافذ بشكل جيد عندما أخرج من بيتى.

246. أنا على فتاعة من أن ذنوبي لن تغتفر.

247. أحس بخدر و تتمل في موضع أو عدة مواضع من جلدي.

248. لا ألوم شخصا يستغل أناسا يقبلون لذلك.

249. ما تزال حدة بصري كما كانت منذ سنين.

250. حدث لى أن سلّنتى مهارة بعض المجرمين إلى درجة أنني تمنيت لهم الخلاص.

251. كثيرا ما يراودني الانطباع بأن مجهولين ينظرون إلى بعين نافذة.

252. كل شيء له نفس المذاق.

253. أشرب يوميا كمية كبيرة غير عادية من الماء.

254. يتخذ أغلب الناس أصدا قاءا لأنهم قد ينفعونهم يوما ما.

255. نادرا ما أشعر بدنونة أو طنين في الأذنين.

25. من حين لآخر، أشعر بالكرهية تجاه أفراد من عائلتي أحبهم في العادة.
25. لو كنت صحافيا لأجيب كثيرا كتابة المقالات الرياضية.
25. أستطيع النوم نهارا لكن ليس ليلا.
25. أنا متأكد أنهم يتحدثون عني.
26. يحدث أن أضحك من قصة بذينة (VULGAIRE).
26. بالمقارنة مع أصدقائي أنا لا أشعر إلا بالقليل من المخاوف.
26. لا يزعجني، وأنا في جمع من الناس، أن أدعى إلى مناقشة أو إعطاء رأي حول موضوع أعرفه جيدا.
26. أشمئز دوما من العدالة عندما يفرج عن مجرم بفضل دلائل (دفع) محام نكي.
26. أفرطت في تناول المشروبات الكحولية.
26. أميل إلى عدم الحديث إلى الناس قبل أن يبادروني هم بالحديث.
26. لم تكن لي يوما متاعب مع العدالة.
26. أحيانا أشعر أنني مفعم بالحيوية دون سبب خاض.
26. أحب أن لا تسيطر علي أفكار متعلقة بالجنس.
26. إذا وجد عدة أشخاص أنفسهم في وضعية سيئة، فإن أفضل ما يفعلونه هو أن يتفقوا على رواية واحدة للأحداث و يلتزموا بها.
27. لا يزعجني بشكل خاص رؤية الحيوانات تتألم.
27. أضن أنني أحس بالأشياء أكثر من معظم الناس.
27. لم أحب اللعب بالدمية في أي فترة من فترات حياتي.
27. الحياة بالنسبة لي، امتحان متكرر.
27. تشغلني بعض المواضيع إلى درجة أنني لا أستطيع الحديث عنها.
27. في المدرسة كنت أجد صعوبة في التحدث أمام التلاميذ.
27. أحب أمي، أو (إذا كانت أمك متوفاة) كنت أحب أمي.
277. كثيرا ما أحس بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس.
278. أتلقى كل التفهم أو الود الذي أحجاجة.
279. أرفض المشاركة في بعض الألعاب لأنني لا أجيدها.
280. يبدو لي أنني أكون صداقات بنفس السرعة التي لدى أي شخص آخر.
281. لا أحب أن يحيط الناس بي.
282. قيل لي أنني أمشي أثناء نومي.
283. من يثير الإغراء بتركه أشياء ثمينة دون حماية، يلام تقريبا بنفس الدرجة التي يلام بها الذي سرقها.
284. أضن أن أغلب الناس تقريبا يكذبون لتفادي المتاعب.
285. أنا أكثر إحساسا من أغلبية الناس.
286. أغلب الناس لا يحبون إزعاج أنفسهم من أجل مساعدة الآخرين.
287. عدد كبير من أحلامي له علاقة بالجنس.
288. ينتقدني أبواي و أسرتي أكثر مما يجب.
289. أتضايق بسهولة.
290. تقلقتني مسائل المال و الأعمال.
291. لم أقع أبدا في حب أحد.
292. أخافني ما فعله بعض أفراد أسرتي.
293. لا أحلم أبدا تقريبا.
294. غالبا ما يحمر عنقي.
295. لم أصب أبدا بشلل ولم أشعر أبدا بضعف غير عادي في أي من عضلاتي.
296. في بعض الأحيان، يخونني الصوت أو يتغير حتى حينما لا أكون مزكوما.
297. كثيرا ما تلقيت أوامر من أبي أو أمي وأطعتها حتى عندما لا أقدر أنها صائبة.

298. أشم روائح خاصة في بعض الأحيان.
318. أنتظر أن أنجح فيما أقوم به عموماً.
319. أسمع أشياء غريبة حين أكون لوحدي.
320. أصابني الذعر من أشياء أو أشخاص كنت أعرف أنه لا يمكنهم إيذائي.
321. لا أهاب الدخول وحيداً قاعة فيها أشخاص مجتمعين يتحاورون.
322. أخاف من استخدام السكين أو أي أداة أخرى قاطعة وحادة.
323. أتلذذ أحياناً بإيذاء الأشخاص الذين أحبهم.
324. بإمكانني زرع الخوف لدى الآخرين بسهولة، و أفعله أحياناً لهُوَ فقط.
325. أجد صعوبة في التركيز أكثر من غالبية الناس.
326. غالباً ما أتخلى عن فعل شيء ما لأنني أشك كثيراً في قدراتي.
327. تراود تفكيري كلمات قبيحة وفي الغالب كلمات مرعبة لا يمكنني التخلص منها.
328. يحدث أحياناً أن تشغني وتضايقتني فكرة عديمة الأهمية لأيام عديدة.
329. كل يوم تقريباً، يحدث شيء يفزعني.
330. في بعض الأوقات أكون مفعماً بالطاقة.
331. أميل إلى عيش الأمور بسوء.
332. حدث لي في بعض المرات أن وجدت لذة في أن يجرحني شخص كنت أحبه.
333. أفكار الناس عني جارحة وقبيحة.
334. لا أشعر بالراحة داخل البيوت.
335. لا أهتم كثيراً بالأثر الذي أحدثه.
336. أحدهم يتحكم في تفكيري.
337. في السهرات، أميل إلى البقاء لوحدي أو مع شخص واحد فقط على أن أختلط بالجمع.
299. لا أستطيع تثبيت انتباهي.
300. لدي أسباب لكي أشعر بالغيرة من شخص أو عدة أشخاص من أسرتي.
301. أشعر دوماً بالقلق سواء اتجه شخص أو لشيء ما.
302. أفقد صبري مع الناس بسهولة.
303. في أغلب الأحيان أتمنى لو كنت ميتاً.
304. أحياناً، أكون في حالة من الإثارة إلى درجة أنني أجد صعوبة في النوم.
305. بالتأكيد تحصلت على أكثر من قسطن من الهموم.
306. لا أحد ينشغل حقيقة بما يحصل لك.
307. أسمع أحياناً بوضوح كبير إلى درجة أن ذلك يزعجني.
308. أنسى فوراً ما يقوله الناس لي.
309. عادة ما يجب علي أن أتوقف وأفكر قبل المرور إلى الفعل حتى بالنسبة للأمور الصغيرة.
310. يحدث لي كثيراً أن أقطع الطريق لكي أتفادي الالتقاء بشخص ما.
311. أشعر غالباً أن الأشياء ليست حقيقية.
312. القسم المهم الوحيد في الجرائد هو قسم الأشرطة المرسومة (BANDES DESSINEES).
313. لدي عادة حساب الأشياء العديمة الأهمية: (المصابيح، اللاحات الإشهارية الضوئية (ENSEIGNES LUMINEUSES مثل... الخ)
314. ليس لدي أعداء يريدون إيذائي حقيقة.
315. أميل إلى الحذر من الناس الذين يبدون ودأ أكثر من الذي كنت أنتظره.
316. لدي أفكار غريبة ومميزة.
317. أصبح قلقاً ومضطرباً حينما يتوجب علي الابتعاد عن منزلي لبعض الوقت.

331. غالبا ما يخيب الناس ظني.
331. يراودني الانطباع في أن المشاكل تتراكم إلى درجة أنه لا يمكنني تحملها.
341. أعشق الذهب للرقص.
34. يبدو أن تفكيري أبطأ من العادة أحيانا.
34. كثيرا ما أتحدث إلى أناس لا أعرفهم في القطار، الحافلة، إلخ....
34. أحب الأطفال.
34. أحب لعب مبالغ صغيرة.
34. لو كنت قادراً، لشاركت في عمليات تدفع بالمجتمع إلى الأمام.
34. كثيرا ما التقيت بأناس من المفترض أنهم خبراء ولكنهم في الواقع لا يعرفوا أكثر مني.
34. يراودني الانطباع بأنني فاشل حينما أسمع بنجاح شخص أعرفه جيدا.
34. غالبا ما أفكر: "أتمنى أن أكون طفلا من جديد".
34. لا أشعر أبدا بالسعادة كما أشعر بها حينما أكون لوحدي.
35. لو أعطيت لي الفرصة لكنت شخصا يجيد قيادة الرجال (MENEUR D'HOMMES).
35. أتضايق دائما من القصص البذيئة (VULGAIRE).
35. عادة ما يطالب الناس باحترام حقوقهم الخاصة أكثر مما هم مستعدون لفعله تجاه حقوق الآخرين.
35. أنا ولوع بالحفلات و مادب العشاء فقط من أجل أكون مع الناس.
35. أحاول تذكر القصص الجميلة من أجل إعادة روايتها.
35. شعرت في مرة أو عدة مرات من حياتي وكان شخصا ما كان يجعلني أقوم بأشياء بعد أن نومي مغناطيسيا.
35. أجد صعوبة في أن أتوقف ولو لوقت قصير عن عمل بدأته.
35. كثيرا ما لا أكون على علم بحوارات وغيبيات الجماعة التي أنتمي إليها.
358. كثيرا ما وجدت (شعرت) أن أشخاصا يحسدونني على أفكارى الجيدة فقط لأنهم لم يسبقوني إليها.
359. أحب أن أكون ضمن الجماعة (EN GROUPE) لما في جوها من إثارة.
360. لا تضايقتي ملاقة أناس لا أعرفهم.
361. حاول أحدهم أن يؤثر على أفكارى.
362. أذكر أنني تمارضت للتخلص من شيء ما.
363. يبدو أن متاعبي تزول عندما أكون رفقة جماعة مرحة من الأصدقاء.
364. أميل إلى الاستسلام بسرعة عندما تسوء الأمور.
365. أحب أن أعلم الناس بموقفي اتجاه الأمور.
366. حدث لي أن مررت بفترات كنت خلالها مفعما بالحيوية إلى درجة أن النوم لم يكن يبدو لي ضروريا خلال عدة أيام.
367. أتفادى الجماهير قدر الإمكان.
368. أتراجع أمام الصعوبات أو الأزمات.
369. أميل إلى التراجع عما أريد فعله حينما يعتقد الآخرون أنه ليس ذا قيمة.
370. أحب السهرات و الحفلات الصغيرة.
371. كثيرا ما رغبت أن أكون من الجنس الآخر.
372. لا أغضب بسهولة.
373. ارتكبت في الماضي بعض الأعمال السيئة لم أتحدث بها إلى أحد.
374. سيستعمل أغلب الناس وسائل غير شريفة نوعا ما من أجل النجاح في الحياة.
375. إنه ليثير أعصابى أن يطرح الناس علي أسئلة شخصية.
376. لا أحس بأنى قادر على تحضير مستقبلى.
377. لست مسرورا بما أنا عليه الآن.

378. أغضب حينما ينصحنى أصدقائي و عائلتي بالطريقة التي يجب أن أعيش بها حياتي.
379. تلقيت كثيرا من التأديب (عقوبات) في طفولتي.
380. يزعجني أن يقول الناس أشياء لطيفة عني.
381. لا أحب سماع الآخرين يبدون آراءهم في الحياة.
382. كثيرا ما تكون لدي خلافات حادة مع الناس القريبين مني.
383. أعرف أنه يمكنني الاعتماد على مساعدة العائلة حينما تسوء الأمور.
384. حينما كنت طفلا كنت أحب لعبة مادة الأطفال (DINETTE).
385. لا أخاف النار.
386. حدث لي أن بقيت بعيدا عن شخص ما لأنني كنت أخشى أن أقول أو أفعل شيئا أندم عليه فيما بعد.
387. أستطيع التعبير عن مشاعري الحقيقية فقط حينما أشرب الخمر.
388. نادرا جدا ما تتناوبني الهموم.
389. غالبا ما يقال لي أنني غضوب.
390. أود التوقف عن تعذيب نفسي بموضوع الأشياء التي قلتها والتي قد تكون جرحت الآخرين.
391. أشعر أنني غير قادر على قول كل شيء عن نفسي لشخص ما.
392. البرق من بين الأشياء التي تخيفني.
393. أحب أن لا يتنبأ الناس بما أوشك على فعله.
394. أحيانا، بدت لي مشاريعي مليئة بالصعوبات إلى درجة أنني تخلّيت عنها.
395. أخاف من التواجد لوحدي في الظلام.
396. غالبا ما يراودني انطباع مؤلم بأنه أسوأ فهمي في محاولتي منع شخص ما من ارتكاب خطأ.
397. ترعيني العاصفة.
398. كثيرا ما أطلب النصح من الناس.
399. المستقبل كثير الغموض للقيام بمشاريع جادة.
400. انطباعي الغالب، حتى عندما تكون الأمور على أحسن ما يرام، هو أنني أحتقر كل شيء.
401. لا يخيفني الماء.
402. أظن أنه يحسن بالمرء التذكر دائما بأن عليه التريث قبل اتخاذ القرار.
403. كثيرا ما أساء الناس فهم نواياي، حينما حاولت إرشادهم إلى الطريق السليم و مساعدتهم.
404. أبلغ دون أية صعوبة.
405. عموما أنا هادئ و لا أقلق بسهولة.
406. يمتعني بالتأكيد التفوق على المجرمين في ألعيبهم.
407. أستحق العقاب الشديد على ذنوبي.
408. أميل إلى التأثر بسهولة بالخيبات إلى حد لا أقدر معه على طردها من تفكيري.
409. يضايقني أن ينظر إليّ أحد وأنا أعمل، حتى عندما أعرف أنني أتقن عملي.
410. أغضب بشدة أحيانا؛ حينما يتجاوزني شخص ما في الطابور حتى أنني أوجه له ملاحظة في ذلك.
411. غالبا ما أعتقد أنني لا أصلح لشيء.
412. كثيرا ما كنت أتغيب عن المدرسة وأنا صغير، حتى عندما كان الحضور عليّ واجبا.
413. واحد أو العديد من أفراد عائلتي بالغوا العصبيّة.
414. في بعض المرات، كان عليّ أن أبدوا أكثر غلظة مع الناس غير المؤدبين أو الفضاض.
415. تتناوبني الحيرة و الهموم حينما أفكر في كل المصائب التي قد تحدث.
416. لديّ حقًا فتاعات سياسية.
417. أحب أن أكون متسابقا في سباق السيارات.
418. أرى أنه من الحسن أن نتحايل على القانون إذا لم نخرقه فعلا.

437. عادة ما أكون صريحا مع الناس الذين أحاول تصحيح سلوكهم أو تحسينه.

438. أخاف من فكرة الزلزال.

439. أنصاع بسهولة و بشكل كامل للأفكار الجيدة:

440. أفضل تدبير أمر كيفية الإجراء بنفسى بدل أن أطلب من أحدهم تعليمي إياها.

441. أخاف من التواجد في غرفة صغيرة و مغلقة.

442. يجب أن أعترف أنه حصل لي أن انشغلت كثيرا لسبب لا يستحق ذلك في الحقيقة.

443. لا أتعب نفسي في إخفاء الصورة الرديئة التي كوتتها عن الناس، ولا الشفقة التي أحملها لهم.

444. أنا شخص بالغ العصبية.

445. غالبا ما كان لي مسئولين يفعلون كل شيء لجني ثمار ما يفعل جيدا في المصلحة التي يدبرونها، لكنهم لا يترددون في انساب الأخطاء لمرووسيهم.

446. يصعب علي الدفاع عن حقوقي أحيانا، لأنني متحفظ جدا.

447. ترعبنى القدرة أو تأثير اشمنزازي.

448. عندي حياة خيالية لا أحدث عنها الآخرين.

449. بعض الأفراد من عائلتي لهم طبع عصبي.

450. لا أستطيع فعل أي شيء بشكل صحيح.

451. غالبا ما أشعر بأنني مذنب لأنني أظهار بالأسف عن الأشياء أكثر مما أنا عليه في الحقيقة.

452. على العموم أذافع بشدة عن آرائى الخاصة.

453. لا أخاف من العناكب.

454. يبدو لي أن لا أمل في المستقبل.

455. أفراد أسرتى و أقربائى على وفاق كبير.

456. سأحس كثيرا ارتداء الملابس الغالية الثمن.

457. يسهل إقناعى بالعدول عن رأيى، حتى عندما أكون قد قررت.

419. أكره بعض الأشخاص بشكل يجعلنى أتلذذ باطنيا حينما يلقي عليهم القبض لشيء ما اقترفوه.

420. تتور أعصابى حينما أجبر على الانتظار.

421. أميل إلى التخلي عما كنت أريد فعله عندما يعتقد الآخرون أنني لا أحسن القيام به.

422. كنت مولعا بالإثارات القوية وأنا صغير.

423. غالبا ما أميل إلى فعل المستحيل من أجل التفوق على الشخص الذي يعارضنى.

424. أتضايق حين ينظر الناس إليّ وأنا في الخارج، وفي الطرقات أو في الدكاكين... الخ

425. كان الرجل الذي تعاملت معه أكثر وأنا طفل (أبى، زوج أمى... الخ) صارما جدا معى.

426. كنت أحب لعب لعبة حجر الرّجل (LA MARELLE)، و القفز على الحبل.

427. لم يحدث لي أبدا أن كانت لي رؤية.

428. غيرت رأيى بشأن مهنتى عدة مرات.

429. لا أتناول أبدا أدوية أو حبوبا منومة، إلا إذا كانت بوصفة طبية.

430. كثيرا ما أندم على سرعة انفعالى و عنادى.

431. فى المدرسة، تحصلت بشكل منتظم على درجات سيئة فى السيرة و السلوك.

432. أنا مفتون بالنار (FASCINE)

433. حينما أكون " محاصرا "، لا أقول من الحقيقة إلا الجزء الذي لا يمكنه أن يؤذيني.

434. لو كنت فى وضع سيئ رفقة العديد من الأصدقاء وكانوا مذنبين مثلى لفضلت أن يقع كل اللوم علىّ على أن أوظم معى.

435. كثيرا ما أخاف من الظلام.

436. حينما يكون رجل مع امرأة فإنه يفكر على العموم فى أشياء تتعلق بالجنس.

458. تجعلني بعض الحيوانات عصبيا.
459. أتحمّل الألم بنفس قوة تحمل الآخرين.
460. حدث لي عدة مرات أن كنت آخر من تراجع عن محاولة فعل شيء.
461. يغضبني أن أكون مع أناس يستعجلونني.
462. لا أخاف الفئران.
463. ينتابني لعدة مرات في الأسبوع شعور بأن شيئاً مرعباً قريب الحدوث.
464. أشعر بالإعياء غالب الوقت.
465. أحب إصلاح قفل الباب (SERRURE).
466. من حين لآخر أكون على قناعة من أن الآخرين على علم بما أفكر فيه.
467. أحب مطالعة الكتب العظيمة.
468. أخاف من التواجد لوحدني في فضاء واسع و مفتوح.
469. يراودني الانطباع أحيانا بأنني سأتهار.
470. كثيرا من الناس مذنبون بسبب سلوكهم الجنسي السيئ.
471. غالبا ما استيقظ مفزوعاً وسط الليل.
472. أنا منزعج جدا لأنني أنسى دوما أين وضعت الأشياء.
473. الشخص الذي تعلقت وأعجبت به كثيراً في طفولتي كان امرأة (أم، أخت، خالة، أو امرأة أخرى).
474. أفضل قصص المغامرات عن القصص العاطفية.
475. غالبا ما أرتبك و أنسى ما أود قوله.
476. أنا كثير التكلف و عديم المهارة.
477. أحب فعلا ممارسة الرياضات العنيفة مثل كرة القدم الأمريكية (RUGBY).
478. أكره كل عائلتي.
479. البعض يظن أنه يصعب عليهم معرفتي.
480. أقضي أغلب أوقات فراغي وحيداً.
481. عندما يفعل الناس أشياء تغضبني، أعلمهم بما أشعر به.
482. أجد عادة صعوبة في تقرير ما يجب فعله.
483. لا يجذني الناس جذابا.
484. الناس ليسوا لطفاء كثيرا معي.
485. غالبا ما يراودني الانطباع بأنني لست في مستوى خيرية الآخرين.
486. أنا عنيد جدا.
487. وجدت متعة في استهلاك الماريخانا (نوع من المخدرات).
488. المرض العقلي دليل على الضعف.
489. لدي مشكلة مع المخدرات أو الخمر.
490. تستطيع الأشباح أو الأرواح التأثير على الناس شرا أو خيرا.
491. أشعر بالحيرة (الاضطراب) يكون عليّ اتخاذ قرارات هامة.
492. أجد نفسي دائما لكي أكون لطيفا، حتى عندما يكون الآخرون عصبيين و مياليين إلى النقد.
493. عندما يكون لدي مشكل ما فإن الحديث عنه إلى شخص آخر يساعدي.
494. أهدافي الأساسية في الحياة في متناولي.
495. أعتقد أنه على الناس الاحتفاظ بمشاكلهم الشخصية لأنفسهم.
496. لا أشعر بكثير من الضغط ولا الإكراه هذه الأيام.
497. يزعجني كثيرا أن أفكر في إجراء تغييرات في حياتي.
498. أهم مشاكلي تسببها لي سلوكيات أحد أقرباتي.
499. أكره الذهاب إلى الطبيب حتى عندما أكون مريضا.
500. رغم أنني لست سعيدا بحياتي إلا أنني لا أستطيع فعل أي شيء من أجل ذلك الآن.

501. مناقشة المشاكل والانشغالات مع الغير غالبا ما يساعد أكثر من تناول المخدرات والأدوية.

502. لدي بعض العادات يمكنها فعلا إيدائي.

503. عندما تكون هناك مشاكل تحتاج إلى حل، عادة ما أترك الآخرين يتحكمون في زمام الأمور.

504. أعرف في نفسي عدة عيوب أعتقد أنني لست قادرا على تغييرها.

505. سممت مما يجب عليّ فعله كل يوم إلى درجة أنني أرغب فقط في التخلص من كل هذا.

506. فكرت في قتل نفسي مؤخرًا.

507. غالباً ما أصبح سريع الانفعال حين يقاطع أحدهم عملي.

508. غالباً ما يراودني الانطباع بأنني قادر على قراءة أفكار الآخرين.

509. وجوب اتخاذ قرارات هامة، يجعلني عصبيا.

510. يقول لي الآخرون بأنني أكل بسرعة كبيرة.

511. أتعاطى المخدرات أو أسكر مرة في الأسبوع على الأقل.

512. حدث لي فقدان مأساوي، أعلم أنني لن أتعافي منه أبدا.

513. أبلغ أحيانا حالات قصوى من الغضب والانهيار، إلى درجة أنني لا أعلم ما أصابني.

514. حينما يطلب مني فعل شيء ما يصعب عليّ أن أقول لا.

515. لا أكون أبدا أكثر سعادة مثلما أكون وأنا لوحدي.

516. حياتي محرومة و خالية من المعاني.

517. يصعب عليّ الاحتفاظ بعمل ما.

518. ارتكبت أخطاء فادحة في حياتي.

519. أنا مستاء من نفسي لأنني أنتازل للآخرين في غالب الأحيان.

520. فكرت جدياً في قتل نفسي مؤخرًا.

521. أحب اتخاذ القرارات وتوزيع المهام على الآخرين.

522. حتى بدون عائلتي، أعرف أنه يوجد دائما أحد ما للاعتناء بي.

523. في السينما، في المطعم، أو في الملعب أكره الوقوف في الطابور.

524. لا أحد يعرف، ولكنني قد حاولت الانتحار.

525. كل شيء يمرّ بسرعة من حولي.

526. أعرف أنني عبء على الآخرين.

527. بعد يوم متعب أكون في حاجة إلى شرب بعض الكؤوس من الخمر للاسترخاء.

528. الكثير من مشاكلي سببها قلة حظي.

529. يبدو لي أحيانا أنني لا أستطيع التوقف عن الكلام.

530. أحيانا، أقوم بتقطيع على جسدي، أو جرح نفسي عمدا دون معرفة السبب.

531. أعمل لساعات طويلة في حين أن عملي لا يتطلب ذلك.

532. عادة ما أشعر بتحسّن بعد نوبة من الدموع.

533. أنسى أين أترك الأشياء.

534. لو أمكن لي إعادة حياتي من جديد، فبأنني لا أرغب في تغييرات كثيرة.

535. أصبح منفلا جداً عندما لا ينهي الأشخاص الذين أعول عليهم أعمالهم في الوقت.

536. متأكد أنني سأشعر بألم في الرأس لو أن أحدا أزعجني.

537. أحب إجراء و إنهاء مفاوضات صعبة.

538. أغلب الرجال يخونون زوجاتهم من حين إلى آخر.

539. فقدت في الآونة الأخيرة كل رغبة في حل مشاكلي.

540. حدث لي أن غضبت فكسرت الأثاث أو الأواني حين كنت شارباً.

541. أعمل أحسن عندما يكون لدي أجل محدد.

542. حدث لي أن غضبت من أحدهم إلى درجة أن سادني الانطباع بأنني سأنفجر.

543. تراودني أحيانا أفكار مرعبة فيما يخص أسرتي.

544. يقال لي أن لدي مشكلة مع الكحول، و لكنني لست موافقا على ذلك.

545. لدي دائما وقت قصير جدا للقيام بالأشياء.

546. إن أفكاري هذه الأيام تدور أكثر فأكثر حول الموت و الحياة الأخرى.

547. كثيرا ما أحتفظ بأشياء قد لا أستعملها فيما بعد أبدا.

548. حدث لي أحيانا أن غضبت كثيرا حتى جرحت شخصا في عراك معه.

549. منذ مدة قصيرة، لدي انطباع وكأنني أمتحن في كل ما أفعله.

550. قلت تعاملاتي مع العائلة الآن.

551. يراودني الانطباع أحيانا بأنني أسمع أفكاري تعرض بصوت عال.

552. حينما أكون حزينا، فإن زيارتي للأصدقاء تعيني دوما على التخلص من ذلك.

553. يبدو لي أن الكثير من الأشياء التي تحدث لي حاليا سبق لها وأن حدثت لي.

554. حينما تصبح حياتي صعبة، أرغب فقط في التخلي عن كل شيء.

555. لا أستطيع الدخول في غرفة مظلمة لوحدي، حتى لو كان ذلك في منزلي.

556. أشغل نفسي كثيرا بالمسائل المالية.

557. الرجل هو من يجب أن يكون رب العائلة.

558. المكان الوحيد الذي أشعر فيه بالاسترخاء هو منزلي.

559. الناس الذين أعمل معهم لا يتعاطفون مع مشاكلتي.

560. أنا راض عن المبلغ المالي الذي أنقاضاه .

561. لدي عادة ما يكفي من الطاقة للقيام بعملتي.

562. يصعب علي تقبل المدح.

563. في أغلب الزيجات فإن أحد الزوجان أو الاثنين معا تعساء.

564. لا أكاد أفقد التحكم في نفسي.

565. في هذه الأيام، يجب علي بذل جهد كبير لتذكر ما قاله لي الناس.

566. حين أكون حزينا أو يائسا، فإن عملي هو من يتأثر بذلك.

567. لا يتبادل غالبية الأزواج إظهار الكثير من مشاعر الحب.

انتهى

الملحق رقم (3)

أسئلة المقابلة

المحور الأول: العلاقة الزوجية ومظاهر اضطرابها وأسبابه:

1. كم كان سنك عند الزواج؟

2. ما هي مدة زواجك؟

3- هل كان زواجك عن طريق: - حـب ()

- تدبير عائلي ()

- الأصدقاء ()

- الجيران ()

- طريقة أخرى، أذكرها:

4- أين تقيمين مع زوجك؟ - في سكن المستقبل ()

- مع أهل الزوج ()

إذا كان مع أهل الزوج، كم عدد الأفراد المقيمين معك، وما هي نوعية العلاقة التي ترتبط بهم.

- علاقة يسودها الإحترام.

- علاقة مضطربة، لماذا؟

5- هل لديك أطفال؟

لا: ماهي أسباب عدم الإنجاب؟

نعم: كم عددهم وجنسهم وسنهم؟

وهل أثر وجود الأطفال - عدم وجودهم - على علاقتك الزوجية؟ كيف ذلك؟

6- في رأيك ماهي المعايير الأساسية للزواج الناجح؟

7- ما الذي يمثله الزواج بالنسبة لك؟

8- ماهو مصدر معلوماتك من العلاقة الزوجية؟

-الأم ()

-الإخوة ()

-الأصدقاء ()

-آخر، أذكريه ()

وهل تعتقد أن هذه المعلومات كانت صحيحة أثناء قيام علاقتك الزوجية؟ -نعم-إشرحي ذلك.

-لا- إشرحي ذلك.

9-هل وضعت مع زوجتك أهدافا لزواجكما؟-نعم- هل تم تحقيقها.

-لا- لماذا.

10-كيف تتظرين لعلاقتك الزوجية؟

11-في رأيك ماهي أسباب اضطراب أي علاقة زوجية؟

12-حددي لي مظاهر اضطراب علاقتك الزوجية بدقة؟

13-هل أنت راضية عن علاقتك الجنسية مع زوجك؟

-نعم ()

-لا، ماهي أسباب عدم رضاك ()

14-هل يتدخل الأهل والأصدقاء في حياتك الزوجية؟

15-ماهو حجم الوقت الذي تقضيه مع زوجك أثناء الفراغ؟

16-هل يترك لك زوجك حرية الإختيار في تدبير أمور المنزل؟

17-هل يساعدك زوجك؟

18-يشاورك-زوجك في الأمور التي تخص تربية الأطفال والتخطيط لمستقبل الأسرة؟

19-هل هناك إتفاق بينك وبين زوجك في الإنفاق المالي لشؤون الأسرة. ؟

20-هل يقوم زوجك بواجباته إتجاه أسرته وإتجاهك؟

21- هل ترين بأن هناك توافق فكري بينك وبين زوجك؟

-نعم.

-لا-إشرحي ذلك وماهي مظاهره.

22- هل هناك تواصل عاطفي بينك وبين زوجك؟

23- (في حالة عمل المرأة)- هل ترين بأن عملك أثر على علاقتك الزوجية من حيث نوعيته وساعات العمل والدخل المالي للعمل؟ -إشرحي ذلك.

24- هل زوجك مدمن على الخمر أو المخدرات أو شيء آخر؟

25- هل تعتقدين بأن زوجك يقيم علاقات خارج إطار الزواج مع نساء أخريات؟

26- هل هناك أمور أخرى تزعجك أو أنك غير راضية عنها في علاقتك الزوجية.

27- هل تعتقد بأن زوجتك المسؤول الوحيد عن إضطراب علاقتك الزوجية؟

-نعم-كيف ذلك.

-لا-إشرحي ذلك.

28- ألا تعتقدين بأن لك دور في إضطراب علاقتك الزوجية؟

29- ماهي الأسباب التي تركتك تستمرين في علاقتك الزوجية المضطربة؟

30- ماهي الطرق والوسائل التي إتبعتها لإصلاح علاقتك الزوجية. ؟

31- ماهو رد فعلك إتجاه إضطراب علاقتك الزوجية؟

*المحور الثاني: أعراض الاضطرابات النفسية "الاكتئاب، الهستيريا، توهم المرض"

1. كيف يبدو المستقبل بالنسبة لك ؟

2. هل تعانيين من اضطرابات في النوم "الأرق"؟

نعم:.....متى ظهر الاضطراب؟

لا:.....

3. هل تعانيين من اضطرابات في العادة الشهرية؟

لا :

نعم : متى ظهرت هذه الاضطرابات ؟

4. هل سجلت تغير في رغبتك الجنسية:

لا : ...

نعم : متى ظهر هذا التغير.

5. هل شعورك نحو الأشخاص والأشياء التي كنت تحبينها من قبل تغير؟

- لا

- نعم: لماذا؟ متى ظهر هذا الشعور؟

6. هل تفضلين التواجد بعيدا عن الآخرين؟ ولماذا؟

7. هل تعانيين من انقباض في صدرك؟

8. هل تشعرين بالضيق؟ لا.

نعم، لماذا؟

9. هل تعانيين من الصداع والتعب دون أي جهد؟

10. هل ثققت بنفسك عالية؟

11. هل تعانيين من انعدام الدافع لممارسة أي عمل؟

- لا.

نعم: متى ظهر ذلك؟

12. ما الذي تمثله الحياة بالنسبة لك؟

13. هل انتبأتك إحدى الاضطرابات التالية:

1.13. الشلل: نعم، لا، متى ظهر الاضطراب؟ ما هي المكاسب التي حققها لك (هل ظهر فجأة)؟

- ما هو رد فعلك تجاه هذا الاضطراب*؟

- هل كنت تعاني من ضغط انفعالي قبل ظهور هذا الاضطراب؟

2.13 فقدان الصوت: نعم- لا، متى ظهر الاضطراب، ما هي المكاسب التي حققها الاضطراب؟ ما هو رد فعلك تجاه هذا الاضطراب؟

هل كنت تعاني من ضغط انفعالي قبل ظهور هذا الاضطراب.

13. ارتجاج الاطراف (نفس الأسئلة الجزئية).

4.13. اللـوازم.

5.13. الغيبوبة.

6.13. الجوال الليلي.

7.13. اعوجاج الرقبة.

8.13. فقدان الحساس.

9.13. العمى "الهستيرى".

10.13. الصمم "الهستيرى".

11.13. فقدان التذوق.

12.13. فقدان الشم "الهستيرى".

* هنا لتحديد الفرق بين التمارض والهستيريا؛ فالهستيريا لإرادية والهستيريا لا يبالي بأعراضه ولا يعيرها إهتماما كبيرا، ولكن التمارض إرادي ويعير صاحبه غهتما زائدا بأعراضه، ويدرك المكاسب التي يجنيها من تمارضه.

13.13. آلام معينة ليس لها سبب عضوي.

14.13. الصـــــــــــــــــداع .

15.13. الغثيان والقـــــــــــــــــيء.

16.13. الحمل الكــــــــــــــــاذب.

17.13. فقدان الذاكــــــــــــــــرة.

18.13. تعدد الشخــــــــــــــــصيات.

19.13. الشرود الهستــــــــــــــــيري.

14. هل تتسلط عليك فكرة المرض على شكل وساوس، وهو ما يؤدي إلى شعورك بعد الراحة؟

15- متى ظهرت لديك هذه الوسواس.

15.1 1 هل هؤلاء الأطباء من نفس التخصص؟

15.2 هل كنت تجدين رد على تساؤلاتك لدى هؤلاء الأطباء؟

15.3 هل كنت تكتفين بالتردد على الطب العضوي فقط؟

- نعم.

- لا: ما هي لجهة الاخرى التي قصدتها ولماذا؟

16. هل أنت دائمة الانشغال بصحتك؟

17. هل ينتابك الشعور بالتعب والألم دائما؟

18. هل تشعرين دائما بعدم المبادرة؟

ملحق رقم (04)

نماذج لأربع حالات من عينة الدراسة الأساسية

الحالة الأولى:

هي سيدة تبلغ من العمر 34 سنة، متزوجة منذ 16 سنة، أم لأربعة أطفال ذكور، ذات مستوى ثانوي، تزوجت زواج تقليدي.

زوج الحالة إطار في الجيش الوطني ذو دخل جيد، يكبرها بـ: 12 سنة، سكنها مستقل عن أهل الزوج، ولكن طبيعة عمل الزوج تحتم عليه تركها لمدة طويلة قد تتجاوز الشهر، والمكوث معها سوى أسبوع لا أكثر.

أنت الحالة بناءً على رسالة توجيه من طرف الطبيبة العامة في العيادة، وتضمنت الرسالة أن الحالة تعاني من شكاوى بدنية، وبعد إجراء عدة فحوصات وتحاليل مخبرية تبين أن أساس عضوي لهذه الشكاوى الجسمية، وأنها تحتاج للتكفل النفسي.

وبعد إجراء المقابلات مع الحالة تبين أن وراء الشكاوى البدنية التي تعاني منها سوء توافقها الزوجي؛ فالحالة تشكو الحرمان العاطفي الذي تعيشه مع زوجها منذ زواجهما، وطول غيابه عنها بسبب طبيعة عمله، وفي أثناء تواجده معها فهو لا يقوم بواجباته الزوجية معها ولا يعوضها عن أيام غيابه.

مع مرور الوقت، ومع المحاولات المستمرة للحالة لمحاولة تحسين علاقتها الزوجية بزوجها، إلا أن كل محاولاتها باءت بالفشل؛ فالزوج لا يبالي بها وبمشاعرها، حتى علاقته الجنسية منذ زواجهما فهي فاشلة على حد تعبيرها؛ فالزوج لا يحب إقامة علاقة جنسية معها، وهو ما أثر سلباً على نفسياتها واعتقادها بعدم رغبته فيها وإحساسها بالنقص، وأنها ليست كباقي النساء وتتعدم للجاذبية الأنثوية.

نتيجة ذلك أصبحت الحالة تبحث عن بديل لزوجها لملأ فراغها العاطفي فهي تحس بأنوثتها بنظرات الرجال لها خارج البيت، فهي تتعمد لفت انتباههم بالرغم من إحساسها العميق بالذنب لسلوكاتها التي تعتبرها منحرفة وغير أخلاقية وخيانة لزوجها.

والحالة باحت لجاراتها في العمارة بمشاكلتها مع زوجها، ونصحوها بأن زوجها "مسحور" ومن هنا بدأت الحالة بالتردد على المشعوذين والرقاة لكن دون فائدة.

عند تطبيق اختبار (MMBI2) أظهرت الحالة تجاوبا كبيرا، وكانت مؤشرات الثبات كلها في حدود المعقول، وبالنسبة للسلم (F) أظهر أن الحالة لديها نقد نحو ذاتها مع عدم استقرارها النفسي وعلامتها على السلك (L.K) تظهر بأنها كانت منفتحة على الاختبار وهو ما أوضحتها المقابلة.

الخاصية المميزة لحالتها الانفعالية هو الاكتئاب؛ حيث سجل سلم (02) الخاص بالاكتئاب أعلى درجة؛ فالحالة تشعر بالحزن الشديد لإهمال زوجها لها مع الإحساس العميق بالذنب لخيانتها العاطفية -اللاجنسية- له.

أما السلمين (Hs1) توهم المرض و (Hy3) الهستيريا، فكانا مرتفعين كذلك وبالتساوي.

أما ارتفاع سلم توهم المرض فيشير إلى أن لحالة لا تعبر عن مشاكلها بالقدرة اللفظية وتستخدم بدنها للشكوى من أجل الحصول على المكاسب ولفت انتباه المحيطين بها، مع تمركزها حول ذاتها، ولنزوع نحو الإنهزامية مع تضخيم لمشاكلها الجسدية. وغالبا ما يرتفع سلم الاكتئاب مع سلم توهم المرض.

فالمقابل فإن ارتفاع سلم الهستيريا فهو يعكس نقص استبصار الحالة لذاتها، ومعاناتها من نوبات هستيرية للفت إنتباه المحيطين وكسب تعاطفهم واستخدام ميكانيزم الإنكار.

وبذلك نجد أن نتائج اختبار (MMBI2) كانت تصب كلها ضمن المثلث العصابي المتمثل في الاكتئاب وتوهم المرض والهستيريا.

وارتفاع السلم (Pd4) فهو يعكس عدم الاستقرار النفسي للحالة وتمردها على المعايير الاجتماعية واضطراب علاقتها الزوجية.

كما يشير إلى اندفاعية الحالة مع عدم تقدير لعواقب أفعالها المنحرفة، كما أن ارتفاع السلم (Pa6) البرانويا فهو مؤشر لسرعة غضب الحالة مع تفسيرها للوضعيات الاجتماعية بشكل سيء.

MMPI-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
*Questionnaire Multidimensionnel de
 Personnalité de Minnesota-2™*



Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

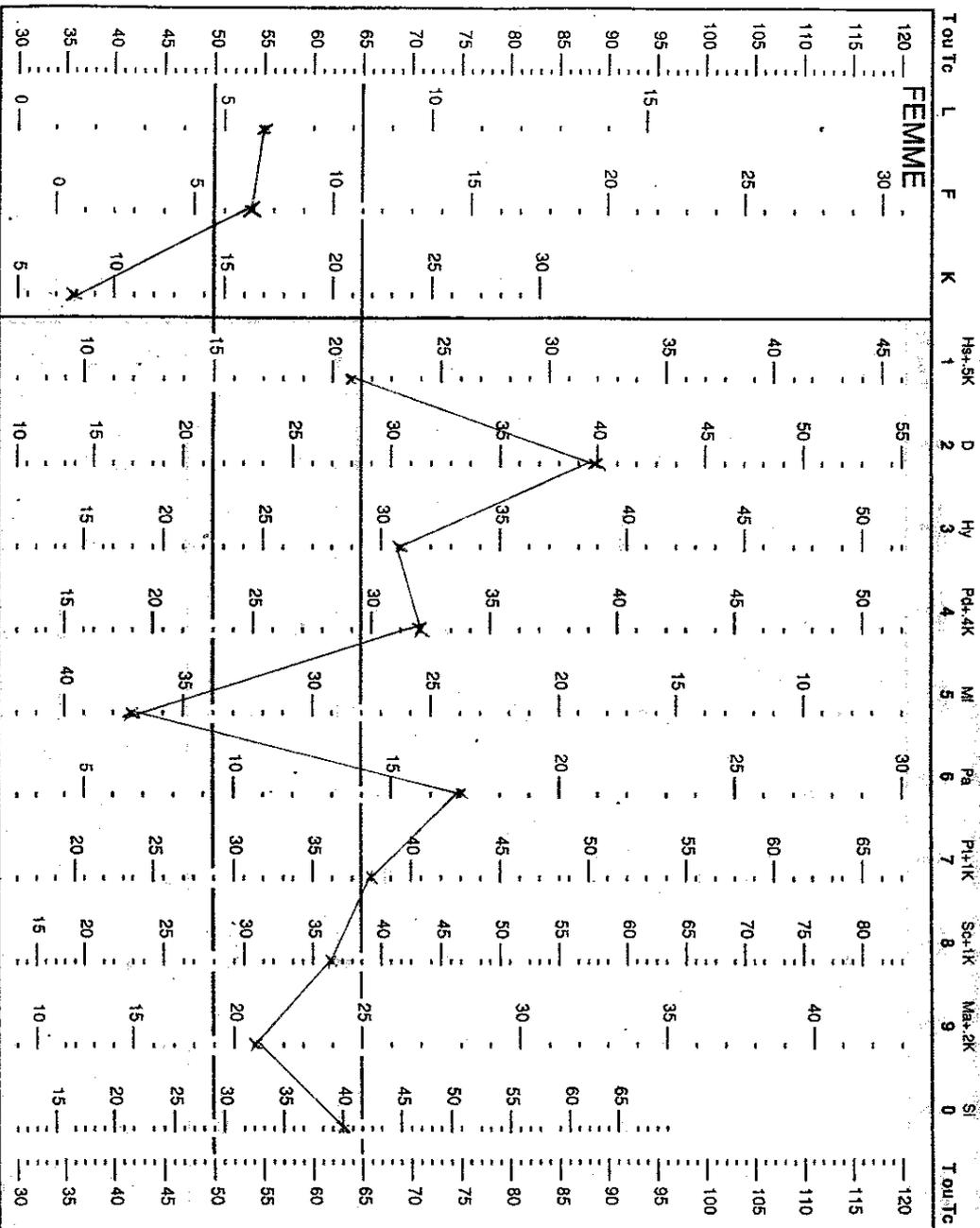
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : _____ Prénom : _____
 Age : 37 Sexe : Femme
 Adresse : 1981 allée

Date de passation : _____ Profession : _____

Fractions de K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	2
6	3	3	2
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0



Note brute ? _____
 Valeur de K à ajouter 14
 Note brute corrigée par K 25

الحالة الثانية:

هي سيدة متزوجة منذ (10) سنوات، تبلغ من العمر (35) سنة، عاملة ذات مستوى جامعي، أم لطفلين.

الزوج ذو مستوى جامعي يبلغ من العمر (35) سنة يعمل مدرس، تم الارتباط بينهما عن طريق التعارف بينهما، والسكن مستقل عن الأهل.

جاءت الحالة إلى الأخصائية النفسانية بالعيادة بحثا عن حل لمشاكلها التي لا تنتهي مع زوجها -على حد تعبيرها-

كانت تبدو على الحالة مظاهر القلق من خلال سرعة الهيجان ونوبات البكاء التي كانت تغمرها أثناء المقابلة والتحريك الدائم للأرجل.

كما كانت ملتزمة بمواعيد إجراء المقابلات وتوصلنا في المقابلة إلى أن أهم المشاكل التي تعانيها الحالة مع زوجها:

- مشاكل مادية؛ فالزوج يريد الاستحواذ الكلي على دخل الزوجة مع تقاعسه في الإنفاق على الأسرة.
- تناول الزوج للخمر، وما نتج عنه من شجارات مع الزوجة تصل حد استعمال العنف الجسدي من قبل الزوج.
- الغيرة المفرطة والشك الدائم من الزوج على الزوجة، والذي نتج عنه تقييد الزوجة في معاملاتها اليومية.
- سوء التوافق الجنسي بين الزوجين.

مؤشرات الثبات كلها في الحد المقبول، بالنسبة للسلم (F) أظهرت الحالة إتجاهات مختلفة لا نمطية مرتبطة باستجابات تجاه زوجها وأفراد عائلتها كما اتضح من خلال المقابلة مع الأخصائية النفسية.

علاماتها على السلم (L.K) تظهر بأنها كانت متفتحة ومتجاوبة على مع الاختبار،
الخاصية المميزة لحالتها الانفعالية الحالية هي الهستيريا؛ حيث كان السلم (Hy3) الممثل
للهستريا الأكثر ارتفاعا، فالحالة لديها قابلية كبيرة للإيحاء، وتعاني من حلقات مفاجئة من
القلق والفرع؛ بالإضافة إلى نوبات غضب طفولية، مع إظهارها لأعراض جسدية، وذلك
تجاه المعاملة السيئة من طرف زوجها.

كما أن نقطتها على السلم (D2) للإكتئاب مرتفعة، وهو م يعكس انطواء الحالة على
ذاتها وميولاتها نحو الانتحار هروبا من مشاكلها التي تغمرها مع زوجها؛ بالإضافة إلى
معاناتها من الأرق وعدم الثقة بالنفس، وهو ما أكدته كذلك المقابلة مع الحالة.

وارتفاع سلم (HS1) لتوهم المرض يعكس تمركز الحالة حول ذاتها وتضخيم
مشاكلها الجسدية ونزوعها نحو الإنهزامية نتيجة معاناتها المستمرة من مشاكلها الزوجية،
وإهمال الزوج لها لمدة لا تقل عن (09) سنوات كاملة -على حد تعبيرها- أي بعد زواجها
بسنة تقريبا.

فالحالة تستعمل جسدها للتعبير عن معاناتها النفسية محاولة منها جلب استعطف
وانتباه الزوج.

من خلال الشكل، فإن ارتفاع السلم (3) (Hy) للهستيريا، والسلم (2) (D) للإكتئاب،
والسلم (1) (HS) توهم المرض على التوالي يبين بروز المثلث العصابي لدى الحالة حسب
اختبار (MMBI2)؛ فالحالة لديها ميولات مرضية نحو كل من الهستيريا والاكتئاب وتوهم
المرض.

إلى جانب ذلك فالشكل يوضح أيضا ارتفاع سلم (6) (Pa) للبرانويا؛ مما يعكس
غضب الحالة الشديد من زوجها وتفسيرها للوضعيات الاجتماعية بشكل سيء إلى جانب
عدائيتها وشكوكها المستمرة بينها وبين زوجها، وارتفاع السلم (4) (Pd) الإنحراف
السيكوباتي يعكس اندفاعية الحالة وميلها إلى القيام بسلوكات مضادة للمجتمع، وهذا ما

أثبتته المقابلة؛ فالحالة لديها مشكلات مع المحيطين بها خاصة أسرتها المتمثلة في أبويها وإخوتها، فأسرتها تقاطعها وتمنع زياراتها لها، وذلك لمشكلاتها التي تختلف في كل مرة.

MMPI-2

S.R. Harkness et J.C. McKinley
Inventeur de l'Échelle de
Personnalité du Minnesota-2

Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée
ecpa

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1949 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

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

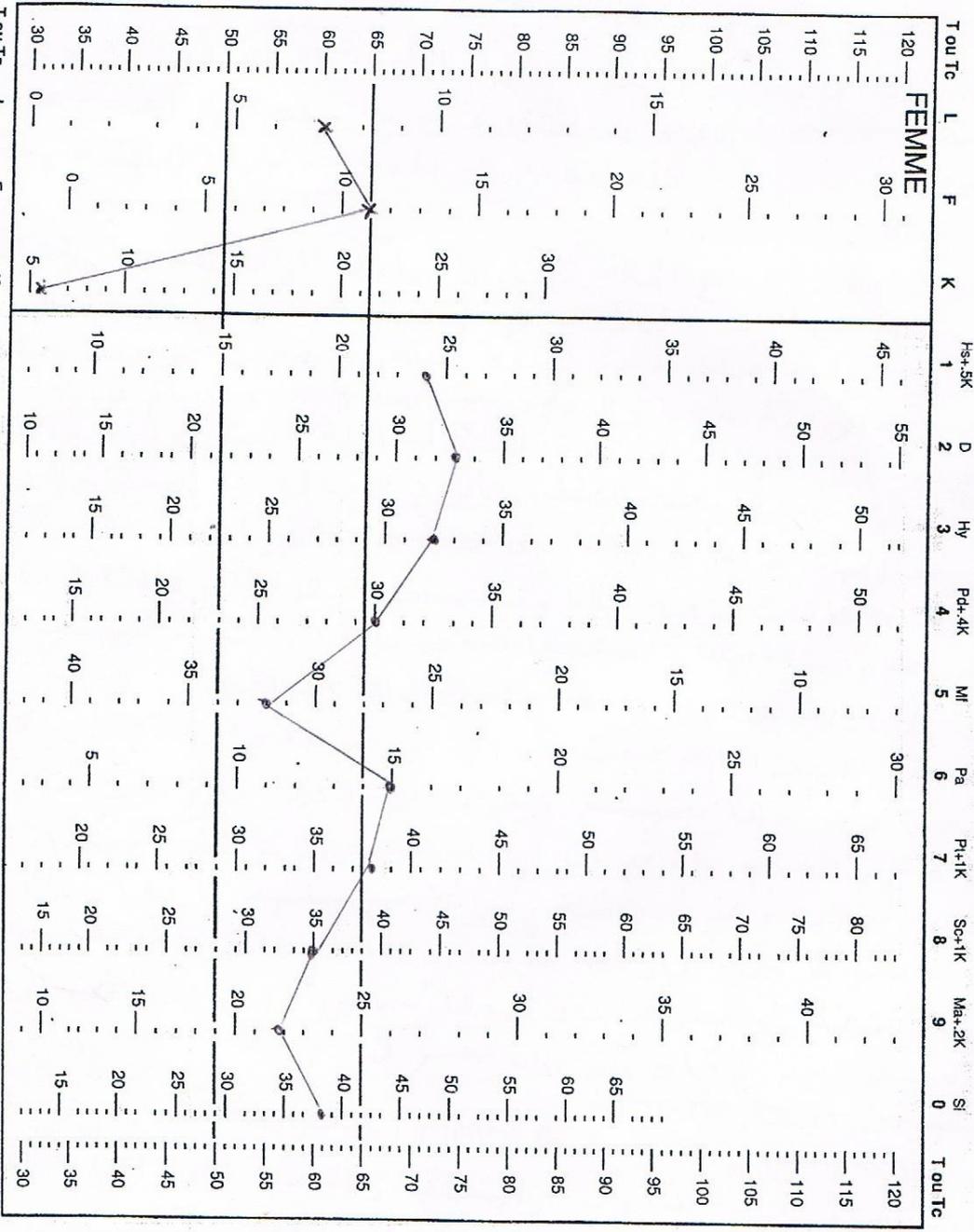
Nom : _____ Prénom : _____
Age : 34 Sexe : _____
Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____

المركز النفسية

Scan

Fractions de K	
K	5
1	4
2	2
3	1
4	1
5	2
6	3
7	4
8	4
9	5
10	5
11	6
12	6
13	7
14	7
15	8
16	8
17	9
18	9
19	10
20	10
21	11
22	11
23	12
24	12
25	13
26	13
27	14
28	14
29	15
30	15



Note brute ? 0
Valeur de K à ajouter 3
Note brute corrigée par 21

Note brute corrigée par 21
Valeur de K à ajouter 3
Note brute corrigée par 21

الحالة الثالثة:

هي سيدة تبلغ من العمر 27 سنة، متزوجة منذ (10) سنوات، وأم لطفلين، 09 سنوات و05 سنوات، مأكثة بالبيت ذات مستوى عالي، كانت تربطها علاقة عاطفية مع زوجها، تكلمت بالزواج بالرغم من معارضة الأهل لهذا الزوج.

الزوج عامر حر، ذو دخل متوسط، له مستوى إكمالي، كانت علاقتها بزوجها متينة في السنوات الأولى من الزواج إلى غاية (إنجاب الطفل الثاني)؛ حيث تصدعت علاقتها الزوجية، وأصبحت تتميز بالمشاجرات اليومية والعنف اللفظي والجسدي من قبل الزوج، وذلك لتدخل أهل الزوج في علاقتهما الزوجية باستمرار، مما أثر على نفسياتها إلى درجة محاولتها الانتحار عن طريق مادة التنظيف -جافيل-، ومكثت على إثرها في المستشفى، وقد اجرت معها الأخصائية النفسانية بالمستشفى قسم النساء، مقابلات عدة.

والحالة لم تبج لأحد بمعاناتها، حتى مع مكوثها في المستشفى، فلم تكشف عن نيتها في الانتحار وتناول مادة التنظيف على سبيل الخطأ لا عن قصد، ما عدى للأخصائية النفسانية التي باحت لها بمعاناتها ورغبتها في وضع حد لحياتها التي لم يصبح لها أي معنى بعد تصدع علاقتهما الزوجية.

مؤشرات الثبات كلها في الحدود المقبولة بالنسبة للسلم (F) اظهر لديها نقد نحو الذات وهيجان مع المرور إلى الطفل العدوانية.

وعلاماتها على السلم (L.K) تُظهر بأنها كانت متفتحة على الاختبار، وهو ما أوضحته المقابلة بأنه لم تكن لديها مقاومة للاختبار.

الخاصية المميزة لحالتها الإنفعالية الحالية هي الاكتئاب، ونقطتها على السلم (2) هي أكثر من (03) فوق المتوسط، فهي تشعر بعدم الجدارة والرغبة في الموت مع الإحساس العميق بالذنب، وذلك للتصدع العاطفي الذي تعيشه مع زوجها الذي كانت تبني على

زواجها منه أحلاما كبيرة للأمن والحب والاستقرار الذي افتقدته في عائلتها الأولى مع والديها.

بالمقابل نقطتها على السلم (3) (Hy) للهستيريا فهي أقل من السلم (2) بنقطة واحدة، وهو يبين بأن الحالة تفتقد إلى الاستبصار إلى الذات مع استخدام ميكانيزم الإنكار؛ حيث لديها تمركز حول الذات والنرجسية، وطلب التعاطف الزائد من الآخرين بطريقة عدائية، ولكنها تتكر هذه المشاعر ولا تصرح بها.

كما سجل مقياس (1) (Hs) توهم المرض ارتفاعا إلى جانب مقياس الاكتئاب والهستيريا، فارتفاع نقطة سلم توهم المرض فهو يعكس تمركز الحالة حول ذاتها مع تضخيم لمشاكلها الجسدية، وردود أفعالها المبالغ فيها تجاه مشاكلها ونظرتها التشاؤمية للحياة والانسحاب والعدائية الكامنة.

كما نجد ارتفاعا للسلمين (6) (Pa) والسلم (4) (Pd).

فارتفاع السلم (6) (Pa) البرانونيا يعكس وجود اتجاهات بارانونية مع شدة الحساسية تجاه وجهات نظر الآخرين مع لومهم على ما هي فيه من مشاكل مع زوجها.

أما السلم (4) (Pd) الإنحراف السيكوباتي فارتفاعه يعكس الغضب الشديد والعدائية التي تشعر بها الحالة تجاه زوجها لإهماله لها ومعاملته السيئة لها بشكل واضح.

فالحالة برز لديها المثلث العصابي بشكل واضح، المتمثل في السلم (2) الاكتئاب والسلم (3) الهستيريان والسلم (1) توهم المرض.

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

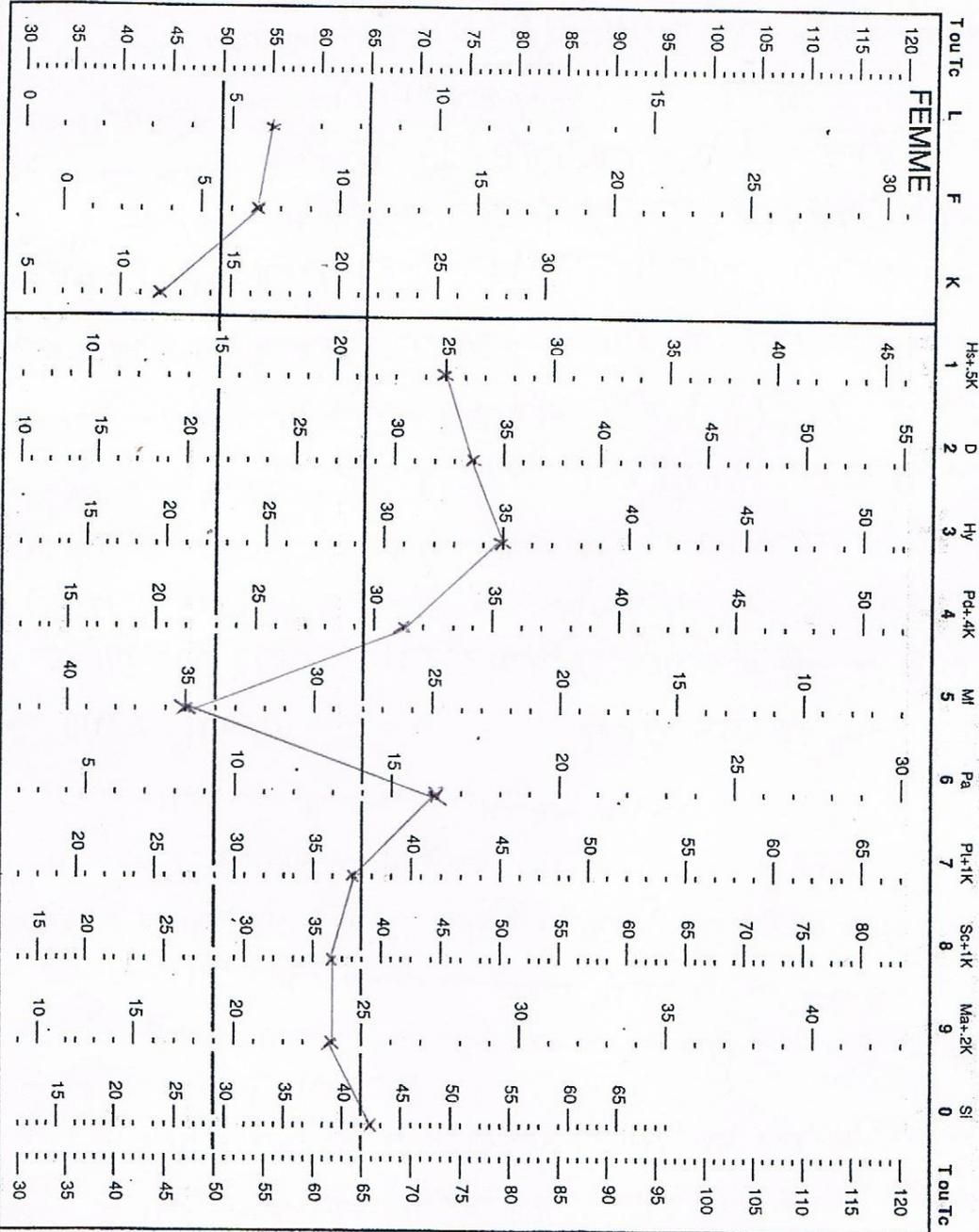
Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

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

Nom : _____ Prénom : _____
 Age : 37 Sexe : Femme
 Adresse : avenue de la...
 Date de passation : _____ Profession : _____

Fractions de K	
K	.5 .4 .2
30	15 12 6
29	15 12 6
28	14 11 5
27	14 11 5
26	13 10 5
25	13 10 5
24	12 10 5
23	12 9 5
22	11 9 4
21	11 8 4
20	10 8 4
19	10 8 4
18	9 7 4
17	9 7 3
16	8 6 3
15	8 6 3
14	7 6 3
13	7 5 3
12	6 5 2
11	6 4 2
10	5 4 2
9	5 4 2
8	4 3 2
7	4 3 1
6	3 2 1
5	3 2 1
4	2 2 1
3	2 1 1
2	1 1 0
1	0 0 0
0	0 0 0



Tou	Tc	L	F	K	Hs-5K	D	Hy	Pd-4K	Mf	Pa	Pt-1K	Sc-1K	Ma-2K	Si	Tou	Tc
Note brute	6	7	12	19	34	35	26	35	16	25	24	22	13			
Valeur de K à ajouter	6															
Note brute corrigée par K	25															

Note brute ? _____

Note brute corrigée par K _____

الحالة الرابعة:

الحالة سيدة تبلغ من العمر (37) سنة، ماکثة بالبيت، ذات مستوى ثانوي، متزوجة منذ 17 سنة، أم لأربعة أطفال أكبرهم يبلغ (15) سنة، وأصغرهم (03) سنوات، زوج الحالة إطار بالجيش، ذو مستوى جامعي، تم الارتباط به عن طريق التعارف بينهما.

جاءت الحالة إلى العيادة رفقة ابنها البالغ من العمر (07) سنوات، والذي يعاني من تبول لا إرادي وكوابيس ليلية، ظهر لديه هذا الاضطراب منذ سنة تقريبا. وبعد إجراء المقابلة مع الطفل والأم وتطبيق اختبار اللطخة السوداء تم استدعاء الأب وإجراء مقابلات معه.

وكما هو معروف فإن اضطراب الطفل هو انعكاس لاضطراب الأسرة، وهو ما تم التوصل إليه مع الأخصائية النفسانية.

فالطفل يعاني من التبول اللاإرادي والكوابيس نتيجة الشجارات اليومية المفاجئة، والتي تعود إلى سنة تقريبا، والتي تتلازم مع ظهور الاضطراب مع الطفل.

حيث منذ سنة تقريبا اكتشفت الزوجة بأن الزوج على علاقة عاطفية مع امرأة أخرى؛ وهو الأمر الذي لم تتقبله واعتبرته خيانة في حقها وحق أسرتها ككل على حد تعبيرها، ومنذ ذلك الوقت أصبحت العلاقة الزوجية متوترة تسودها الشجارات وتبادل الإهانات، وترك الزوجة لبيت الزوجية، والتخلي عن أبنائها الأربعة لزوجها مع طلب الطلاق.

وبعد تدخل أهل الزوجين ومحاولات الصلح بينهما رجعت الزوجة إلى بيت الزوجية بعد غياب دام (03) أشهر تقريبا، ولكن بقيت العلاقة الزوجية متصدعة.

مؤشرات الثبات كلها في الحدود المقابلة بالنسبة للسلم (L) و (F) وهو ما يعكس تجاوب الحالة مع الاختبار.

كما هو مبين في الشكل؛ فإن الخاصية المميزة لحالتها الإنفعالية الحالية هي الاكتئاب؛ حيث كان السلم (2) الاكتئاب الأكثر ارتفاعاً، ثم يليه السلم (1) لتوهم المرض، أما السلم (3) للهستيريا فكان أقل ارتفاعاً مقارنة للسلمين (2) و(1).

وبذلك يبرز المثلث العصابي للحالة حسب اختار (MMBI2)؛ فارتفاع سلم الاكتئاب يبين أن الحالة منطوية على ذاتها، وتغمرها مشاكلها مع زوجها مما ولد لديها إحساس بعدم الجدارة واليأس والإحساس بالذنب؛ فالحالة لم تقبل خيانة زوجها لها، ولم تستطع نسيانها، مما نتج عنه الرغبة في الانتقام منه؛ من خلال مغادرة بيت الزوجية وأبنائها الأربعة، وتحميل الزوج مسؤولية رعاية البيت والأبناء بمفرده، كونه من أطلق العنان لغرائزه على حد تعبير الحالة، ولم يضع أسرته في حسبانته.

وكانت الحالة تتردد على أخصائية نفسانية أخرى بعد تركها لبيت الزوجية والتي شخصت لها مرض الاكتئاب.

أما ارتفاع السلم (1) (HS) توهم المرض، فهو يبرز بأن ردود أفعال الحالة المبالغ فيها تجاه مشاكلها الزوجية وتمركزها حول ذاتها وأنانيتها من خلال تخليها عن مسؤولياتها كزوجة وأم تجاه أولادها، ومع تضخيم لمشاكلها الجسدية، هذه الشكاوى متعددة ومتغيرة من عضو لآخر.

فالحالة تستعمل جسدها للتعبير عن معاناتها النفسية، وهذا ما أثبتته المقابلة مع الحالة، وذلك من خلال تصريح الحالة بترددتها على العديد من الاختصاصيين في الطب العضوي للكشف عن أسباب وجود بعض أعراض الوخز في بعض مناطق الجسم، وتميل يدها اليمنى والذي أكدت جميع الفحوصات والتحليل خلوها من أي مرض عضوي، وتوجيهها إلى الأخصائي النفسي الذي شخص لها وجود الاكتئاب بالإضافة إلى توهم المرض.

أما ارتفاع سلم (3) (Hy) الهستيريا، يثبت بأن الحالة تستخدم ميكانيزم الإنكار؛ حيث تتذكر الحالة الإفصاح عن معاناتها النفسية مع نقص الاستبصار بالذات، وعادة ما تلجأ أغلب النساء غير المتوافقات زواجياً إلى إنكار معاناتهن مع أزواجهن، ولكن سرعان ما تطفو مشاكلهن إلى السطح من خلال اللجوء إلى المرض النفسي كآلية للتوافق النفسي.

كما نلاحظ في الشكل ارتفاع السلم (6) (Pa) البرانويا، ويليه السلم (4) (pd) الانحراف السيكوباتي.

فالحالة لديها ميولات مرضية نحو البارانويا، مما يظهر لديها سرعة الغضب وشكوكها المستمرة نحو زوجها وعائلته التي تعتقد بأن لديهم دخل كبير في خيانتها له ورغبتهم في تزويجه من أخرى انتقاماً منها -على حد تعبيرها- وعدائيتها الكبيرة تجاههم.

أما ارتفاع سلم الانحراف السيكوباتي يوضح أيضاً أن للحالة ميولات مرضية نحو الانحراف السيكوباتي، والذي تتضح من خلال أحكامها الهشة، وعدم استقرارها النفسي وعدوانيتها تجاه المحيطين بها؛ هذه العدوانية التي تجسدت من خلال محاولة ضرب الحالة لزوجها بآلة حادة عند اكتشاف خيانتها لها، وهو ما أكدته المقابلة مع الحالة؛ حيث أبدت رغبتها العميقة في قتله انتقاماً لكرامتها على -حد تعبيرها-.

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

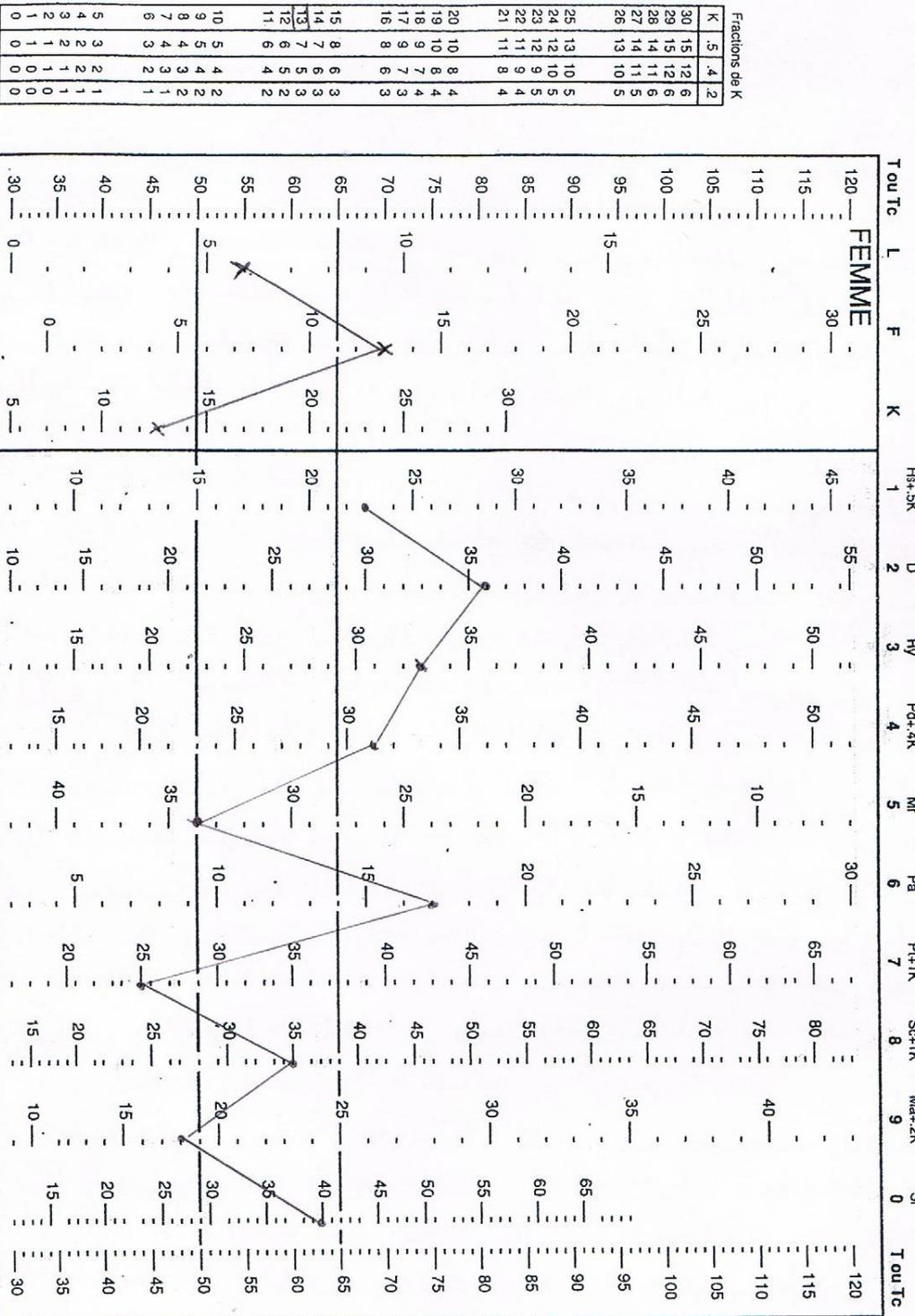
Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

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

Nom : _____ Prénom : _____
 Age : 31 Sexe : Femme
 Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____



Fractions de K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	5
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0

Note brute ? 0

Note brute 6 Valeur de K à ajouter 7
 Note brute corrigée par 23

5 31 13 13 3
21 35 25 35 48

الطالبة الراضية

الملحق رقم (05)

قائمة اسمية للعيادات النفسية الحكومية لولاية بسكرة التي تم التعامل معها في الدراسة الحالية:

عدد الأخصائيين النفسانيين	اسم العيادة أو المركز	الرقم
02	العيادة المتعددة الخدمات - رزيق يونس - العالية	1
02	العيادة المتعددة الخدمات - أحمد رمضان قبائلي -	2
02	العيادة المتعددة الخدمات - ابن باديس "726"	3
02	العيادة المتعددة الخدمات - سالم عبد الرحمان - البوخاري	4
02	العيادة المتعددة الخدمات - محمد شكري بوزيان - الضلعة	5
02	العيادة المتعددة الخدمات - زكيري عبد الحفيظ "بسكرة القديمة"	6
02	العيادة المتعددة الخدمات - الأخوين بوزاهر - "المنطقة الغربية"	7
01	العيادة المتعددة الخدمات - الحاجب -	8
01	قاعة علاج العالية الجديدة - قاضي احمد بن محمد -	9
01	قاعة علاج بولنوار منيب "سيدي غزال"	10
01	دار داء السكري "البوخاري"	11
01	مركز الكشف الطوعي "العالية"	12
04	المركز الوسيط لمعالجة الإدمان	13
05	وحدات الكشف والمتابعة للطب المدرسي	14
30	14 مركز و عيادة	المجموع