

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي والصحة العقلية

التكفل النفسي (معرفي - سلوكي) للتخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة

دراسة ميدانية لثلاث حالات بمركز الوطني لاستقبال نساء وفتيات ضحايا العنف

ومن هن في وضع صعب - ولاية مستغانم -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة: مخفي حورية

امام لجنة المناقشة

رئيسا

استاذة مساعدة أ

أ- غاني زينب

مشرفا

استاذة مساعدة أ

أ- دويدي سامية

مناقشا

استاذة مساعدة ب

أ. بلال لبنة

السنة الجامعية 2017 - 2018

إمضاء المشرف بعد الاطلاع عليها

أ. دويدي سامية


تاريخ الابداع:

2018 / 07 / 01



جامعة عبد الحميد ابن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي والصحة العقلية

التكفل النفسي (معرفي - سلوكي) للتخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة

دراسة ميدانية لثلاث حالات بمركز الوطني لاستقبال نساء وفتيات ضحايا العنف

ومن هن في وضع صعب - ولاية مستغانم -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة: مخفي حورية

أمام لجنة المناقشة

رئيسا

استاذة مساعدة أ

أ- غاني زينب

مشرفا

استاذة مساعدة أ

أ- دويدي سامية

مناقشا

استاذة مساعدة ب

أ. بلال لينة

السنة الجامعية 2017 - 2018

إمضاء المشرف بعد الاطلاع عليها

تاريخ الايداع:

شكر وتقدير

حمدا لله الذي رزقني وكرمني بنعمه التي لا تحصى، وهبني الصحة و العقل وأمدني بكل معاني الصبر و القناعة لإتمام هذه الدراسة، أما بعد:

ألف شكر و إحترام لوالدي اللذان ربياني على طلب العلم و السعي إليه منذ صغري.

أتقدم بالشكر الكبير و الخالص الى استاذتي المحترمة "دويدي سامية" التي لم تبخل على طيلة إنجاز هذه الدراسة بإرشاداتها ونصائحها القيمة و تعاونها الكبير معي طيلة سنوات دراستي لعلم النفس .

أوجه شكري الخالص إلى كل من ساهم في تعليمي من معلمين، أساتذة وأخص بالذكر كل أساتذتي الأعضاء الذين درسوني علم النفس.

أقدم شكري الكبير إلى أعضاء لجنة المناقشة على مناقشاتهم لمذكرتي متمنية لهم الصحة والعمر الطويل.

ولا يفوتني أن أتوجه بالشكر لكل من ساهم معي من قريب أو بعيد في إنجاز هذا البحث، شكرا لكم جميعا.

إهداء

إلى الذين إشتروا الله مرضاته برضاها

وأودع الرحمة والحب فيهما:

والذي الكريمين، أعز ما أملك في الوجود،

الذين كان لهما الفضل وكل الفضل في تربيته وتعليمي

إلى أجمل هدية قدمها لي: إخوتي الأعزاء

إلى كل الأهل والأقارب...

إلى كل الصديقات والزملاء...

إلى كل فاه وقلب دعا لي دعوة نجاح.

فهرس المحتويات

الرقم	العناوين
أ	كلمة الشكر
ب	إهداء
ج	فهرس المحتويات
و	فهرس الجداول
ز	فهرس الأشكال
ط	ملخص الدراسة
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: المدخل إلى الدراسة	
6	تمهيد
6	1. اشكالية
8	2. الفرضيات
8	3. أهداف الدراسة
8	4. أهمية الدراسة
9	5. أسباب اختيار الموضوع
9	6. المفاهيم الإجرائية
10	7. الدراسات السابقة
18	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: العنف ضد المرأة	
20	تمهيد
20	1. تعريف العنف
24	2. العنف وبعض المفاهيم التي تتداخل معه
29	3. العنف ضد المرأة
30	4. العوامل المسببة للعنف ضد المرأة
36	5. أسباب قبول المرأة للعنف
37	6. أشكال العنف ضد المرأة

41	7. نتائج وأثار العنف ضد المرأة
43	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: القلق	
45	تمهيد
45	1. تعريف القلق
46	2. الفرق بين القلق وبعض المفاهيم الأخرى
48	3. مستويات القلق
49	4. أنواع القلق
50	5. أعراض القلق
51	6. أسباب القلق
53	7. بعض النظريات المفسرة للقلق
57	8. القلق والمرأة
58	9. علاج القلق
58	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: التكفل النفسي (المعرفي - سلوكي)	
60	تمهيد
60	أولاً: مراحل التكفل النفسي.....
60	1. الفحص. l'Examinassions.....
65	2. التشخيص. le Diagnostic.....
66	3. العلاج la Thérapie
66	4. المآل. Le Pronostic.....
67	ثانياً: العلاج النفسي المعرفي السلوكي
67	1. مفهوم العلاج النفسي
68	2. تعريف العلاج النفسي المعرفي
68	3. تعريف العلاج النفسي السلوكي
69	4. مفهوم العلاج المعرفي - السلوكي.....
70	5. العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي - السلوكي
70	6. استراتيجيات المتبعة في العلاج المعرفي - السلوكي
74	7. الطرق العلاجية في النموذج المعرفي - السلوكي

79	..... خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: منهجية الدراسة وأدوات البحث	
83	..... تمهيد
83	..... 1. الدراسة الاستطلاعية
83	..... 1-1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية
84	..... 2-1. حدود الدراسة الاستطلاعية
86	..... 3-1. مواصفات الحالات
86	..... 2. الدراسة الأساسية
86	..... 1-2. المنهج المستخدم في الدراسة
87	..... 2-2. أدوات البحث
95	..... 3-2. حدود الدراسة
95	..... 4-2. مواصفات الحالات المدروسة
98	..... خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشتها	
100	..... تمهيد
101	..... 1. عرض الحالات: طرح وتحليلي
101	..... 1-1. الحالة الأولى
111	..... 2-1. الحالة الثانية
120	..... 3-1. الحالة الثالثة
129	..... 2. الاستنتاج العام للحالات الثلاث
131	..... 3. مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج
134	..... 4. الخاتمة
136	..... 5. إرشادات واقتراحات للوقاية من العنف ضد المرأة
138	..... 6. قائمة المراجع
145	..... الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
47	محاور المقارنة بين القلق والخوف	الجدول رقم 01
90	جوانب السلوك المستهدف والتقنيات العلاجية	الجدول رقم 02
95	تقرير مستوى القلق عند تايلور	الجدول رقم 03
97	يمثل مجموعة الدراسة وخصائصها	الجدول رقم 04
101	سير مقابلات الحالة الأولى	الجدول رقم 05
111	سير مقابلات الحالة الثانية	الجدول رقم 06
120	سير مقابلات الحالة الثالثة	الجدول رقم 07
130	نتائج مقياس تايلور قبل وبعد التكفل	الجدول رقم 08

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الجدول
72	شبكة سيكا la Grille Secca	الشكل رقم 01
107	شبكة سيكا la Grille Secca للحالة الأولى	الشكل رقم 02
117	شبكة سيكا la Grille Secca للحالة الثانية	الشكل رقم 03
126	شبكة سيكا la Grille Secca للحالة الثالثة	الشكل رقم 04

ملخص الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية ظاهرة عالمية هي العنف ضد المرأة ومدى إنعكاس هذا العنف على الصحة النفسية لديها، فكان موضوع بحثنا يدور حول التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) لدى النساء المعنفات اللواتي يعانين من أعراض القلق وذلك للتخفيف من درجة هذا الأخير، إذ تم وضع عنوان المذكرة كالتالي: التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) للتخفيف من درجة القلق لدى المرأة المعنفة، بذلك تمثلت إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

– التساؤل العام:

هل يساهم التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) في التخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة ؟

– تساؤلات فرعية:

هل التقنيات المعرفية المطبقة تساهم في إعادة البناء المعرفي والحد من مشاعر القلق؟
هل التقنيات السلوكية المطبقة تساهم في تخفيف من حدة الأعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى الحالات؟

فكانت الاجابة المؤقتة على هذه التساؤلات عبارة عن فرضيات وهي كالتالي :

الفرضية العامة :

يساهم التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) في التخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة

الفرضيات الجزئية:

تساهم التقنيات المعرفية المطبقة تساهم في إعادة البناء المعرفي والحد من مشاعر القلق.
تساهم التقنيات السلوكية المطبقة تساهم في تخفيف من حدة الأعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى الحالات.

حيث هدفنا من خلال هذه الدراسة إلى معرفة فعالية التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) في التخفيف من درجة القلق لدى المرأة المعنفة ومدى مساهمة تقنيات التكفل (المعرفية – السلوكية) في إعادة البناء المعرفي والحد من مشاعر القلق والاعراض الفيزيولوجية وذلك من أجل تسليط الضوء على فئة النساء المعنفات اللاتي تعرضن لمختلف أنواع العنف والتخفيف من آثار هذا الأخير عن طريق تقديم خدمات نفسية لهذه الفئة، وذلك بسبب إنتشار ظاهرة العنف ضد المرأة في مجتمعنا، وكذا من أجل محاولتنا لإيجاد طريقة لمساعدة هذه الفئة من النساء إذ تمثلت دراستنا على كل من

الجانب النظري و جانب تطبيقي، حيث تم الوصول إلى النتائج التالية بعد تطبيق المنهج العيادي ودراسة حالة، إذ تمثلت في ان مجموع الحالات اللاتي تعرضن للعنف أنهن يعانين من القلق بناءا على نتائج مقياس تايلور للقلق مع رفض الحالات للعنف الذي تعرضن له وعليه فالعلاج المعرفي السلوكي ساهم في تغيير الافكار السلبية لحالات الدراسة نحو الدات و المحيط و المستقبل الشئ الذي أدى إلى تغيير إنفعالتهن من جهة كما ساهم في التقليل من حدة القلق .

مقدمة

مقدمة:

تعتبر ظاهرة العنف، والعنف الموجه ضد المرأة بالتحديد ظاهرة ذات أبعاد تاريخية وحضارية ومجتمعية، فهي ليست قاصرة على مكان دون آخر ولا على زمان دون آخر، ولا بطبيعة المجتمع متحضرا أو متخلفا، غربي أو شرقي بل هي قضية ترتبط بوجود الانسان والعلاقات المتبادلة بين الرجل والمرأة .

وتشير الدراسات إلى أن هذا العنف يطال كل الشرائح النسائية، حيث يمكن أن يكون ضحاياه المرأة الفقيرة والغنية، المتعلمة والامية، المتزوجة و الأرملة والعازبة، الطفلة والمراهقة، المسنة على حد سواء، ويمارسه الطرف الأقوى وهو الرجل عامة سواء ويمارسه الطرف الأقوى وهو الرجل عامة سواء كان الأب، الأخ أو الزوج وحتى الشاب ضد صديقه.

ورغم خطورة هذه الظاهرة وتزايدها في السنوات الأخيرة في كل المجتمعات وفي المجتمع الجزائري كذلك إلا أنها كانت ولا تزال تشكل طابوا إجتماعي ينظر إليه الكثير على أنه شأن داخلي لا يجوز الخوض فيه علنا ولا يقع التنديد به والاعتراف بوجوده، فإنتهاج أسلوب القسوة والعنف بكل أشكاله: الجسدي، واللفظي، النفسي، الاقتصادي والجنسي ضد المرأة وإستمرار تعرضها للعنف والاهانة تجعل منها إنسانة خاضعة ميالة للإستكانة والخضوع ولا يمكن أن يستمر تحملها للقسوة والاساءة البدنية والنفسية طويلا، حتى تنفجر بإنفعالات مشحونة.

فتراكم الضغوط النفسية والجسدية والقهر النفسي والكبت المدفون لفترة من الزمن يؤثر على الوظائف النفسية والفيزيولوجية للمرأة وعادة ما تبدأ بأفكار مشوشة وقلق واضح في التعامل مع المقربين مع الآخرين في المجتمع، أيضا نتيجة الخوف من أن تفعل ما يجعلها تتعرض للعنف، ويعرف القلق عل أنه"حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده، وهو ينطوي على ينطوي على توتر إنفعالي تصاحبه إضطرابات فيزيولوجية"، فالمعاناة النفسية نتيجة التعرض للإساءة والعنف تشعرهن بقلق دائم وترقب دائم لحوث مكروه ما نتيجة مجموع الخبرات السابقة التي تتعرض لها المرأة المعنفة، مما وجب الإهتمام بهذه الفئة، وعليه فأهمية دراستنا تكمن في محالة معرفة الحالة النفسية للمرأة المعنفة ودرجة القلق التي لديها وبالتالي التكفل النفسي عن طريق تخصيص حصص تتضمن تقنيات معرفية سلوكية وذلك لتغيير الأفكار السلبية والحد من السلوكات التي تعزز أعراض القلق وبالتالي التخفيف من درجة القلق.

إستجابة لمتطلبات الموضوع، قسمنا هذا البحث إلى جزأين أساسيين الجزء الأول هو الجانب النظري والجزء الثاني هو الجانب التطبيقي اللذان مهدنا لهما بمقدمة وفي:

الفصل الاول: تضمن الاطار العام للدراسة، خصص لإشكالية البحث وإعتبراتها بدءا بإشكالية الدراسة ثم صياغة الفرضيات ،أسباب إختيار الموضوع ثم أهمية الدراسة وأهدافها ،وتحديد المفاهيم الاجرائية والدراسات السابقة في الموضوع .

الفصل الثاني : كان حول العنف والمرأة حيث تم التطرق فيه إلى تعريف العنف وأهم المفاهيم التي تتداخل معه وأسباب ظهوره ضد المرأة وكذا نتائج وآثار العنف ضد المرأة والأسباب التي تدفعنا لقبوله .

الفصل الثالث: إشتمل على القلق تعريفه وبعض المفاهيم المتداخلة معه، مستوياته، أنواعه وكذا أعراض، أسباب وبعض النظريات المفسرة للقلق إضافة للقلق والمرأة وعلاج القلق.

الفصل الرابع: تطرقنا فيه إلى مراحل التكفل التي شملت على الفحص، التشخيص، العلاج والمأل والعلاج النفسي المعرفي السلوكي حيث شمل على كل من العلاج النفسي المعرفي والسلوكي والعلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي، الاستراتيجيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي، الطرق العلاجية في النموذج المعرفي السلوكي .

الفصل الخامس: تمحور هذا الفصل حول إجراءات الدراسة والتي تضمنت منهج الدراسة والادوات المستخدمة في الدراسة، إجراءات التطبيق ومكان التطبيق .

الفصل السادس: كان هذا الفصل لعرض الحالات و مناقشة النتائج والفرضيات.

خاتمة

إرشادات وإقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الأول:
مدخل إلى الدراسة

تمهيد:

هذا الفصل سيكون أساس للجانب النظري، إذ تتم فيه طرح الاشكالية ووضع الفرضيات من أجل التحقق منها بعد الدراسة النظرية و الميدانية، وكذا التطرق لتعريف أهم المصطلحات التي تقوم عليها الدراسة وأهم الدراسات السابقة .

1- الإشكالية:

تعد المرأة جزءا لا ينفصل بأي حال من الاحوال من كيان المجتمع الكلي كما أنها مكون رئيسي للمجتمع بل و تتعدى ذلك لتكون الالهة بين كل المكونات، وقد شغلت المرأة عبر العصور أدورا مهمة وكانت فاعلة و نشيطة في وضع القوانين والسياسات، حيث تشكل هذه الأهمية ضغوطات يومية تعيشها المرأة خلال حياتها ولعل أخطر وأصعب هذه الضغوطات تتمثل في مواقف تتعرض من خلالها للعنف ويتخذ هذا الأخير عدة أشكال منها الجسدي، اللفظي والجنسي... الخ، ترى الجمعية الدولية Amnesty International ان العنف ضد المرأة يعني كل أفعال العنف الموجه للجنس الانثوي والتي تسبب ضرارا او معاناة جسمية، نفسية كما يتضمن التهديد والمنع من ممارسة حريتها سواءا كانت في حياتها العامة أو الشخصية، حيث قام لوندجرين وآخرون (2001) Lundgren et al بدراسة عن "العنف ضد المرأة" في جامعة لأوبسالا في السويد لمعرفة انواع العنف المستخدم ضد المرأة و آثار هذا العنف على حالتها الصحية والنفسية والجسمية، حيث أعربت النتائج عن تعرض نسبة 28% من النساء للعنف لاكثر من مرة كما خلف هذا الاخير آثار جسمية و نفسية عديدة.

وحسب دراسات المعهد الوطني للصحة العمومية تبين من خلالها أن المرأة في الجزائر تتعرض لمختلف أنواع العنف وبنسب مختلفة فقد قررت نسبة العنف اللفظي الذي تتعرض له المرأة بـ 45,9 بالمئة، يتضمن هذا العنف: السب، اللعن، اللوم، النقد والتهديد أما فيما يخص العنف الجسدي فقد بينت نفس الدراسة أن هذا العنف يظهر بوضوح من خلال الاعراض التي يتركها على الضحية وكذلك ومن خلال الاضطرابات النفسية المصاحبة ويتضمن الضرب، الدفع، الحرق، الاغتصاب بالقوة وحتى القتل.

يرتبط العنف الممارس ضد المرأة بمستويات من أعراض القلق نتيجة الخبرة الانفعالية الغير سارة التي تعيشها المرأة أثناء موقف العنف مما يولد لديها توتر بشكل مستمر وهذا ما يشير الى ضرورة تقديم خدمات نفسية صحية والقانونية بالإضافة إلى بدء بعملية تدريب القائمين على تقديم الخدمات النفسي للنساء المعنفات لرفع كفاءتهم للتعامل مع الأعراض المرضية التي يخلفها العنف في شخصية المرأة المعنفة , حيث تشير إحصائيات مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم أن المركز يستقبل حوالي مئة امرأة سنويا حيث تتلقى هذه الفئة كل أشكال الدعم والخدمات النفسية والصحية وحتى القانونية.

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في كونها تحاول التعرف على العلاقة بين تعرض المرأة لمظاهر العنف وظهور أعراض القلق ودور التكفل النفسي (معرفي السلوكي) في التخفيف من تلك الاعراض، حيث تم صياغة تساؤلات البحث الرئيسية في التساؤل التالي:

— هل يساهم التكفل النفسي (المعرفي — السلوكي) في تخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة ؟

ويندرج ضمن التساؤل الرئيسي تساؤلين فرعيين :

— هل التقنيات المعرفية المطبقة تساهم في إعادة البناء المعرفي والحد من مشاعر القلق ؟

— هل التقنيات سلوكية المطبقة تساهم في تخفيف من حدة الاعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى الحالات ؟

2- الفرضيات:**1-2 الفرضية العامة :**

— يساهم التكفل النفسي (المعرفي — السلوكي) في التخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة

2-2 الفرضيات الجزئية:

— تساهم التقنيات المعرفية في إعادة البناء المعرفي و الحد من مشاعر القلق .
— تساهم التقنيات السلوكية في تخفيف من حدة الاعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى المرأة المعنفة.

3- أهداف الدراسة:

- معرفة ما فعالية التكفل النفسي (السلوكي — المعرفي) في التخفيف من درجة القلق لدى المرأة المعنفة .
- ما مدى مساهمة التقنيات المعرفية في إعادة البناء المعرفي والحد مشاعر القلق.
- ما مدى مساهمة التقنيات السلوكية في تخفيف من حدة الاعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى المرأة المعنفة .

4- أهمية الدراسة:

- تسليط الضوء على فئة النساء المعنفات اللاتي تعرضن لمختلف أنواع العنف عن طريق الاهتمام بهذه الفئة الحساسة.
- التخفيف من آثار العنف وأهمها أعراض القلق.
- الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية هي تقديم خدمات نفسية لدى المرأة المعنفة والتي تكمن في التكفل النفسي (السلوكي — المعرفي).

5 - أسباب اختيار الموضوع :

- انتشار ظاهرة العنف ضد المرأة في مجتمعنا دون أن تأخذ حيز من الاهتمام.
- خبرتي السابقة من خلال تربصي في مركز النساء المعنفات دفعتني للتعمق أكثر ومحاولتي لإيجاد طريقة لمساعدة هذه الفئة من النساء.
- تدعيم و اثراء المكتبة الجامعية.

6 - المفاهيم الاجرائية:

6 - 1 التكفل النفسي:

هي الطريقة التي يستخدمها الأخصائي النفسي للتكفل بالحالات وتأهيلهم، مع تقديم المساعدة لأجل التخفيف من معاناتهم.

6-2 العلاج المعرفي السلوكي:

تدريب على تقنيات معرفية سلوكية كالإسترخاء وإعادة البناء المعرفي بالإعتماد على المقابلات التشخيصية والعلاجية والمتابعة التقويمية من بداية العلاج غلى نهايته.

6-3 المرأة:

المرأة المقصودة في الدراسة هي التي تعرضت للعنف مما أثر على حياتها وجعلها تلجأ إلى مركز النساء المعنفات حيث أثر ذلك الأخير على صحتها النفسية وجعلها تعاني من القلق .

6 - 4 العنف :

هو إستخدام القوة الجسدية المتعمدة ,يتضمن الشدة والإيذاء و القوة المادية لهدف إلحاق الأذى والضرر المادي أ، الجسدي، المعنوي أو اللفظي وإخضاع الضحية للسيطرة التامة بحيث يؤدي إلى حدوث أضرار نفسية أو جسدية أو غلى وفاة الضحية.

6 - 5 القلق:

هو الدرجة التي تحصل عليها المرأة المعنفة من خلال تطبيق مقياس القلق الصريح لتايلور.

7 - الدراسات السابقة:

أجريت العديد من الدراسات حول متغيرات الدراسة الحالية، حيث تناولت كل متغير على حدة، لم نجد دراسات تناولت المتغيرين معا في علاقة ما، وفيما يلي عرض للدراسات القريبة من موضوع الدراسة الحالية:

7-1 الدراسات الغربية:**أ - دراسة كارين لارسون 2007 Karin Larsson****"العنف الأسري وأثره على الصحة النفسية والجسمية للمرأة المعنفة"**

أقيمت هذه الدراسة بجامعة أريبيرو بالسويد، هدفت هذه الدراسة لمعرفة الفروق بين النساء المعنفات جسدياً، جنسياً ونفسياً من قبل أحد أفراد الأسرة والنساء غير متعرضات للعنف في سلامتهن الجسمية والنفسية وهي دراسة تجريبية وهدفت أيضاً إلى معرفة الفروق بين النساء المتعرضات للعنف حسب سنوات التعرض للعنف .

شملت عينة الدراسة على مجموعة من النساء المعنفات المتوجدات في بيوت النساء (بيوت خاصة تقيمها الدولة في السويد)، وعينة مكافئة لها من النساء الغير متعرضات للعنف وذلك من خلال الاجابة على اسبيان خاص أعد لهذه الدراسة وبينت النتائج أن النساء المتعرضات للعنف لديهن مشاكل جسمية و نفسية أكثر من النساء الغير معنفات كما أن هناك فروقا بين النساء المعنفات تبعا للفترة الزمنية التي تعرضن فيها للعنف حيث كانت النساء المتعرضات للعنف لفترة ست سنوات أو أكثر لديهم ضغوط نفسية عالية مع أعراض إكتئاب و آلام جسمية أكثر من النساء المتعرضات للعنف بخمس سنوات أو أقل .

ب - دراسة سوزان سنميتز 2000 steimmetiz susan**"العنف بين الرجل و المرأة - دراسة عبر ثقافة"**

تؤكد الدراسات العبر ثقافية أن النساء أكثر عنفا من الرجال في داخل المحيط الأسرة. وتؤكد هذه الدراسات أن السلوك العنيف يرتبط بالطبيعة البشرية أكثر من ارتباطه بالظروف الثقافية، فالنساء غالبا ما يرتكبن العنف الزوجي في أغلب الثقافات، فالمرأة تعتبر المنزل بمثابة مملكتها الخاصة ولقد قامت Snzansteinmetz بدراسة عبر ثقافية لتسع ثقافات مختلفة أكدت أن هناك تشابها في نتائج الدراسات المتعلقة بالعنف الأسري في الو م أ أو الثقافات الأخرى أو الدول

الأخرى، وهناك بحث آخر عن الأزواج في كندا أن نسبة قسوة الزوج إلى العنف الزوجية كان (8.4%)، في أن نسبة خطورة الزوجة إلى عنف الزوج كان (10%) ولقد كشفت النتائج أن عنف المرأة الأمريكية لم يكن قاصرا على الثقافة الأمريكية، ولا يكشف عن وجود باثولوجيا بين النساء الأمريكيات، فالمرأة في كل أنحاء العالم أكثر عنف من الرجال في داخل محيط الأسرة، ولكن ما هي مبررات انخفاض المعدلات الرسمية للعنف الأسري للمرأة في مقابل الرجل؟ من خلال الدراسة الميدانية واستخدام منهج الملاحظة تؤكد سوزان ستيمنر ما يلي :

— أن الرجال عادة لا يبوحن بعنف زوجاتهم إلى الشرطة، كما أن الأطفال أيضا لا يقرون عادة بعنف أمهاتهم للشرطة، كما أن الحبيب المخدوع من المرأة لا يستطيع أن يبوحن بذلك للشرطة، والأمر سيكون عكس ذلك تماما في حالة وقوع الرجل ضحية نصب لرجل آخر أو حتى حالة وقوع المرأة كضحية الرجل.

— أن بعض النساء في حاجة بطبعهن للتحدث عن كل شيء يحدث لهن أو لتحويل أي موقف بسيط حيث أنهن يرتعبن من أي حادثة بسيطة.

— إن وسائل الإعلام دائما تتناول المرأة الضحية والرجل الجاني، هذا بالإضافة إلى أن الرجال لا يملكون الشجاعة في البوح بكونهم ضحايا للنساء العنيفات.

— إن بعض الزوجات غالبا ما يقدمن تقارير زائفة، وذلك لوجود مكافآت مالية وقانونية لرعاية الأطفال، والادعاء بتبديد العفش ويساعد هنا في ذلك فساد ذمة بعض المحامين .

— إن رجال الشرطة يعاملون المرأة برفق، في حين عندما يأتي لكي يقدم شكوى قد تختلف معاملة رجال الشرطة له بل ونظرتهم إليه ويبدو ذلك يحدث أيضا عند التقاضي.

— أن المرأة في غالبية جرائمها تلعب دور المحرض وان كان هذا الدور في الواقع يعد دورا رئيسيا إلا أنها تميل دائما لإخفاء جريمتها عن العيون حتى تمكن من البقاء بعيدا عن أيدي السلطات.

— يكاد ينحصر ضحايا المرأة في فئات ثلاث وهم الزوج والعشيق والطفل، ونظرا لإحساس المرأة بأنها ضعيفة نسبيا الأمر الذي يجعلها تستخدم الخداع كوسيلة هامة في الانحراف حيث تجيد المرأة تلصق التهم.

2-7 الدراسات العربية:**أ- دراسة د. فهيمة شرف الدين****"العنف ضد المرأة في لبنان"**

نجد البحث الذي قامت به "فهيمة شرف الدين" باحثة وناشطة في مجال تقدم المرأة، وعضو في اللجنة الأهلية واللجنة الوطنية للمرأة اللبنانية وقد نشرته في مؤلف تحت عنوان: "أصل واحد وصورة كثيرة: ثقافة العنف ضد المرأة في لبنان" سنة (2002)، فمن خلال تحضيرها للتقرير الوطني الأول عن المرأة اللبنانية الذي قدم في المؤتمر الرابع للمرأة في بكين سنة (1995) لاحظت أن المعلومات عن العنف الممارس ضد المرأة معدومة تماما وأن هذا الموضوع غائب عن أي اهتمام رسمي أو غير رسمي. وقد جاء هذا البحث في 7 سبعة فصول، حيث أظهرت الدكتورة أن موضوع العنف ضد المرأة يتصل بالثقافة الأبوية السائدة القائمة على سلطة الذكور على الإناث وتفضيلهم عليهن في جميع المجالات أي انه يتجلى في آليات التمييز التي تبدأ من الالتحاق المدرسي وتنتهي في التمييز في الوظيفة والترقي والمسؤولية، حيث انه يتم الربط بين العنف والتأديب، وبينه وبين العقائد والأخلاق تتحمل المرأة لوحدها سلوكها وسلوك الرجل، هكذا يتم تبرير العنف الذي يرافقها من المهد إلى اللحد، ويتم السكوت عنه فيصبح أمرا مقبولا ليس عند الرجل فحسب بل عند المرأة نفسها وهو ما يسميه د. هشام شرابي "بالاستلاب العقائدي، لذا نجد الاعتراف بالعنف ضد المرأة غير وارد إلا إذا وصل حد القتل، وحتى في حالات القتل فان الاعداد المختلفة تبرر عملية القتل أخلاقيا بحسب منظومة الأعراف والتقاليد، إضافة إلى أن قانون العقوبات اللبناني لا يزال يميز ضد النساء في المواد المتعلقة بارتكاب جرائم القتل، فليس هناك تعريف للعنف لدى الدوائر القضائية ودوائر الشرطة، كما ان التعاطي مع هذا الموضوع لم يطرح بشكل علني في لبنان إلا بعد المؤتمر العالمي للمرأة في بكين سنة 1995. وقد تناولت في هذا البحث مجموعة من الإشكالات والتساؤلات جاءت كما يلي :

— ماذا يني العنف ضد المرأة؟

- وكيف يتجلى في حياة النساء؟

— وكيف يعمل العنف في المجتمع اللبناني؟

— أين يكثر العنف العملي، وأين ثقافة العنف الرمزي؟

— وما هي الأسس الاجتماعية الثقافية ضد المرأة في لبنان؟

كما اعتمدت على الطريقة أخرى للتعرف على العنف، الطريقة التي تتيح الوصول إلى أساس الثقافي الاجتماعي الذي يبيح استمرار العنف ضد المرأة المستقر في الثقافة العربية والسلطة الأبوية المسؤولة عن الاختلال الحاصل في علاقة المرأة بالرجل، وهو سبب الرئيسي في اختلال العلاقات الاجتماعية وكذلك السياسية، لذلك جاء اختيار أسلوب الشهادات هو محاولة للخروج عن المألوف في الدراسات السوسيولوجية فبدل اعتمادها على تقارير الشرطة والمحاكم، نجد الباحثة قد اعتمدت على شهادة عشر حالات لمن يريد أن يعرف من أين يبدأ التمييز؟ وأين يكمن العنف؟ وكيف يتجلى؟ .

وكان الهدف المنشود من هذا البحث هو كشف آليات التمييز التي تحتضنها الثقافة السائدة في لبنان، وكيف يتجلى في سلوكيات الاجتماعية بالإجابة عن تساؤلات مباشرة عن حقيقة التمييز ضد النساء في المجتمع اللبناني وأساسه الثقافي الاجتماعي، فنجد أن أسلوب الشهادات أظهر أن للعنف صور كثيرة لكن الأصل واحد مستقر في الثقافة السائدة والسلطة الأبوية. كما أن اختيارها للعينة لم يكن عشوائياً لأنه من فرضية ترى بأن العنف ضد المرأة باعتباره احد القيم الثقافية التي يختزنها نظام العلاقات في المجتمع اللبناني— وقد جاءت ملبية لثلاثة شروط: شرط التعليم لغرض التعرف على المستوى الاجتماعي، شرط التوزع وشرط العمل، إضافة إلى شرط رابع وهو شرط السن الفئة العمرية ما بين أكثر من 20 + وأقل من (40 -)، كما أوردت التقرير الوطني الذي صدر عن المنظمات غير الحكومية عن التقدم المحرز في مناهج عمل بكين، أن العنف ضد المرأة لا يزال في غياب البيوت وأسرار العائلات وأن الاعتراف به لا يزال ضعيفا جدا. إضافة إلى أنها أشارت إلى إحصاءات المديرية العامة سنة (1997) إلى حصول 1302 حالي اعتداء على النساء لم تتلق الهيئة اللبنانية لمناهضة العنف سوى مئتي حالي توزعت على موضوعات كثيرة، كما بينت هذه الهيئة عند تحليلها للحالات التي تصدت لها إلى أن 92 حالة التي تلقتها توزعت على جميع المناطق اللبنانية والفئات الاجتماعية والطوائف، مما يؤكد إن العنف الأسري والعنف ضد النساء تحديدا هي ظاهرة متجذرة في ثقافة المجتمع اللبناني، وأنه على الرغم من اختلاف قوة العنف وأشكاله إلا أن العنف في جميع الحالات كان للذكر.

ب - دراسة طريف شوقي

" العنف في الأسرة المصرية 2000 "

تعد هذه الدراسة من الدراسات التجريبية المقارنة، حيث اختصرت الدراسة انه لا توجد فروق بين من يمارسون العنف الشديد، وبين من لا يمارسونه على متغيرات السياق النفسي الاجتماعي البيئي المصاحب للعنف، كما افترضت أيضا انه توجد فروق في المتغيرات السابقة بين مرتكبي العنف ضد الأطراف المختلفة في الأسرة .

أجريت الدراسة على عينة مكونة من 188 حالة نصفهم من مرتكبي جرائم العنف الأسري والنصف الآخر غير مرتكبي جرائم العنف الأسري ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

— أن الإناث مرتكبات جرائم العنف يشكلن خمس أفراد العينة فالذكور يشكلون اغلب مرتكبي جرائم العنف وتتراوح أعمار غالبيتهم ما بين 26 إلى 40 عاما، وقد كانت غالبيتهم من الأميين ون العمال، الأمر الذي يبين العلاقة السلبية بين مستوى مهنة أو تعليم الفرد في مهن متدنية قد ينعكس على الارتباط بأساليب معينة للتنشئة الاجتماعية .

— أن ممارسي العنف الشديد أقل تدينا، حيث لا تلتزم نسبة كبيرة منهم بأداء الفروض الدينية .

— أن غالبية مرتكبي جرائم العنف يقيمون في مناطق ريفية .

— أن نسبة ضئيلة من مرتكبي جرائم العنف تتعاطى الحشيش .

— قرر غالبية مرتكبي جرائم العنف أن ضرب الزوجات ظاهرة شائعة في المجتمع، في حين ضرب الأزواج ليس كذلك بل انه سلوك لا يليق يصدر من الزوجات .

— إن العنف ضد الزوجات هو أكثر أنواع العنف شيوعا وأن العنف ضد الوالدين هو أقل أنواع العنف .

— أن نسبة كبيرة من مرتكبي الجرائم العنف مقارنة بم لا يرتكبونها، قروا أنهم شاهدوا عملية الضرب المتبادل بين الوالد، والوالدة، وان معدل ضرب الأب للأم يفوق معدل ضرب الأم للأب، وما يترتب على ذلك من نفور نحو الأب أو الأم .

— إن الإباء اشد عنف من الأمهات في تعاملهم مع المبحوثين مرتكبي الجرائم العنف وهو ما ينعكس في أساليب تنشئة كل منهما. إلا أن ذلك لم يكن موجودا لدى أباء من لم يرتكبوا جرائم العنف.

— أن المبحوثين في كلتا المجموعتين أدركوا تمييز بينهم في المعاملة من هذا الجانب.
— أن ثمة نمطا للتنشئة العنيفة داخل الأسرة، وبوجه خاص أسرة مرتكبي جرائم العنف فهم يتشاجرون أمامهم ويستخدمون العنف كوسيلة لحل الخلافات مع الجيران بل ويشجعون الأبناء على اللجوء إليه في بعض الحالات لحسم المشكلات التي يواجهونها معهم، ويميلون إلى استخدام العنف كوسيلة للعقاب البدني للأبناء أيضا مما يزيد من احتمال ممارسة هؤلاء الأبناء لهذا النمط من السلوك العنيف مستقبلا.

3.7 دراسات جزائرية:

أ — دراسة جمال معتوق

"العنف ضد النساء خارج بيوتهن"

حيث قام بدراسة ظاهرة العنف ضد النساء في الشارع، وحاول الكشف عن الميكانيزمات الرئيسية التي تتحكم في هذه الظاهرة، والعلاقة الموجودة بين هذه الظاهرة، والمرأة وقد كانت تجربة وأول محاولة لرفع الستار عن معادلة المرأة والعنف، ذلك أن هذا الموضوع من المحرمات والممنوعات، حيث أوضح أن لهذا الموضوع دعامتين أساسيتين وهما: "ممارسة العنف ضد المرأة خارج البيت ومكانتها في المجتمع الجزائري"، وقد تناول الدراسة في بابين وثمانية فصول، وقد أجرى الدراسة في مدينة البليدة وعلى ستة عينات من مختلف الفئات العمرية الاجتماعية (طلبة/ تلاميذ/ أساتذة/ باطلين " عاطلين عن العمل")

كما خصص جزء من هذا البحث لدراسة العنف بشكل عام وبعض وجوهه المختلفة التي تعاني منها المرأة في الجزائر بوجه خاص، حيث اكتشف من خلال هذه الدراسة بأن لظاهرة العنف ضد المرأة جذورا راسية في أعماق التاريخ، والذي فسره بالدور السلبي المرجعي الذي لعبته ومازالت تلعبه بعض المؤسسات التنشؤوية (كالأسرة / المدرسة/ دار العبادة/ وسائل الإعلام الخ) في تقزيم المرأة والإساءة إليها، والتبجيل المفرط للذكر وتكريس دونية المرأة وكبت رغباتها المختلفة، بالإضافة للتقاليد والقيم والعادات السائدة في المجتمع التي تلعب هي الأخرى دورا أساسيا

في تكريس مبدأ اللامساوات بين الذكر والأنثى . إضافة للتغير الاجتماعي الذي عرفته الجزائر والذي اعتبره من المتغيرات الأساسية في انتشار العنف ضد المرأة خارج بيتها . وطرح التساؤلات التالية :

— هل فعلا هناك عنف موجه ضد النساء خارج بيوتهن من طرف الذكور؟

— من هي الفئة من الذكور التي تمارس العنف ضد النساء؟

— كما تساءل عن تأثير التنشئة الاجتماعية، والخلفية الدينية في ممارسة العنف ضد المرأة؟

أما عن النتائج العامة التي توصل إليها هو أن هذه الظاهرة هي فعلا موجودة في مجتمعنا وليست بالأمر المصطلح فمن بين 116 مبحوثة هناك 81 مبحوثة قد تعرضن للعنف في الشارع بنسبة 25.20% .

-أما فيما يخص نوعية العنف الأكثر انتشارا وجد أن "المضايقة والشتم" تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 08.75%

— الضرب: أي العنف الجسدي في المرتبة الرابعة 2%.

— الأشخاص الذين يمارسون العنف في الشارع هم الباطلين عن العمل، ويعيشون في ظروف اجتماعية قاهرة – عينة من 50 بطل من بينهم 34 مارسوا العنف.

— التنشئة الاجتماعية للفرد لها علاقة مباشرة بانتشار ظاهرة العنف

كما قدم مجموعة اقتراحات من بينها :

— لا بد للأسرة أن تغير نظرتها وفلسفتها اتجاه الأنثى، وأن تعامل الجنسين بالتساوي

— على الأولياء أن يوفرُوا الجو اللائق للأبناء وذلك بالابتعاد عن النزاعات واللجوء إلى العنف بمختلف أشكاله لحل مشاكلهم.

ب — دراسة علجية حنان:

" العنف الجسدي داخل الأحياء الجامعية المختلفة "

تناولت الباحثة في هذه الدراسة التي هي عبارة عن رسالة ماجستير منشورة ظاهرة العنف الجسدي بين الطلبة داخل الأحياء الجامعية المختلفة (2001-2002) حيث قامت الباحثة بتحليل

العوامل التي تتدخل في تفشي هذه الظاهرة داخل الإقامة الجامعية المختلطة. أين كشفت لنا الباحثة النقاب عن ثنائية العنف والطالب الجامعي.

وقد جاءت الدراسة في بابين (نظري و تطبيقي) و خمس فصول نظرية و واحد منهجي: وقد أنجزت الدراسة في إقامتي بني مسوس و بومرداس المختلطين على عينة مكونة من 450 مبحوثة وقد قسمتها إلى 4 عينات من مختلف الفئات الاجتماعية (طلبة، أعوان امن، عمال إدارة، رؤساء التنظيمات الطلابية و داخل الأحياء الجماعية) كما خصصت جزء من هذه الدراسة لدراسة العنف بأشكاله وعلاقته بالعدوان وإلى مختلف مرافق الإقامات الجماعية والخدمات التي تقدمها والنقائص التي تعاني منها وإلى الخلفية النسبوية للطالب وهل كل هذا له علاقة بممارسة للعنف داخل الإقامة الجامعية إضافة لهذا تناولت الباحثة أيضا النقابات والتنظيمات الطلابية حيث حاولت التعرف على نشاطاتها على مستوى الوطن ومدى تأثيرها على السلوك الطالب . كما تناولت الاختلاط وتأثير على نفسه الطلبة من الجنسين ثم الاختلاط بصفة عامة في المجتمع الجزائري.

وطرحت الباحثة التساؤلات التالية:

– الضغوطات التي تمارسها الإدارة على الطالب دور في تفشي هذه الظاهرة داخل الحي الجامعي المختلفة ؟ أم أن تدهور الظروف الاجتماعية داخل الحي هي التي ساهمت في ممارسة العنف داخل الحي ؟

– أم أهم الاختلافات الأيدولوجي للتنظيمات الطلابية داخل الإقامة يلعب دور في تفشي العنف بين الطلبة داخل الحي الجامعي ؟

– هل الاختلاط أم دخل الغرباء هو يساعد في تفشي هذه الظاهرة ؟

– هل لهذه العناصر علاقة بالعنف داخل إلي أم أن الطلبة الذين يمارسون العنف يعانون من اضطرابات نفسية أم يعكسون نوعا من التربية ؟

– هل السياسة تبنيها لإيديولوجيات مختلفة واتجاهات معينة له علاقة بانتشار العنف؟ أم أن وسائل الإعلام ودور العبادة والمدرسة تلعب دورا في تطور ونمو هذه الظاهرة الذي الطالب ؟ أو أن انعدام الأمن والحماية وقصور الإدارة في أداء دورها هو الذي أدى لتفاقم المشاكل داخل إلي

وبالتالي إلى انتشار العنف، وأخيرا ما نوع العنف المتفشي بكثرة داخل الأحياء الجامعية وقد توصلت الباحثة إلى عدة نتائج مكنتها من تحقيق وأضببت فراضيتها و جاءت كالتالي :

— ظاهرة العنف الجسدي بين الطلبة داخل الأحياء الجامعية المختلطة نتدخل فيها عدة عوامل. أن هناك علاقة سببية بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والأمنية والظروف الاجتماعية الموجودة داخل الحي الذي يعيش فيه المبحوث حيث اتضح انه من 200 مبحوث 80 % مارس العنف وأن هذا الأخير لا يقتصر على الضغط فقد وإنما على أنواع أخرى % 100 من المبحوثين وأكدوا أن الأوضاع داخل الاقامتين متدهورة وسيئة (ظروف الإطعام نوعية وعدم صلاحيته . عدم احترام الكبير من طرف بعض الطلبة سوء الإسكان تدهور الخدمات الصحية % 86 أكدوا باننت سوء الأحوال الأمنية له دور كبير في انتشار العنف

— مميزات صفات الأولياء له علاقة مباشرة لمدى ممارسة الطالب للعنف حيث أكد ذلك 53.95 % علاقتهم مع أوليائهم مسيئة منهم 46 طالب مارسوا العنف مقابل 32 منهم 5.62 % يتمتع أوليائهم بعلاقة جيدة معهم لم يمارسوا العنف

— الجو السائد داخل البيت له علاقة وطيدة مع ممارسة الطالب للعنف حيث انه من 172 الذين تعرضوا لسوء المعاملة من طرف أولياء أثناء الصغر أو فيما بعد نجد 55.95 % منهم مارسوا العنف وأن حدة العنف تزداد عند الطلبة الذين يشعرون بنوع التمييز في المعاملة بين الجنسين من طرف الأولياء.

— المحيط الخارجي الرفقاء هو المحيط المبحوث كلهما عوامل تساعد على ممارسة الطلب للعنف إضافة إلى نوعية الكتب والمجلات والأفلام الذي يشاهدها.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم طرح الاشكالية ووضع الفرضيات ليتم بعد هذا التطرق لأهم الفصول التي تشمل الجانب النظري والتأكد من صحة الفرضيات من خلال الدراسة التطبيقية .

الفصل الثاني:
العنف ضد المرأة

تمهيد:

يعد العنف بشكل عام والعنف ضد المرأة بشكل خاص ظاهرة و مشكلة فهو من الجانب الأول تنطبق عليه كل سمات الظاهرة الاجتماعية كما بينها دور كايم – فهو انساني وعام وتلقائي قديم قدم البشرية ذاتها بدا بقتل قبيل لأخاه هبيل، وهو على الجانب الآخر يعتبر مشكلة وذلك يعني الخروج عن المألوف وتتسم بالنسبية وتختلف شكلا وكما وكيفا بإختلاف الزمان والمكان وتنوع الظروف ويتطلب المواجهة .

فظاهرة العنف ضد المرأة مشكلة نفسية وإجتماعية لأنها عرض من أعراض المرض الإجتماعي من حيث كونها مظهرا لسلوك منحرف (ممارسة العنف)، ومن أجل فهم أكثر لهذه الظاهرة سنقوم بتقديم تصورات أولية من أجل فهم وتشخيص وتفسير و تحليل بعض جوانب العنف ضد المرأة .

1- تعريف العنف:**1-1 لغة :**

كلمة عنف في اللغة العربية من الجذر (ع.ن.ف) وهو الخرق بالامر وقلة الرفق به وهو ضد الرفق ... وهو عنيف اذا لم يكن رفيقا في أمره و أعتق الأمر أخده بعنف وفي الحديث الشريف: "إن الله تعالى يعطي على الرفق ما لا يعطي على العنف"، وكل ما في الرفق من الخير ففي العنف من الشر مثله . (إبن منظور: 1997، ص: 444)

ما في اللغة الفرنسية فالعنف "la violence" كلمة تتحدر من الكلمة اللاتينية "violenta" وتعني: "السمات الوحشية إضافة إلى القوة، كما تعني أيضا: الاغتصاب واللاعقل والتدخل في حريات الآخرين . (La Petit La Rousse: 2001.p1068)

أما في اللغة الانجليزية فتشتق كلمة عنف من المصدر "to violate" بمعنى ينتهك أو يتعدى ويعرف قاموس اكسفورد oxford العنف على انه: "ممارسة القوة لإنزال الضرر بالأشخاص أو الممتلكات وكل فعل أو معاملة تتصف بها تعتبر عنفا، وكذلك المعاملة التي تميل الى إحداث ضرر جسماني أو تتدخل في الحرية الشخصية. (Oxford, 1970:p221)

ويذكر قاموس ويبستر سبعة معان على الأقل لهذا الاصطلاح تتراوح من بين المعنى الدقيق نسبياً، "القوة الجسدية التي تستخدم للايذاء أو للاضرار"، إلى المعنى المجازي الواضح، "عمل طاقة أو قوة طبيعية أو جسدية"، إلى المعنى الشديد الغموض " الاستخدام غير العادل للقوة أو السلطة كما في الحرمان من الحقوق"، رغم اتساع المعنى الذي تشمله التعريفات التي ذكرناها، إلا أن تعريف قاموس لهذا المصطلح لا ينجح في الإلمام بالنطاق الواسع للاستخدامات التي توجد في الكتابات الحديثة. (الخولي محمود سعيد، 2006: ص35).

من الواضح أن الاشتقاق اللغوي للمفهوم في العربية والفرنسية والانجليزية على السواء ينصرف إلى ضرب من السلوك الخارج على المؤلف، عمل في طبيعته معنى واحد هو الشدة والقسوة والقوة مهما كان هدفه أو دوافعه.

2-1-2 إصطلاحاً:

العنف كلمة يعرفها ويستخدمها السيكولوجيين وأطباء النفس والعقل وعلماء الاجتماع والتربية والسلوك والقانون... الخ، وهي تغطي مدى واسع من السلوك الإنساني.

1-2-1: النظرة النفسية للعنف:

يعرفه عدد من علماء النفس على أنه: " نمطا من انماط السلوك تنتج عن حالة احباط ويكون مصحوبا بعلامات التوتر ويحتوي على نية الاحاق ضرر مادي أو معنوي بكائن أو بديل عن كائن حي " (خليل وديع شكور، 1997: ص 32)

ويعرفه فرويد Freud.s بأنه: " القوة التي تهاجم مباشرة شخص الآخرين وخبراتهم (أفراد وجماعات)، بقصد السيطرة عليهم بواسطة الموت أو التدمير والهزيمة. أما ادلر فيرى أن العنف هو " بمثابة استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص أو الضعف. " (مصمودي زين الدين، 2003: ص 36). أما بالنسبة لدود سون Dodson.F فالعنف " شعور بالغضب أو بالعدوانية يتجسد بأفعال دامية جسدياً أو بأعمال تهدف إلى تدمير الآخر. " (خليل وديع شكور، 1997: ص 22).

اعتبره " Strous استجابة لمثير خارجي تؤدي إلى إلحاق الأذى بشخص آخر في شكل فعل عنيف مشحونة بانفعالات الغضب والهيّاج والمعاداة، إستجابة تنتج عن عملية إعاقة أو حالة إحباط " (خليل وديع شكور، 1997: ص 32).

ويعرفه عزت سيد إسماعيل بأنه: " صورة خاصة من صور القوة التي تتضمن جهودا تستهدف التدمير أو إيذاء موضوع يتم إدراكه كمصدر فعلي أو محتمل من مصادر الإحباط أو الخطر أو كرمز لهما. " (عزت سيد إسماعيل، 1988: ص181).

وتعرفه دائرة المعارف لعلم النفس بأنه: " استجابة انفعالية ينتج عنها سلوك تدميري موجه ضد الافراد او البيئة أو اتجاه الفرد نفسه نتيجة الاحباطات أو بدافع الكره الشديد نحو الآخرين أو نحو الذات ". (كوثر إبراهيم رزق، 1979: ص206).

فالعنف من هذا المنظور يدل على سلوك أو مجموعة من السلوكيات التي تؤدي الى إختلال في شخصية الفرد، وذلك بسبب إثارة القلق والفرع والخوف في نفوس الافراد مما يؤثر على سلوكهم فيؤدي ذلك الى حدوث الاضطراب الذي يميز حياة الفرد أو الأفراد فالعنف قد يتحول في النفس الى نوع آخر لا تحده حدود غير الحقد والكراهية من أشكال التمثيل الجسماني القتل... الخ، إضافة إلى ذلك فالقسوة والفضاضة الكامنة في العنف قد تتحول من صفة الاكتساب الى صفة الوراثة فالاعتصاب والتحرش الجنسي لن يخلفا إلا كمداء، ولن يزرعا إلا اضطرابا وحرقة في النفس المتلقية له، فتختلف لديه معادلة من الكآبة وتستمر بانتهاء الحياة بل قد تتوالد من جديد في أسلاف قادمة.

1-2-2: نظرة علم النفس الاجتماعي للعنف:

ضمن هذا التوجه: يذهب اسنارد Hesnarde إلى القول بأن العنف كغيره من أشكال السلوك هو نتاج مازق علائقي يصب التدمير ذات الشخص في نفس الوقت الذي ينصب فيه على الاخر لآبادته فتشكل العدوانية طريقة معينة للدخول في علاقة مع الآخر . (خليل وديع شكور، 1997: ص 32).

اما ويكمان فيعرفه بأنه سلوك أو فعل يتسم بالعدوانية يصدر عن طرف قد يكون فردا أو جماعة أو طبقة اجتماعية... بهدف إستغلال وإخضاع طرف آخر في إطار علاقة قوة غير متكافئة مما يتسبب في أضرار مادية أو معنوية أو نفسية أو كلها مجتمعة .

أما علي سموك فيرى أن: "العنف سلوك إيذائي باليد أو اللسان، بالفعل أو الكلمة في الحقل التصادمي مع الآخر قوامه إنكار الآخر كقيمة تستحق الحياة والاحترام، ومرتكزه استبعاد الآخر على حقل الصراع، اما بتخفيضه إلى تابع أو إما إبعاده خارج الحقل الاجتماعي وإما بتصفيته معنويا أو جسديا وبالتالي فالعنف هو عدم الاعتراف بالآخر ورفضه وتحويله إلى الشيء المناسب للحاجة العنيفة". (سموك علي، 2006: ص44)

وعدم الاعتراف لا يعني عدم المعرفة، بل يعني معرفة معينة مقولبة ويتصوره بالطريقة المناسبة لرسم صورة الضحية والتحكم بها... الخ. وبالتالي فإن معظم حالات العنف تبنى على معرفة مسبقة مكتسبة من الموروث الثقافي الذي يجسم نماذج مصممة عن الآخرين . فالرجل يكتسب السلوك العنيف من خلال الثقافة التي توطر المجتمع وتحكمه فعنف الرجل ضد المرأة داخل الأسرة أمرا مقبولا ثقافيا ومعياريا أما إذا تعرض أحد أفراد الأسرة للعنف من أحد الغرباء فإنه يعد سلوكا غير مشروع.

ويعرف السمري العنف بأنه : " سلوك يصدر من فرد أو جماعة تجاه فرد آخر أو آخرين ماديا كان أم لفظيا ايجابيا أم سلبيا، مباشرا أو غير مباشر نتيجة الشعور بالغضب أو الإحباط أو للدفاع عن النفس أو الممتلكات أو الرغبة في الانتقام من الآخرين أو الحصول على مكاسب معينة ويترتب عليه إلحاق الأذى بدني أو مادي أو نفسي بصورة متعمدة بالطرق الأخرى".
(جادوا أميمة عبد الحميد، 2005 :ص ص 5،4).

1-2-3: نظرة الطب العقلي:

ينظر هذا الاتجاه إلى العنف على أنه عبارة عن قوة قاسية وعنيفة يمارسها ويفرضها الفرد على الآخرين تستطيع أن تصل إلى حد الإكراه والضغط . وتمارس هذه القوة بواسطة التخويف , وتتمثل في السلوكات العدوانية لفرد أكثر قوة (جسديا ونفسيا) يوجهها إلى فرد آخر أكثر ضعف: سلوك وتصرف سيئ" (أطفال يمارس عليهم, ويسببون معاملتهم, ويقسون عليهم " maltrautes enfants" أو عنف يمارس على الشريك أو القرين نساء يمارس عليهن الضرب والعنف " battues femmes" أو حتى نشاطات إجرامية تستطيع أن تصل إلى حد الاغتصاب والقتل.

أما أحمد عكاشة فيرى أن " السلوك العنيف كنتيجة لارتفاع الدافعية نحو العنف مع افتقاد التحكم الكافي في النفس ولذا فإن العنف غالبا ما يحدث في قلبي التحكم في النفس عند تعرضهم لأي درجة من الكرب وفي مفرطي التحكم في النفس عند تعرضهم لدرجة جسيمة من الكرب وهنا يكون العنف أيضا شديدا... وتحدث 50 % من جرائم العنف بعد مشاحنات عائلية؛ وفي الأماكن العامة وفي 62 % من الحالات يبدو الأمر أن الضحية هي التي استفزت موقف العنف".

(عكاشة أحمد، 1973: ص 862) .

1-2-4: نظرة القانون إلى العنف: في نظر القانون العنف هو استعمال القوة بغير

حق، وفي هذا السياق يرى أحمد زكي بدوي بأن العنف هو " الإكراه أو استخدام الضغط أو

القوة استخداما غير مشروع أو غير مطابق للقانون من شأنها التأثير على إرادة فرد ما أو مجموعة من الافراد ، ومن الناحية القانونية نجد أن الإكراه إذا وقع على من تعاقد يكون سببا في بطلان العقد. " (زايد أحمد وآخرون، ب س:ص183).

ما موسوعة لالاند تعرف العنف بأنه: " سمة أو ظاهرة أو عمل عنيف بالمعاني، وهو الاستعمال غير المشروع أو على الأقل غير القانوني للقوة، ويربط (لالاند) بين العنف وبين الانتقام والثار، والذي يعني لهما عقابا أو ثارا، و لكن بنحو أخص هو ردة فعل عفوية من الضمير الاخلاقي المهان الذي يطالب بمعاقبة الجريمة" (لالاند أندريه، 1997: ص1554).

ما أحمد جلال عز الدين فقد عرف العنف في كتابه- الإرهاب والعنف السياسي بأنه: " الاستخدام الإنساني للقوة بغرض إرغام الغير وإخافته و إرغابه، أو الموجه إلى الأشياء بتدميرها أو إفسادها أو الإستلاء عليها، ذلك الاستخدام الذي يكون دائما غير مشروع ويشكل في الاصل جريمة". (الخولي محمود سعيد، 2006: ص ص37،38)

من خلال استعراض مختلف وجهات النظر التي تناولت مفهوم العنف يتضح لنا عدم وجود مفهوم واحد للعنف بل عدة معاني، رغم ذلك نجد أن مختلف التعاريف تتجه إلى أن العنف هو سلوك ايدائي للآخر سواء كان فعليا او قوليا او سلوكيا، هدفه تدمير الآخر وايدائه وهو يتضمن استخدام القوة والارغام والاكراه للتاثير في ارادة المستهدفين والحاق الضرر بهم ماديا او معنويا .

2- العنف وبعض المفاهيم التي تتداخل معه:

تتداخل مع مفهوم العنف بعض المصطلحات أو المفاهيم التي لا يمكن تفسير العنف والوقوف على اسبابه وابعاده وعوامله...الخ.دون التعرض لهذه المفاهيم ومناقشتها جنب لجنبها معه.

1-2 العنف والعدوان:

يستخدم العديد من الباحثين مفهومي العنف "violence" والعدوان "agression" على أنهما مقترنين فكان فرويد يعتقد أن الطاقة العدوانية تولد باستمرار داخل كل شخص وأنها إذ تركت تتنامى ستؤدي الى إتيان أفعال تتسم بالعنف وأن ما يكبح جماح الطاقة العدوانية لدى الفرد هو الضمير أو " الأنا الأعلى. ego super. فالأنا الأعلى يمثل الرقيب النفسي والوازع الخلقى والجانب القضائي للشخصية. (معوض خليل ميخائيل، 1994: ص ص 364،363).

وقد اعتقد فرويد ان العدوان يمكن السيطرة عليه والتحكم فيه الى حد ما، الا انه لا يمكن استبعاده نهائيا. وفي نفس السياق يرى مارمور "Marmour" أن العنف يرتبط بالعدوان وانه نشاط تخريبي يتضمن عنفا في حد ذاته وقد لا يؤدي العنف الى احداث خسائر بالضرورة ولكنه يرتبط بتعمد الاذى أو التخريب . (حلمي إجلال إسماعيل، 1994: ص 15).

ويذهب طريف شوقي إلى أن العنف شكل من أشكال العدوان، وأن العدوان أكثر عمومية من العنف، وأن كل عنف يعد عدوانا والعكس غير صحيح. أما محمد خضر فيرى أن العنف شكل من أشكال العدوان وأن العنف والعدوان وجهان لعملة واحدة. (فايد حسين، 2001: ص 26). ما بالنسبة للتفرقة بين مفهومي العنف والعدوان فقد قام باحثون آخرون بالتمييز بينهما لتفادي ضروب الالتباس بينهما، وقد اعتمدوا في ذلك على أن العنف له طابع مادي بحت في حين أن العدوان يشتمل على المظاهر المادية والمعنوية معا .

حيث يعرف قدرتي حنفي العنف بأنه: "سلوك ظاهر يستهدف إلحاق التدمير بالأشخاص أو الممتلكات وأن العدوانية لكي تكون عنفا ينبغي أن يتوفر فيها شرط الظهور حيث أن ثمة أنواعا عديدة من العدوان تتميز بالخفاء والكمون مثل مختلف أنواع المرض السيكوسوماتي". فهذا النوع من العدوان يكون موجها نحو الذات . (فايد حسين، 2001: ص 67).

أما العدوان فيعرفه شابلن Chaplin على انه هجوم أو فعل معاد موجه نحو شخص ما، أو شيء بغرض إنزال عقوبة بهم .

فالعنف تعبير عن العدوان وأحد الوسائل لتفريغ الطاقة العدوانية لدى الأفراد، داخل المجتمع، فقد تكون وسائل التعبير عنه مقبولة اجتماعيا كأنواع الرياضات العنيفة مثل الملاكمة، وقد تكون مرفوضة اجتماعيا كالمشاجرات والجرائم العنيفة. (شليبي أشرف محمد علي، 2005: ص 239).

ويمكن تحديد أهم الفروق بين المفهومين في الآتي :

- أن العدوان هو المفهوم الأكثر عمومية والذي يندرج تحته كافة أشكال الإيذاء، بما في ذلك العنف .

— هدف العنف إلى الإيذاء البدني الذي يترتب عليه ضرر بالغ للضحية مثل: الضرب أو الاغتصاب، والتعذيب بمختلف أشكاله... الخ .

— تعتبر كافة أشكال العنف أفعالا إجرامية تنتهك المعايير الاجتماعية ويعاقب عليها القانون.

— إن قصد أو نية الإيذاء واضح تماما في العنف على عكس أشكال السلوك العدوانى الأخرى التى يصعب فيها إثبات النية أو القصد. (سيد معتز عبد الله، 2001: ص652).

- يصنف العنف إلى نوعين هما: العنف الفردي ويقصد به كافة أشكال العدوان التى يقوم بها الأفراد، والعنف الجماعى الذى تقوم به جماعات معينة فى المجتمع مثل: الصراع الطائفى... الخ .

تتعدد مجالات العنف لتشمل العنف داخل الأسرة والعنف فى الشارع والمدرسة - والعنف ضد المرأة. (سيد معتز عبد الله، 2001: ص653).

ومما لا شك فيه يوجد اختلاف نوعى وموضوعى بين العنف والعدوان، فالعنف يعتبر نهاية المطاف لسلوك عدوانى، وأنه أحد وسائل التعبير عن النزعات العدوانية، سواء كان هذا العدوان ماديا أم نفسيا، موجها نحو الذات أو ضد الآخرين.

2-2 العنف و الإيذاء :

تعامل بعض الباحثين مع هذين المفهومين بالتبادل بوصفهما مترادفين، بيد أنه أصبح من المتفق عليه بين أغلب الباحثين الآن أنهما مستقلان، وقد شاع استخدام مصطلح الإيذاء "الإساءة abuse" فى دراسات الأسرة للتعبير عن الإساءة التى يتعرض لها الأطفال من آبائهم وأمهاتهم abuse Child أو أولى الأمر، أو الإساءة التى تتعرض لها المرأة abuse woman خاصة الزوجة التى تتعرض للضرب المبرح من زوجها. (حلمى إجلال إسماعيل ، 1999: ص18)

وعرف كل من جليس و كورنل الإيذاء على أنه: "صورة متنوعة من الإيذاء البدنى أو الجنسى أو اللفظى أو النفسى التى يمارسها طرف لإجبار طرف آخر على الإتيان أو الامتناع عن أفعال معينة، فالإساءة تتضمن بعض الجوانب البدنية أو النفسية أو إهمال رعاية طرف موكل إلى السيئ رعايته، فى حين يقتصر العنف على الجوانب البدنية فقط، بيد أنه قد يؤدي إلى أضرار نفسية، إلا أنها تكون ناتجة عنه حينئذ". (الخولى محمود سعيد، 2006: ص221)

ومن التبعيات النفسية السيئة للعنف ضد النساء، اضمحلال الشخصية وشل قدرة المرأة على اتخاذ أى قرار من الناحية النفسية، وهى حالة تسمى الإيذاء، وتتضمن الشعور بالخوف وكذلك

الشعور بالكآبة ... والاضطرابات النفسية الجسدية، اختلالات في الشخصية كالتى تدفع إلى الانتحار في بعض الحالات. (شكوه نوابي نزاد، 2001: ص 182-183).

2-3 العنف والغضب:

يعد العنف مظهرا من مظاهر التعبير عن الغضب، فإذا اعتبرنا الغضب يمثل مشكلة بين طرفين يقع عند احدهما القمع لمشاعر الغضب. ويقع العنف عند الطرف الآخر، حيث يتم التعبير عن مشاعر الغضب في صورة عنف وتدمير وعدوان في حين يتوسط الطرفين الضبط المعتدل لمشاعر الغضب وعن علاقة العنف بالغضب أظهرت دراسة ديفنباخر 1992 deffinbacher أن الغضب الزائد له كثير من الآثار السلبية على التوافق الشخصي والأسري والاجتماعي والدراسي والوظيفي للفرد، حيث يؤدي إلى حدوث أضرار للفرد نفسه وللآخرين وإتلاف الأشياء وإفساد العلاقات الاجتماعية للفرد وغيره . (حلمي إجلال إسماعيل، 1999: ص16)

وتكون نوبات الغضب كثيرة التردد وقوية لدى الأشخاص الذين لم يتعودوا الضبط والمنع وهم أطفال من قبل الوالدين... وبذلك تكون عتبة الإحباط لديهم منخفضة مما يجعلهم يحبطون حيال أية صعوبة أو عند عدم الحصول على ما يردون، فيستجيبون بنوبات الغضب، أما الأشخاص الذين تعودوا الضبط والنظام بفعل تربية الوالدين فإن عتبة الإحباط عندهم تكون كبيرة ويتعرضون لنوبات غضب اقل من غيرهم. (سليم مريم، 2002: ص222).

2-4 العنف والقوة:

القوة هي القدرة على فرض إرادة شخص ما ويفترض التحكم في الآخرين، سواء بطريقة شرعية أو غير شرعية بناء على ما لديه من مصادر جسدية ونفسية ومادية، ولقد عرف ماكس فيبر القوة على أنها القدرة على التحكم في سلوك الآخرين سواء برغبتهم أو بدون رغبتهم.

ما ميلز mills فيرى أن الأشخاص الأقوياء هم الذين يفرضون إرادتهم حتى إذا كان يقاومها الآخرون . (حلمي إجلال إسماعيل، 1999: ص16)

ويقول فرويد: " سوف نطلق اسم العنف على القوة التي تهاجم مباشرة شخص الآخرين وخبراتهم بقصد السيطرة عليهم بواسطة الموت والتدمير والإخضاع والهزيمة."

(الخولي محمود سعيد، 2006: ص127)

فالقوة عامل يساهم في العنف وعند تطبيق هذا المفهوم على العنف الأسري سنجد تسلسلا تقليديا في القوة على أساس النوع والجنس، وعلى أساس توزيع المصادر المادية والشخصية . وغالبا ما يكون الرجل البالغ هو الشخص الذي لديه النصيب الأكبر من المصادر المادية والشخصية وهو أيضا القائم بالاعتداء والعنف على الزوجة والأبناء في أغلب الأحيان . ويرى بولدنج 1979 أن السيطرة الأبوية التقليدية تركت بصمات واضحة المعالم على نوع العلاقة بين الذكور والإناث. وما ترتب عليه من تعرض المرأة لمظاهر متعددة من القهر والظلم والاعتداء... الخ. لذلك فإن القهر الذي تتعرض له الإناث تجعلهن يمارسن القوة مع الآخرين حتى مع أبنائهن. (حلمي إجلال إسماعيل ، 1999: ص 17).

2- 5 العنف والجريمة: الجريمة هي الخروج عن المبادئ وقواعد السلوك التي يحددها ويرسمها المجتمع لأفراده وهي من الوقائع الاجتماعية التي لازمت المجتمعات البشرية منذ أقدم عصورها وعانت منها الإنسانية على مر الأجيال. (شكور خليل وديع، 1997 : ص ص 21-22)
وتعرف سامية محمد جابر الجريمة بأنها: " تلك التحديات التي تقع على العرف الذي يعترف به المجتمع اعترافا صريحا في قانونه غير المدون والقانون الدستوري." (محمد جابر سامية، 2004: ص 476).

وهذا التعريف عندما يقتصر على اعتبار تلك التحديات فقط بأنها جريمة، فإنه يعترف بعدم إمكان وجود جريمة بدون أن يكون هناك قانون يحدد تلك الجريمة ويعاقب عليها. وبذلك لا تعتبر بعض أشكال العنف الممارس ضد المرأة داخل أسرتها جريمة يعاقب عليها القانون مثل ختان الإناث، الحرمان من الميراث، التمييز في المعاملة بين الإناث والذكور من حيث التغذية، التعليم، العناية الطبية.. الخ .

فالجريمة سلوك يخالف القانون وهي تحدث ضررا بالأشخاص والممتلكات، فالجريمة تعتبر تعبيرا عن العنف ولما كان لدينا الكثير من العدوان في الإنسان لا يفضي إلى ارتكاب جريمة أو حصولها، فيمكن أن يكون هناك عدوان بدون مفرزات جرمية... وكذلك من الصعب التفرقة بين عدواني ومجرم، فليس كل عدواني في سلوكه مجرما ولكن كل مجرم أو مركب جريمة عدواني بالضمن. (ريكان إبراهيم، 2004 : ص 175)

وبذلك يمكن اعتبار العنف أكثر اتساعاً من الجريمة حيث يشتمل على تلك الأفعال التي لا يعاقب عليها القانون، بل أن بعضها قد يكون مرغوباً فيه اجتماعياً عندما يكون منظماً من خلال معايير المجتمع. (الخولي محمود سعيد، 2006:ص126).

مثل العنف الذي يمارسه الرجال ضد النساء داخل الأسرة بغرض تقويم سلوكهن فالمجتمع يمنح السلطة للرجل من أجل تأديب وعقاب زوجته وأولاده من خلال الضرب والتعنيف.

3 – العنف ضد المرأة:

3-1- تعريف العنف ضد المرأة:

هو فعل عدواني يمارس ضد الجنس الأنثوي و يخلق لها:

- أضرار، إجحاف .
- عذاب جسدي ، جنسي ،نفسي .
- فعل يشمل و يتمثل في :
- التهديد و التخويف .
- الضغط الارغام و الاجبار .
- الحرمان من الحرية، سواء في الحياة العامة أم الخاصة بالمرأة .

(Faouri Maysoum ,2007 ,p3)

3-2- التعريف العالمي للعنف ضد المرأة:

يعرف العنف ضد المرأة في الاعلان العالمي لمناهضة كافة أشكال العنف ضد المرأة على أنه يعني: "أي إعتداء ضد المرأة المبني على أساس الجنس الذي ينجم عنه أو يحتمل أن ينجم عنه أذى أو معاناة جسمية أو جنسية أو نفسية للمرأة، بما في ذلك التهديد بإقتراف مثل هذا الفعل أو الاكراه أو الحرمان التعسفي من الحرية سواء وقع ذلك في الحياة العامة أو الخاصة.

ونجد في التعريف العالمي للعنف ضد المرأة تعريفاً شاملاً يتضمن : الأفعال التي من شأنها إلحاق الأذى بالمرأة حتى لو لم تؤدي فعلاً على هذا الضرر و تشير بعض الدراسات في تعريفها للعنف : "على أنه إستخدام القوة والسيطرة على المرأة وأن العنف بحذ ذاته ليس هو المقصود بل هو تعبير على أن السلطة هي الرجل ويتم التعبير عن هذه السلطة والقوة من خلال تعرض المرأة

لأشكال مختلفة من العنف بحيث تبقى مهمشة وغير قادرة على النهوض بمستواها الاجتماعي والعلمي" (اسناد نور الايمان، 2007)

4 – العوامل المسببة للعنف ضد المرأة: يعتبر العنف ضد المرأة أحد المشكلات

الاجتماعية المقلقة في المجتمعات الشرقية والغربية على حد سواء وتختلف العوامل المسببة له بحسب المجتمع والثقافة والقيم السائدة في ذلك المجتمع، ويمكن أن نجل العوامل المسببة لحدوثه فيما يلي:

1-4 العوامل البيولوجية: هناك اتفاق بين المختصين على أن العوامل البيولوجية هي

العنصر الأول الذي يدفع بعض الأفراد إلى السلوك العدواني والعنف، ومن ذلك إتلاف بعض خلايا المخ لسبب أو آخر، كذلك وجد أن (70%) ممن يعانون صدمات رضية أصيبت أدمغتهم يستجوبون بعنف لأتفه الأسباب، كما وجد أن الذين يتعرضون لحوادث تصيب الدماغ أثناء أو بعد الانتهاء من الشراب المسكر، والذين يدمنون الكحوليات أو المخدرات يصبح سلوكهم عدوانياً، كذلك وجد العلماء أن الأمراض الجسمية واستخدام العقاقير المخدرة، يمكن أن تؤدي إلى السلوك العدواني. (هيليز ديانا، 1999: ص220).

كذلك معاناة الفرد من العيوب الخلقية، والمزاج الصعب والنشاط الزائد ومشكلات نمائية أخرى يؤدي إلى السلوك العدواني. (أبو عليا محمد، 2000: ص88).

كما ذكر جاكوب ورفاقه أن الرجال الذين لديهم كروموسوم (y) زائد (xyy) بدلا من (xy) لديهم نزعات عدوانية وميل إلى ممارسة العنف أكثر من غيرهم.

(معوض خليل ميخائيل، 1992: ص369)

2-4 العوامل النفسية:

وما يصاحبها من عدم إشباع حاجات الفرد العاطفية، وعجزه عن التكيف النفسي والاجتماعي السوي تؤدي بالتدريج إلى قيام الصراع أو نوع من عدم الاستقرار الداخلي، ومن هذه العوامل ما يلي:

– شعور الرجل بالنقص وفقدانه الثقة في نفسه يدفعه إلى ممارسة العنف ضد زوجته أو أخته للتعويض عن شعوره بالنقص ولحماية نفسه من مشاعر الفشل والإحباط يلجأ الرجل إلى ممارسة العنف الفيزيقي أو التهديد بممارسة القوة لهزيمة المرأة ومنع تفوقها عليه.

— عجز الرجل عن القيام بالاستجابات المناسبة حين ترفضه زوجته أو توجه إليه الاهانات وتصفه بأنه عاجز جنسياً، أو حين تعابره بفقره أو جهله أو حين تثير غيرته فيلجأ إلى الاعتداء عليهما لفرض سيطرته .

— كما قد يلجأ الرجل إلى العنف داخل أسرته وذلك لخفض التوتر والإحباط الذي يشعر به في عمله، وعدم قدرته التعبير عن شعوره بالغضب والتعبير عنه أمام رئيسه فيقوم بإزاحة وإسقاط غضبه على زوجته وأولاده.

— يحدث العنف دون سبب خارجي حيث يفقد الرجل القدرة على السيطرة والتحكم في غضبه، حيث يضرب زوجته أو يجرها من شعرها .

— يكون الزوج تعرض للضرب في طفولته أو اعتد مشاهدة ضرب أبيه لأمه وبالتالي يصبح العنف سلوك متعلم وهو حصيلة تاريخ سابق ملئ باليأس والإحباط

— النزعة السادية لدى الرجل حيث يتلذذ بتعذيب زوجته والاعتداء عليها، ثم تتبع ذلك ممارسة جنسية كجزء من العنف، ونجد أن السلوك العنيف يجعل الجنس أكثر عمقا وأكثر إثارة .

— النزعة المازوشية لدى الزوجة، حيث تعتمد إثارة غضب الزوج وتدفعه إلى ضربها إرضاء لهذه النزعة المرضية فيها، وبعد الاعتداء عليها تشعر بالسعادة والنشوة كما قد يتبع العنف بوضع الزينة والمساحيق على وجهها. (اليسوي عبد الرحمن محمد، 2004 ص: 235)

— تعرض المرأة في طفولتها للعنف من قبل الوالدين أو الإخوة يجعلها تتحمل العنف الزوجي، وتسكت عنه، فالعنف بالنسبة لها ليس تجربة جديدة، فقد عيشته وتحملته من قبل كأسلوب للعيش وهذا ما يؤثر على صحتها النفسية فيجعلها تشعر بالعجز والضعف حتى عن اتخاذ قرار الانفصال فتستسلم لوضعها مما يجعل الرجل يتمادى أكثر فأكثر.

— تعتبر المرأة نفسها هي أحد العوامل الرئيسية لبعض أنواع العنف وذلك بإهمالها لواجباتها المنزلية اتجاه زوجها وأطفالها وعدم طاعتها له، وهذا قد يثير الزوج ويلهب مشاعره، وخاصة إذا كان يعتقد أنها تقوم بذلك تعبيراً عن عدم اهتمامها به، فيقوم بالاعتداء عليها.

3-4 العوامل الاجتماعية: إن الوضع الاجتماعي الذي يتواجد فيه الفرد لا يقل أهمية

في تأثيره على الفرد عن باقي الحالات التي يعيشها حيث تلعب العوامل الاجتماعية والاقتصادية دوراً بالغ الأهمية في حدوث العنف الأسري ومن أهمها ما يلي:

-التنشئة الاجتماعية التي تقوم على أساس التربية العنيفة حيث تشكل لديه شخصية ضعيفة وغير واثقة، وهذا ما يؤدي به في المستقبل إلى معالجة هذا الضعف بالعنف، بحيث يستقوي على الأضعف منه وهي المرأة. كما هو معروف فالعنف يولد العنف ويشكل هذا النوع من العنف نحو 83% من الحالات.

-اثر التعلم الاجتماعي من خلال التقليد والمحاكاة حيث يشاهد الطفل العنف الذي يرد على أمه وأخواته من قبل الأب فينشأ في أسرة لا تحترم المرأة ويستصغرها، وهذا ما يجعله في المستقبل يقلد هذا النموذج الذي عاشه في أسرته فيتعامل بعنف مع أخواته وزوجته وبناته، وتشكل هذه الحالة 39% من حالات العنف الأسري.

-نظام بناء الأسرة الذي يكفل سيطرة الرجل وتمتعه بالسلطة المطلقة داخل الأسرة فالمجتمع العربي يربي الذكور على استعمال القوة والعنف ضد المرأة لتحقيق السيطرة وإضفاء المشروعية على سلطة الرجل داخل أسرته، وهذه الفكرة مقبولة حتى من طرف المرأة. وجود الأطفال يدفع المرأة إلى محاولة الحفاظ على وحدة العائلة والتحمل من اجلهم، خاصة إذا كانت تعتقد أنها تستطيع أن تغير الرجل وأن الصبر والتحمل والزمن كفيل بتغييره.
(عبد الحميد الخطيب سلوى، 2002: ص 293)

-عدم وجود بديل آخر أمام المرأة، فقد تكون ربة منزل وليس لديها عمل أو دخل، فلا تستطيع هجر منزل الزوجية فتتحمل الأذى حفاظا على مصلحة أسرتها وأبنائها.

-كيفية حدوث الزواج هل كان دون موافقة الأهل أو دون موافقة احد الزوجين. والعلاقات الواسعة للزوج أو الزوجة والغيرة الشديدة بين الزوجين، واختلاف وجهات نظرهما بخصوص تنظيم علاقتهما الاجتماعية مع الأطراف الأخرى يولد العنف بينهما.
(قدرة عبد الأمير، 2008: ص 48).

-رغبة الزوج في الزواج بأخرى أو في الطلاق أو خيانة زوجته، مما يجعله يسيء معاملتها بدنيا وجنسيا وعاطفيا من اجل إخضاعها لرغبته رغما عنها **(الأحمد أمل، 2001: ص 118).**

4 – 4 العوامل الاقتصادية:

– النفقة الاقتصادية التي تكون للمرأة من قبل الرجل إذ انه ينفق عليها ويعولها وهذا يجعله يمنح لنفسه الحق في تعنيفها وإذلالها وتصغيرها من هذه الناحية، وعليها تقبل ذلك لأنها عاجزة عن إعالة نفسها.

– الاستقلال الاقتصادي لبعض النساء والذي أعطاهن شعورا بمنافسة الرجل، فهي تشعر بأنها تعمل مثله أو أكثر وتكسب مثله أو أكثر، ولذلك ترفض أي وصاية عليها و أن يتمتع بأية ميزة أو سيطرة عليه.

– مطالبة الرجل الاستحواذ على المدخرات المالية أو راتب الزوجة وحين عدم استجابتها لمطالبه يقوم بهجرها وإهمالها إهمالا كاملا أو إيدائها لفظيا وبدنيا. (قدرة عبد الأمير الهر، 2008: ص48)

– المرأة غير العاملة والمعتمدة اقتصاديا على زوجها لا تستطيع ترك منزل الزوجية لعجزها عن إعالة نفسها وأولادها، فتقبل عنف الزوج وإذلاله خاصة إذا كانت فاقدة لمن تلجأ إليه أو من يقوم بحمايتها.

– الظروف السكنية الصعبة كضيق المنزل وكثرة عدد أفراد العائلة فيه، يقود إلى حدوث نوع من الخلافات حول بعض المرافق الأمر الذي يترتب عليه الكثير من الخلافات العائلية سواء بين الزوجين ، أو بين الإخوة والأخوات .

5-4 العوامل الثقافية:

إن الثقافة وما تحمله من عناصرها المتشعبة تلعب دورا هاما في إعداد الفرد بأنماط مختلفة من السلوكات والعنف أحدها، حيث يمكن اكتسابه من ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه .وتتمثل هذه العوامل فيما يلي :

-التفاوت الواضح في المستوى التعليمي والمؤهلات الدراسية لكل من الرجل والمرأة، خصوصا إذا كانت المرأة هي الأعلى في المستوى. مما يولد التوتر وعدم التوازن لدى

الرجل، فيحاول تعويض هذا النقص، باحثاً عن المناسبات التي يمكنه فيها انتقاصها واستصغارها بالشتم والاهانة أو حتى الضرب للسيطرة عليها ومنع تفوقها عليه.

-النظم والمعايير الثقافية السائدة في المجتمعات العربية حيث تشجع عدم المساواة بين الذكور والإناث، من خلال الدور المنوط بكل جنس، حيث تؤيد فكرة الضرب والقوة لتحقيق السيطرة الذكورية، وإخضاع الأنثى . (اليسوي عبد الرحمن محمد ، 481ص:2004)

-الجهل وعدم معرفة كيفية التعامل مع الآخر وعدم احترامه وما يتمتع به من حقوق وواجبات، تعتبر كعامل أساسي للعنف الأسري، وهذا الجهل قد يكون من الطرفين المرأة والمعنف لها.

-العادات والتقاليد المتجدرة في ثقافات الكثيرين والتي تحمل في طياتها الأفكار الظالمة لحقوق المرأة وتميز الذكر على الأنثى، وتصغر حجمها ودورها، وفي المقابل تضخم حجم الذكر ودوره، حيث تؤيد هيمنة الذكور وتشجيعهم على ممارسة السلطة والعنف على الإناث في الأسرة منذ الصغر. وتعويدهن بالمقابل على الرضوخ وتقبل العنف وتحمله.

-العنف الأسري في الطبقات الاجتماعية العليا قد يعود إلى الحرية الزائدة التي تعطي للمرأة والتي تصل بها إلى حد الانقلاب والتمرد وعدم الطاعة لسلطة الأب أو الزوج ، مما يولد العنف.

-ضعف الوازع الديني والفهم الخاطئ لمبدأ القوامة وتبرير إستعمال العنف ضد المرأة بأنه الطريقة المثلى لتقويم سلوكها.

-وجود نوع من صراع القيم بين الأجيال داخل الأسرة الواحدة نتيجة تبني الأبناء قيم متحررة ويميلون إلى التمرد والاستقلالية والتحرر عن قيم الآباء الأمر الذي قد يؤدي إلى نشوب الكثير من الخلافات في الأسرة قد تتجم عنها ممارسات عنيفة ضد الأبناء خاصة الإناث.

(الدويبي عبد السلام بشير ، 2008 : ص 5)

6-4 العوامل السياسية والقانونية:

قد تأخذ الأسباب المولدة للعنف ضد المرأة نطاقاً أوسع من الأسرة، وذلك عندما يصبح تعنيف المرأة والتمييز بينها وبين الرجل، يستقي شرعيته من القانون، كقانون الأحوال الشخصية، وقانون العقوبات، وقانون الجنسية وبعض القوانين التمييزية الأخرى التي تكرر مبدأ التمييز ضد المرأة. ومن هذه القوانين ما يلي:

- سن قوانين وتشريعات تؤيد من يقوم بتعنيف المرأة. مثال ذلك: يعفي قانون العقوبات الرجل من العقوبة إذا قتل أو قام بإيذاء أصوله أو فروعه أو أخته في حال الخلوة مع رجل في وضع مريب.... ويستفيد من العذر المخفف لمجرد الشك والريبة. (مكي رجاء ، سامي عجم، 2008 :ص93).

- قانون تعدد الزوجات والطلاق التعسفي، دون علم المرأة أو إرادتهما وبالتالي تعاني جراء ذلك من مشاكل النفقة والحضانة والسكن ومنع سفرها مع أولادها .

- حرمان المطلقة من مسكن الزوجية بعد انقضاء مدة حضانة الأولاد فتصبح عرضة للتواجد في الشارع مع أولادها .

- يرث الذكر ضعف ما ترثه الأنثى ، ومع ذلك غالباً ما تحرم المرأة من حقها في الميراث أو تجبر على التخلي عنه... الخ (الأحمد أمل، 2001 :ص117).

- عدم نصرتها ومنع العنف عنها من ذويها عند ما تتجه إلى مصالح الشرطة والقضاء، لان القوانين في غير صالحها .

- عدم وجود قوانين مشددة وراذعة ضد مرتكبي العنف المبني على النوع (الجنس) بكل أشكاله خاصة الاعتداء الجسدي والجنسي على جسد المرأة .

ونستخلص مما سبق أن دوافع العنف الأسري وأسبابه متداخلة، فهو من الظواهر الاجتماعية المشكلة المركبة التي يصعب إرجاعها وتفسيرها بعامل واحد، وإنما تتضافر في نسجه عدة عوامل ، وتختلف أشكاله وتكراره وشدته باختلاف المواقف الاجتماعية التي يحدث فيها، وبتنوع الأشخاص المشاركين فيه والمتعرضين له.

5 – أسباب قبول المرأة للعنف :

تنقاد المرأة للثقافة المجتمعية القمعية لأن بعض فئات المجتمع تعامل البنات معاملة مهينة تحط من قيمتهن، وتقلل من شأنهن وتزرع في أذهانهن أنهن لم يخلقن إلا ليكن تحت إمرة الرجل الذي تؤول مصائرهن إليه، وهذا يؤدي إلى تدمير تقديرهن لأنفسهن فيقبلن صغيرات ما يقع عليهن من ظلم وعنف من قبل الآباء والأشقاء والأزواج دون أدنى رفض أو مقاومة. أما إستجابة المرأة للعنف الواقع عليها وعدم مقاومتها فله أسباب عدة أهمها:

1-5 أسباب خاصة بالمرأة:

- 1- عدم وعي المرأة بحقوقها الشرعية و الانسانية.
- 2- الرغبة في المحافظة على سمعة الأسرة في المجتمع .
- 3- اعتبار العنف المنزلي ضد المرأة موضوعا خاصا بالأسرة ولا ينبغي لأحد التدخل فيه.
- 4- عدم وجود مأوى بديل عن بيت الزوجية .وعدم وجود مادي.
- 5- الخوف على مستقبل الأطفال .
- 6- الخوف من العقاب ورد فعل أكثر عنفا من الرجل.
- 7- أمل المرأة في أن يراجع الرجل نفسه ويعطيها حقوقها.

2-5 أسباب مجتمعية:

- 1- غياب القوانين المنصفة للمرأة وغياب التنفيذ الفعلي للقوانين حتى و إن وجدت.
- 2- عدم ثقة المرأة بالقضاء .
- 3- الموروث الاجتماعي الذي يدعم الفوارق بين المرأة و الرجل وسيادته عليها وإستمرار سيطرة الذكر على الأنثى حتى سن متأخرة سواء أكان أباء، أو زوجا، أو شقيقا، أو شخصا آخر.
- 4- إزدهار التيارات المحافظة التي تتبنى أكثر التفسيرات الفقهية تعصبا تجاه المرأة وتكرس نمطا من الثقافة يقوم على إقصاء النساء، وحصرنهن في الأدوار التقليدية و الهامشية .
- 5- غالبا ما يحمل المجتمع المرأة مسؤولية العنف ويجبرها على التحمل، والصبر ونادرا ما يحمل الرجل مسؤولية أفعاله .
- 6- السياسات الرسمية التي تهمل قضايا المرأة أو تتساهل معها .
- 7- عدم وجود دعم من الأسرة والأقارب.
- 8- الجهل والتخلف وسيادة الثقافة والذكورية في المجتمع. (www.alriadh.com)

9- شيوع ثقافة القسوة وغياب الرحمة وعدم المبالاة بالآلام النفسية، الجسدية للمرأة .
10- تغييب المفاهيم الدينية التي تتعلق بخصوصية العلاقة بين الرجل و المرأة التي على رأسها المودة و السكينة .

11- تواطؤ المرأة ضد المرأة فلقد أظهر مسح أجري في إحدى الدول العربية في إطار تقسيم موقف المرأة من العنف الأسري أن 87 بالمئة من النساء أيدن حق الرجل في ضرب زوجته، كما أيدت 60 بالمئة حق الرجل في ضرب زوجته، إذا ما أحرقت الطعام. (www.alriadh.com)

6- أشكال العنف ضد المرأة:

تواجه النساء في مختلف مراحل حياتهن أشكال متنوعة من العنف المبني على النوع، وأكثرها عائلية يستخدمها ضدها في الجو الأسري الذين من المفترض أن يوفر لها الأمن والحماية. أعز الناس إليها وأقرب الأشخاص لها، ويختلف نوع العنف المسلط على المرأة باختلاف عمرها والمستوى الثقافي السائد في أسرتها وتتصب هذه الأشكال فيما يلي:

1-6 العنف الجسدي:

ويعتبر أكثر أنواع العنف الأسري وضوحاً، وذلك لإمكانية ملاحظته واكتشافه، نظراً لما يتركه من آثار وكدمات ورضوض على الجسم، وتتمثل مظاهر العنف الجسدي والإساءة البدنية للمرأة في عدة صور منها: الضرب باليد الضرب بأداة حادة، القذف بأشياء، الدفع بعنف، الخنق، العض، البصق، الدهس، المسك بعنف، شد الشعر، الحرق خاصة بالسجائر وتهديدها بالسلاح.

ويكون العنف الجسدي ضد الفتيات بالتمييز الغذائي أي تخصيص الطعام السيئ لهن دون الذكور، و يكون التمييز أيضاً على مستوى الرعاية الصحية وإساءة التعامل الجسدي معهن، كما يصل في بعض المجتمعات إلى حد القتل كالأجهاز بغية التخلص من الجنس غير المرغوب فيه أو قتل المواليد من الإناث. (شكوه نوابي، 2001:ص 182).

وتترتب عن العنف الجسدي آثار عديدة على جسد وصحة المرأة.حيث تشير الإحصائيات أن حوالي 21% من السيدات قد تلقين خدمة طبية من خدمات الراحة والطوارئ في المستشفيات بعد الشجار مع الزوج والتعرض للضرب .

لذا فان العنف الجسدي من الممكن ملاحظته وإثباته قانونياً وجنائياً.

2-6 العنف النفسي: ويصاغ هذا النوع في شكل إيذاء نفسي أو لفظي والهدف منه إلحاق الإيذاء المعنوي بالمرأة والتسبب في معاناتها نفسيا ، ويعتبر من أخطر أنواع العنف لأنه غير محسوس ولا يترك آثار واضحة مادية. وبالتالي يصعب إثباته والاعتراف بوجوده من الناحية القانونية. (مكي رجاء، سامي عجم، 2008: ص91).

وبناء على إفادات لعدد كثير من النساء كن ضحايا للعنف الأسري قام (1990) (follingsted) وآخرون بوصف مجموعة من السلوكات التي تعبر عن العنف النفسي أو اللفظي، ووضعها في فئات هي:

- 1- الهجوم اللفظي مثل السخرية، التحرش اللفظي، إطلاق الألقاب التي يقصد منها إشعار المرأة بعدم الكفاءة بغرض إبقائها تحت السيطرة .
- 2- العزلة التي تفصل المرأة عن محيطها الاجتماعي .
- 3- الغيرة الشديدة والسلوك التملكي كمراقبة سلوك المرأة وإتهامها بعدم الإخلاص بشكل متكرر .
- 4- التهديد اللفظي بالاعتداء أو التعذيب .
- 5- التهديد المتكرر بالهجر أو الطلاق .
- 6- تخريب أو تدمير ممتلكاتها الشخصية. (السيد الدوة محمود أمل، درويش زينب، 2007: ص2).

3-6 العنف الاقتصادي:

وقد يتخذ العنف الأسري ضد المرأة أيضا شكلا ماديا وذلك من خلال:

- منع المرأة من العمل مع عدم إعطائها إلا قليلا من النقود وإخضاعها لمراقبة صارمة لمصاريفها.
- التمييز في مستوى الرعاية الصحية والخدمات الدراسية المبذولة للفتيات بالمقارنة مع الذكور.
- منع المرأة من الوصول إلى مواردها المادية وحرمانها من حقها في الميراث.
- إجبار المرأة العاملة على تسليم صكها البنكي للرجل.
- إستعمال وصرف راتبها دون أذنها وعلمها أين تصرف أموالها
- الاستيلاء على ممتلكاتها الشخصية مثل: الحلي... الخ .
- عدم الإنفاق عليها وحرمانها من إحتياجاتها الضرورية كالملبس والمأكل... الخ .

وإذا طالبت بالحصول على حقوقها أو تأبئة حاجياتها، يثور ضدها الرجل ويتهمها بأنها مبذرة أو أنها غير قادرة على إدارة و إستعمال أموالها، وقد يعتدي عليها بالضرب حتى لا تعود مرة أخرى إلى مطالبته بزيادة مصروفها أو استعادة راتبها.

6-4 العنف الجنسي:

إضافة إلى الأشكال السابقة من العنف الذي يوجه ضد المرأة داخل الأسرة من قبل الرجل، العنف الجنسي وهو اللجوء إلى الاستدراج بالقوة والتهديد أو إستخدام المجال الجنسي في إيذائها ، ويعتبر أحد مظاهر العنف المزعجة والخطيرة خاصة وانه غالبا ما يبقى طي الكتمان نتيجة خجل الضحية وخوفها من إنتقام المعتدي من جهة، ومن جهة ثانية إدراكها أن المجتمع سيوجه اللوم إليها. وتكون الإساءة الجنسية للمرأة داخل أسرتها عن طريق:

- تعبيرات لفظية أو تعليقات جنسية عن المرأة وجسدها .
- التحرش الجنسي والشتم بألفاظ نابية .
- اغتصاب المحارم وسفاح ألقربي وهتك العرض.
- اغتصاب الزوجة أو إجبارها على الممارسة الجنسية بأشكال شاذة ومنحرفة خارجة عن قواعد الخلق والدين. (مكي رجاء، عجم سامي، 2008 :ص93) .
- بتر الأعضاء الجنسية الحساسة أو تشويهها .
- هناك من الأزواج من يقومون بإذلال الزوجة عن طريق ممارسة العلاقة الزوجية بشكل عنيف أو كجزء من العنف الممارس ضدها وهم يتلفظون بألفاظ بذينة أو يلقون نحوها بالمال وكأنها زانية .
- وغالبا ما يحاط العنف الجنسي داخل العائلة بالنكتم الشديد والحيلولة دون وصول الحالات إلى الشرطة أو القضاء. لان من شأن ذلك الإساءة ليس فقط إلى سمعة الضحية بل إلى الأسرة بأكملها .

وتشير الدراسات أن أشكال العنف السابقة الذكر مرتبطة ببعضها البعض، حيث يمكن أن يسبق العنف اللفظي العنف الجسدي أو الجنسي أو يتزامن معهما أو يليهما وقد يتفاقم العنف والقسوة لتصل إلى حد القتل في بعض الحالات، وتشير الدراسة التي أجرتها بنة بزبون بعنوان "العنف الأسري وخصوصية الظاهرة البحرينية": بأن هناك أشكالا مختلفة للعنف الموجه ضد الزوجة حيث تصاغ هذه الأنواع من العنف في شكل إيذاء لفظي أو نفسي أو جسدي .

وينتشر العنف بأكثر من شكل على بقية الأشكال منفردة إذ يحظى ذلك النمط بالنسبة الأعلى وربما أن هذه النسبة العالية جاءت نتيجة لطبيعة الأزواج واختيارهم لشكل العنف الذي يمارسونه برغبتهم أو دون دراية أو تخطيط مسبق على وفق أوضاعهم النفسية والمزاجية ، أو حسب ظروف الوقت والمكان الذي يمارس فيه ذلك العنف. وتضيف (بوزبون) أن من أشد أنواع العنف حساسية وخطراً على الصحة النفسية للمرأة ،مع انه لا يترك آثاراً مادية عليها وهو النمط الذي يتم على صيغة الشتائم والسباب والإهانات الجارحة. ومما يزيد الوضع سوءاً وخطورة هو صعوبة إثبات مثل هذا النوع من العنف فيما إذا أرادت الزوجة مقاومته قانونياً. (قدرة عبد الأمير، 2008: ص35)

7- نتائج و آثار العنف ضد المرأة:

7-1 الآثار الصحية الجسدية والنفسية: تشكو النساء المتعرضات للعنف الجسدي وسوء المعاملة البدنية من إصابات عديدة نتيجة للتعرض للعنف تتمثل في الأعراض التالية:

- الكدمات والرضوض المختلفة، جروح، كسور، تمزق الأنسجة .
- ارتجاج بالمخ، فقدان جزئي للسمع أو البصر، هالات سوداء حول العينين التأثير على الأعضاء الداخلية الحيوية مثل الرحم، الكبد، الطحال... الخ. (على حسين هبة، 15 ص: 2003)
- الإجهاض وفي حالات العنف القسوى يصل الضرر إلى الإعاقة أو الموت .
- كما تشكو معظم النساء المعنفات بالإضافة إلى الآثار الجسدية من اضطرابات نفسية ، وما يسمى "بتناذر المرأة المضروبة battue femme la de Sandrome". وهو تناذر يتضمن أعراض الاكتئاب وانخفاض الشعور بالقيمة ومع تكرار الإساءة لها تصاب بما أسماه سيلجمان "العجز المكتسب" حيث تشعر بالاكتئاب وبأنها لا تستطيع السيطرة على أمور حياتها أو التنبؤ بما يحدث لها ولا تستطيع إيقاف إساءة أي شخص له. (على حسن هبة، 2003: ص18).

ومن التبعيات النفسية السيئة للعنف ضد النساء :

-اضمحلال الشخصية وشل قدرة المرأة على اتخاذ أي قرار من الناحية النفسية.

(شكوه نوابي، 2001: ص183).

-الخوف وفقدان الثقة بالنفس يشعرون دوماً بعجزهن عن تغيير مسار حياتهن وتجنب العنف

أو إيقافه، ويعتقدن أن أي محاولة في هذا السياق تزيد الوضع سوءاً .

-شعورهن بالذنب ويلقنن مسؤولية المشاكل والاضطرابات التي تطرأ على الحياة الزوجية إلى عدم جدتهن في إدارة شؤون أسرهن - .شعرهن بالإحباط واحتقار الذات. (زايد أحمد، 2003: ص 250).

-إحساسهن دائما بالاعتمادية والإتكالية على الرجل .

— التوتر والقلق.

-التعرض المتكرر للقسوة يجعلهن يملن إلى الخضوع والاستكانة والقهر وتحمل الإساءة.

(قدرة عبد الأمير، 2008:ص 44) .

ومما لاشك فيه أن الآثار الجسمية والنفسية أو بعضها تفضي إلى أمراض جسدية أو نفسية أو نفسية- جسدية (سيكوسوماتية) متنوعة تؤثر سلبا على صحة المرأة ومن هذه الاضطرابات: فقدان الشهية، اضطرابات الدورة الدموية، اضطرابات في المعدة والقولون اضطرابات في إفراز الغدد، الإصابة بمرض السكري، آلام وأوجاع وصداع في الرأس، الأرق، فقدان مؤقت للذاكرة، البرود الجنسي....الخ.(الهامي الجازية، 2008: ص7)

وكذلك نتيجة للألم الجسدي والنفسي والشعور بالإحباط وانخفاض تقدير الذات وزيادة أعراض الاكتئاب واليأس قد تلجأ المرأة المعنفة إلى إدمان المهدئات أو الإتيان بسلوكيات لا سوية للهروب من المشكلات قد تصل في بعض الحالات إلى محاولة الانتحار .

حيث يشير الباحثون إلى أن الضرب العنيف للمرأة يعتبر "حدثا صدميا" تحاول المرأة تجنبه أو تقي نفسها من أثاره خاصة الآثار الجسمية، أما الآثار النفسية فتتمثل أيضا في الاكتئاب وانخفاض الشعور بالقمة والشعور بالإجهاد ومحاولات الانتحار والإدمان على المهدئات كي تهرب من المشكلات، ويمر العنف كخبرة صدمية بعدة مراحل هي :

-الصدمة - الاضطراب النفسي

-الانسحاب - الخوف من تكرار العنف

-الإنكار - الارتباك .

2-7 الآثار الاجتماعية و الاقتصادية :

تعتبر هذه من أشد ما يتركه العنف على المرأة خاصة، والأسرة والمجتمع عامة، ويعتبر تقرير اليونيفام لسنة (2006) أن العنف يهدم مواهب وقدرات عدد كبير من الفتيات وتتجم عنه كلفة صحية واجتماعية واقتصادية باهظة، وتؤكد هذه النتيجة دراسة بوعسكر بتونس سنة 2003

،حيث تشير إلى أن النساء المعنفات هن أكثر إقبال على الخدمات الصحية من متوسط عموم النساء، وبذلك يكون للعنف تكلفة باهظة على المرأة والأسرة والمجتمع. (الهمامي الجازية، 2008: ص7).

وتتمثل هذه الآثار فيما يلي:

-فرض العزلة الاجتماعية على المرأة ومنعها من الخروج من البيت من أجل الدراسة أو العمل أو حتى لزيارة الأهل والأقارب، وتشير الدراسات التي تناولت انتهاك الزوجة انه على حين يكون للزوج شبكة من العلاقات الاجتماعية خارج المنزل فان الضحايا (الزوجات) غالبا ما يقعن داخل المنازل في عزلة، وهذه العزلة تحدث إما بسبب تصرف الزوج المنتهك بصورة غير مهذبة عند تواجد صديقات أو أهل زوجته بالمنزل الأمر الذي يؤدي تدريجيا عن امتناعهم عن زيارتها، أو بسبب إتهام الزوج لأسرة الزوجة أو صديقاتها بأنهن السبب في المشاكل التي تحدث بينهما، والى أسباب أخرى، فتجد الزوجة نفسها في عزلة مقطوعة الصلة بمن كانت على صلة معهم، التالي يجد من هم خارج الأسرة صعوبة في التدخل لمنع حدوث الانتهاكات داخل الأسرة وبذلك تنخفض وجهة الضبط الاجتماعي وبالتالي يسهل انتهاك الشخص العنيف لمعايير العنف، فيتمادى في غضبه إلى حد الاعتداء والإساءة الجسدية تجاه الأخر(المرأة) (زايد أحمد، 2003: ص242_ 243)

-إكراه المرأة على القيام بأشياء ضد رغبتها أو طموحاتها كإكراه الفتاة على ترك الدراسة وإكراهها على تدبير شؤون البيت والقيام على خدمة إخوانها الذكور حتى وإن كانوا أكبر منها سنا، وإكراهها على الزواج ممن لا ترغبه.

وهذا ما يولد لديها الشعور بالقلق والاضطهاد الأمر الذي قد يدفع إلى بروز أشكال مختلفة من الاضطرابات السلوكية والنفسية والجسدية لديها أو حتى تركها لبيت العائلة.

-تفكك الروابط الأسرية وتلاشي الإحساس بالأمان داخلها قد يصل إلى درجة تلاشي الأسرة من خلال الطلاق. حيث هناك احتمال كبير أن يؤدي العنف الأسري إلى حدوث الطلاق بين الزوجين. مما يؤدي في حالة وجود الأبناء إلى حرمانهم من تواجد أبويه معه وبالتالي عدم تمكن الوالدين وهم منفصلين من تربية الأبناء وتنشئتهم تنشئة نفسية واجتماعية متوازنة، وبالتالي احتمال جنوح وانحراف الأبناء.

-منع النساء من الخروج إلى العمل خارج البيت يعيق اندماج المرأة في الحياة الاقتصادية والإنتاجية، مما يفوت عليها تحسين ظروفها المادية والمساهمة في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية (www.ehcconline.Org) .

خلاصة الفصل: يعتبر العنف ضد المرأة هو كل فعل مقصود أو غير مقصود يسبب المعناة للمرأة سواء كانت جسدية أو نفسية، حيث تتعرض المرأة للعنف والاساءة بمختلف أشكالها الجسدية، النفسية، الجنسية والاجتماعية... إلخ ، وتترتب عليه آثار سلبية على صحة المرأة النفسية والجسدية وقد تكون أخطر هذه الآثار التي تسبب العديد من المعناة للمرأة هو القلق بمختلف أشكاله وهو ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي .



الفصل الثالث:
القلق

تمهيد:

يعد القلق من الانفعالات الإنسانية الأساسية وجزء طبيعي في كل آليات السلوك الإنساني وهو يمثل احد أهم الاضطرابات المؤثرة على صحة الفرد ومستقبله، إضافة إلى تأثيره السلبي على مجالات الحياة المختلفة.

لذلك يعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في الشخصية الإنسانية ، وموضوع القلق كان ولا ازل من أهم الموضوعات التي تفرض نفسها دائما على اجتهادات الباحثين في العلوم الإنسانية لما له من أهمية وعمق وارتباط بأغلب المشكلات النفسية بل بكل المشكلات النفسية.

1- تعريف القلق:

لقد تعددت تعريفات القلق وتنوعت تبعا لاختلاف آراء العلماء.

— **القلق لغة:** ورد في لسان العرب لابن منظور معنى القلق هو الانزعاج. وأيضا انه مالا يستقر في مكان واحد وهو لا يستمر على حالة واحدة. (معصومة سهيل المطيري، 2005: ص 278)

— **اصطلاحا:** القلق هو استعداد الفرد لان يعاني من حالات القلق الوجداني نتيجة خطر خارجي معروف. (السيد عثمان فاروق، 2001 : ص 34)

ويعرفه أيضا " مسرمان" بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشا خلال ص ا رعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف (ماجد بهاء الدين، 2008: ص 184)

القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم (سيجمند فرويد، 1989 : ص 13)

القلق حالة من الألم النفسي تعمل كإشارة إلى الأنا من إن هناك خطا ر على وشك الوقوع وقد ميز فرويد ثلاثة أنواع من القلق، قلق الواقع، القلق الأخلاقي، القلق العصابي. (قاسم حسين صالح، 2008: ص 56)

يعرفه احمد عبد الخالق: بأنه شعور بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديد غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر وخوف لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول. (طه عبد العظيم حسي، 2007: ص 14)

أما علي عسكر" فيرى إن القلق هو شعور من التوجس والخوف والتوتر الذي ربما يرتبط

بشيء أو يكون عاما لا يرتبط بشيء معين (عسكر علي، 2002: ص 159)

كما تعرفه" زينب الشقير" بأنه حالة نفسية تحدث شعور بوجود خطر يهدد الفرد وهوينطوي علي توتر انفعالي تصبحة اضطرابات فسيولوجية مختلفة. (محمود الشقير زينب، 2005: ص 320)

القلق هو علامة ظاهرة لصراع مستمر في أعماق اللاشعور (الفيومي محمد إبراهيم، 1985: ص 57)

القلق شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد. (غاتم محمد حسن، 2006: ص 35)

ويعرفه" روجز" فيركز على عامل الخبرة التي يعيشها الفرد حينما يهدد شيء ما مفهومه لذاته (شاغر سوسن، 2008: ص 179)

2- الفروق بين القلق وبعض المفاهيم الأخرى:

1-2 القلق والخوف:

عادة ما يكون القلق اقل شدة من الخوف، ويصعب تحديد أسبابه مقارنة بالخوف عند الشخص القلق، وذلك أما انه غير واثق لما هو متوجس خيفة منه، أو يحدد أسباب غير منطقية لقلقه. يصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه التشابه بينهما ويبدو الشبه واضحا في الجوانب الآتية:

-في كل من القلق والخوف يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده.

-في كل من القلق والخوف حالة انفعالية تنطوي على التوتر والضغط.

-كل منهما يحفز الفرد لبذل الطاقة لحماية نفسه.

-كل منهما يصاحبه عدد من المتغيرات الجسمية .

كما أن هناك عدة فروق بين القلق والخوف:

القلق ذاتي وليس له وجود في العالم الخارجي ،لذلك يمكن القول إن الإنسان القلق يخاف من شيء مجهول لا يدركه ولا يعرف مصدره ، أما الخوف فموضوعه موجود في العالم الخارجي.

-الخطر في القلق شديد وموجه إلى كيان الشخصية والخوف ليس كذلك.

-حالة القلق مستمرة والخوف حالة عابرة ومؤقتة.

-يتشابه القلق والخوف إلى درجة كبيرة في كثير من الأعراض ،فكلاهما استجابتان سلبيتان تنشأ عندما يتعرض الفرد للخطر ، ويرى بعض الباحثين إن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر،حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة لظاهرة حقيقية وواقعية بينما ينظرون إلى القلق انه شعور مبهم غامض ذو خوف مستمر من مجهول،وان هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر بمعنى إن استجابة القلق تدوم أطول لأنها ترتبط بمواقف عامة،بينما استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال المثير لها. (محدب رزيقة، 2011 : ص64)

عادة ما يكون الخوف والقلق وحدة ملتصقة،لكن هناك بعض الفروق يلخصها احمد عكاشة في :

الجدول رقم01: محاور المقارنة بين القلق والخوف

الخوف	القلق	محاور المقارنة
معروف	مجهول	السبب والموضوع
داخلي	داخلي	التهديد
محددة	غامض	التعريف
غير موجود	موجود	الصراع
حاد	مزمن	المدة

أما التغيرات الفسيولوجية في حالة القلق الشديد تصاحبه مجموعة من الأعراض: زيادة ضغط الدم، زيادة ضربات القلب، توتر العضلات، استقرار وكثرة الحركة.

اما في الخوف الشديد فيصاحبه تغيرات فسيولوجية تتمثل في:انخفاض ضغط الدم،ارتخاء في

العضلات تؤدي أحيانا إلى الإغماء. (عكاشة احمد،1998: ص108)

2-2-القلق والحصر النفسي:

هناك فروق بين القلق والحصر النفسي، حيث نجد في اللغة الفرنسية القلق *angoiss* والحصر النفسي *anxiété* يختلفان في المعنى، فيعبر الحصر النفسي على انه إحساس مؤلم وخوف غير واضح يجعل صاحبه متيقظا من البيئة التي يعيش فيها، هناك باحثين يشيرون إلى انه لا يوجد فرق بينهما، ففي اللغة الانجليزية كلمة (*angoisse*) تعني (*anxiété*) وهذا ما نجده كذلك عند فرويد حيث استخدم كلمة الحصر النفسي نفسها كلمة القلق، نلاحظ انه من الباحثين من يريد الفرق بين القلق والحصر النفسي واضحا، فقد يعبر الحصر النفسي على إحساس مؤلم وخوف غير واضح يؤدي بالفرد إلى أخذ الاحتياطات والحذر، كما يعتقد باحثون آخرون انه لا فرق بين القلق والحصر النفسي فهما يعبران على معنى واحد. (محدب رزيقة، مرجع سابق: ص 64)

3- مستويات القلق:

هناك ثلاثة مستويات للقلق وهي:

3-1- المستوى المنخفض للقلق:

هذا المستوى من القلق يحدث عند الفرد بدرجة منخفضة في البيئة التي يعيش فيها ويعتبر قلق عادي لان وظيفة تنبيه الفرد لخطر ما على وشك الوقوع.

3-2- المستوى المتوسط للقلق:

هنا الفرد يصبح اقل قدرة على السيطرة على استجاباته، حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في المواقف المختلفة، ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

3-3- المستوى المرتفع للقلق:

يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية، أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة، ولا يستطيع الفرد التميز بين المثيرات الضارة والغير ضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. (محدب رزيقة، 2011: ص 64)

4- أنواع القلق:**4-1 القلق الموضوعي: (خارجي المنشأ)**

حيث يكون هذا القلق خارجياً وموجوداً فعلاً، ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي، وقد يطلق عليه القلق الدافع أو القلق الايجابي وذلك للارتباط هذا النوع من القلق بموضوع حقيقي يحمل مخاطر حقيقية. ولذا يكون القلق في هذه الحالة هو رد فعل مبرر لموضوع خارجي بحيث يهيئ الفرد نفسه للتعامل مع هذا الموضوع وتجنب مخاطره. (دبابنة ميشال، 1984: ص181)

وهي تجربة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد. حيث يكون القلق في هذه الحالة وظيفة تدفع الفرد للاستعداد لمتابعة هذا الخطر، أما بالقضاء عليه أو تجنبه أو استخدام وسائل دفاعية ضده، وهذا القلق يعد أمراً فطرياً وتبدأ هذه المخاوف منذ الميلاد حين يتعرض الطفل منذ الصغر إلى عدد كبير من المنبهات والمثيرات الخارجية فهي بمثابة الخبرات الانفعالية الأولى للخوف.

أمثلة على هذا النوع من القلق دخول الامتحان أو دخول عمل جديد أو الإقدام على الزواج انتظار خبر هام أو الانتقال إلى مكان جديد أو خطر يهدد مصير الأمة من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية. (معصومة السهيل المطيري، مرجع سابق: ص 279)

4-2 القلق العصابي: (المرضي أو داخلي المنشأ)

إذا كان النوع الأول من القلق خارجي المنشأ ومدرك من طرف الشخص وبيئته الخارجية فإن هذا النوع هو اخطر من الأول، لعدم تحديد سببه من جهة، والتوقعات المختلفة التي يتخيلها الشخص المصاب من جهة أخرى .

أي أن مصدر هذا القلق داخلي وينبع من شخصية الفرد الداخلية، وينشأ هذا النوع نتيجة للمحاولات الكثيرة التي تثيرها الغرائز والمكبوتات والتي تحاول بشكل أو بآخر الإفلات من اللاشعور، يمثل القلق هنا دور المنبه أو المنذر بالخطر للنا الذي يسعى إلى عدم إشباعها و كبتها من جديد (كفافي علاء الدين، 1999: ص 237)

ونشير إلى انه ينشأ صراع نفسي داخلي للفرد، وذلك من خلال اتخاذ طرق وأساليب للدفاع عن النفس، حيث يقوم الأنا باتخاذ صور متعددة يحاول الدفاع عن نفسه، والتي تمثل الحيل الدفاعية مثل

التبرير والإسقاط من أجل خلق نوع من التوازن والتكيف مع الظروف الجديدة. (منسي محمود عبد الحليم، ب ت: ص 52)

4-3 القلق الخلفي: وهو نوع من الخوف الموضوعي، حيث أنه يرتبط بموضوع محدد المعالم، لأنه ليس خارجي المصدر، بل يكون مصدره الأنا الأعلى، ويبدو في صورة إحساس الأنا بالذنب أو الخجل الناتجين عن التهديد ألهو، وذلك في تلك الحالات المتعلقة بالضمير أو القيم والتقاليد الأخلاقية أو ذات الطابع العقائدي. (الشقير محمود زينب، مرجع سابق: ص 328)

5- أعراض القلق:

للقلق مظاهر وأعراض متنوعة حيث يبدو في صورة أعراض جسمية فسيولوجية أوفي شكل أعراض نفسية وفي الغالب يكون مزيجا بين كلا النوعين. (الشقير محمود زينب، مرجع سابق: ص 329)

وهذا يرجع إلى اختلاف الأشخاص في استجاباتهم للمواقف وكذا حسب طبائعهم وتكوينهم الجسمي والنفسي والاجتماع (سيجموند فرويد، 1989: ص 14)

5-1 الأعراض النفسية: وهي تتجسد في عدة مظاهر

— الضغط أو شدة يشعر بها الفرد القلق وكذا شعوره بالعجز والعزلة وشعور بالعداوة.
— الشعور بالخوف وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه بمعنى توقع الدائم للأذى والمصائب والشر.
— الصعوبة في التركيز وتشتت الانتباه .

— عدم القدرة على التركيز في الأعمال التي يقوم بها .
— كثرة النسيان واختلال في مركز التسجيل في الذاكرة والفرد القلق لا يستطيع قراءة والإجابة عن الأسئلة وأيضا اختلال في تسلسل الإجابة واهتزاز الكلمات نتيجة لعدم احتفاظ بأي شيء في ذاكرته (سعد جلال، 1985: ص 193)

— عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب عن مواجهة مواقف الحياة .
— توتر الأعصاب وكذلك توهم المرض. (أشرف محمد ومحمد السيد، 2003: ص 103)

5-2 الأعراض الجسمية: وهي كثيرة ومتنوعة وتكون مصحوبة بإحساسات واستجابات مثل:
— الرعشة وزيادة نبضات القلب وكذا اتساع حدقة العين .

- ضيق التنفس والإحساس بالاختناق وشحوب الوجه .
 - الشد العضلي والإحساس بالتعب والفتل . (طه عبد العظيم حسين، مرجع سابق: ص 27)
 - الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة .
 - الغثيان ، الدوران ، جفاف الفم والحلق .
 - الصداع المستمر وتصيب العرق،صعوبة النوم وكذلك الأزمات العصبية الحركية مثل فشل الشارب ومص الإبهام (بهاء الدين ماجدة، مرجع سابق: ص 185)
 - فقدان الشهية أو الزيادة المفرطة في الأكل للهروب من القلق. (المشيخي، 2009: ص 19)
- 5-3 الأعراض النفسجسمية:** ويطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية
- الذبحة الصدرية، الربو الشعبي .
 - جلطة الشرايين التاجية .
 - روماتيزم المفاصل .
 - البول السكري .
 - قرحة المعدة و الإثني عشر، القولون العصبي .
 - فقدان الشهية العصبي وأيضا الصداع النصفي. (اشرف محمد عبد الغاني، محمد السيد حلاوة، مرجع سابق: ص 104).

6- أسباب القلق:

تعددت أسباب القلق ومنها ما يلي:

6-1 الاستعداد الوراثي:

إن التكوين الموروث لبعض الأفراد يهيئهم للاستعداد المسبق لاضطراب القلق وتبين بعض الدراسات انه % 25 من الأقارب المصابين بالقلق لديهم نفس الاضطراب الشيء الذي يفرز دور الوراثة في الاستعداد للقلق أي انه نتيجة استعداد فسيولوجي ناتج جزئيا عن وراثة جملة عصبية شديدة الحساسية للضغط والتوتر ويعود ذلك لزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي البراسمبثاوي ومن ثم يزيد الأدرينالين والنورإينالين في الدم. (الوقفي راضي، مرجع سابق:

ص 623)

6-2 الاستعداد النفسي:

إن إثبات الفرد لذاته داخل بيئته يشعره بالتهديد الداخلي والخارجي فأتثناء حله لمشاكله يشعر بالتوتر الشديد والتعرض للآزمات والصدمات النفسية والاحباطات التي تنشأ من أسباب متعددة اجتماعية-اقتصادية. (بهاء الدين ماجدة، مرجع سابق: ص188) ويرى " ادلر " أن القلق ترجع نشأته إلى الطفولة الأولى ،حيث يشعر المريض بالقصور الذي يشعره بالنقص وعدم الشعور بالأمان، وهنا ينشأ الصراع بين محاولات الإنسان الحصول على التفوق وشعوره بالدونية مما يدفعه للبعد عن الناس ، وقد أوضح " ادلر "أيضا أن أنواع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته أيام الطفولة لها تركيز في نشأة القلق. (فوزي محمد جبل، 2000: ص133)

6-3 العوامل الشخصية:

يمكن أن تلعب الشخصية دورا هاما حيث لاحظ الباحثون أن الأفراد الذين لا يظهرون الكثير من التقدير وذوي مهارات التكيف الضعيفة يظهرون أعراض القلق الكثير من غيرهم ،بالإضافة إلى ذلك قد تؤثر التجارب الحياتية في حساسية الفرد لتعرض للقلق. (سعد رياض، 2005: ص204)

6-4 العوامل الاجتماعية:

قد ينتج هذا القلق من مواقف الحياة التي تلعب البيئة دورا هاما في حدوثه وكذا تفقمه مثل مواقف الحياة الضاغطة التي نميزها في نوعين:

- الضغوط المباشرة التي تسبب الاستياء كالتى تختل في البيئة .
- الضغوط الغير مباشرة التي تربط بالصراع بين قوتين متعارضتين (سهيل المطيري معصومة، مرجع سابق: ص280)

— الضغوط الثقافية والبيئية الحديثة والمطالب المدنية المتغيرة والبيئية القلقة المشبعة بعوامل الخوف والضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمان والتنشئة الأسرية والاجتماعية مثل التسلط والقسوة والحماية الزائدة. (ماجدة بهاء الدين، مرجع سابق: ص188)

7- بعض النظريات المفسرة للقلق:

إن منشأ القلق ليس وليد الموقف الذي يتعرض له الشخص في الوقت الحالي، ولكن ذلك راجع إلى خبرات الشخص الماضية وهذه الخبرات التي اختلف حولها العلماء لتفسير ظاهرة القلق وذلك إن هذه الآراء النظرية المختلفة لم تكن نحو المفهوم ذاته، ولكن بالنسبة للرؤية النظرية اتجاهاً.

(رشاد علي عبد العزيز موسى، 1993 : ص 97)

ومن بين هذه النظريات نستدرج مايلي:

7-1- مدرسة التحليل النفسي

يرى فرويد إن القلق هو عبارة عن حالة من الخوف الغامض يختلف عن الخوف العادي الذي مصدره معلوم، وحاول الوصول إلى تفسير معقول يمكن من خلاله معرفة أنواع القلق التي شهدها حين ظن في بداية الأمر أن عدم الإشباع الجنسي وعدم تفريغ تلك الطاقة التي يسميه فرويد بالليبيدو هي التي تتحول إلى قلق، هذا التحول الذي يتم بطريقة فيزيولوجية بحتة، وتؤكد من أن القلق العصابي ناشئ من كبت الرغبة الجنسية التي تتحول فيما بعد إلى طاقة تكون سبباً في القلق الذي يعتبر المسبب الأول في ظهور الأمراض العصابية. (Remy Puyuelo-1980-P16)

وبدا فرويد تفكيره الجديد في محاولة معرفة أصل القلق الذي يظهر في الأصل كرد فعل لحالة خطيرة وهو يعود إلى الظهور كلما حدث ظاهرة خطيرة من ذلك النوع. ومن هنا يمكن القول أن قلق الطفل ظهر في بداية الأمر أمام حالة خطر، التي تتكون من تقدير الشخص لقوته بالنسبة لمقدار الخطر، ومن اعتارفه بعجزه أمامه عجزاً زبدنياً إذا كان الخطر موضوعياً، وعجزاً نفسياً إذا كان الخطر غريباً.

فاصل القلق لدى الإنسان يرجع إلى الصدمة الأولى من حياة الإنسان، من خلال انفصاله عن أمه أثناء عملية الميلاد، هذه الخبرة التي ينشأ عنها القلق الأول تتضمن مشاعر واحساسات جسمية مؤلمة، وهي العامل الرئيسي في القلق، وبالتالي يكون رد فعل الطفل ليس الخوف، لأن هذا الأخير يقتضي معرفة مصدره وإن الطفل غير قادر على تحديد وإدراك الخطر، فينشأ القلق ويبدأ الطفل في النمو ويصبح تعلقه بأمه كبيراً، نظراً للثقة الموجودة بينهما، كونها المصدر الرئيسي الذي يسهر على إطعامه وتنظيفه ومراقبته من الإصابة بالأذى وبالتالي مصدر إشباع كل رغباته، وتحقيق حاجاته الضرورية، وزيادة شوق الطفل لأمه من حيث كونها مصدر الإشباع وعجز الطفل عن إشباع

حاجاته، هي السبب الرئيسي لقلق الطفل. حيث يقول فرويد: إن الموقف الذي يعتبره الطفل خطراً والذي يريد أن يحمي نفسه منه إنما هو حالة عدم إشباع وزيادة التوتر الناشئ عن الحاجة وهي حالة يكون فيها الطفل عاجزاً. (سيجموند فرويد، مرجع سابق: ص 27)

وقد يحدث أن يستمر خوف الطفل في مرحلة ما، من خطر مناسب لفترة أخرى سابقة إن كثيراً من الناس يظلون أطفالاً في سلوكهم إزاء الخطر وان هؤلاء لم يتغلبوا على العوامل القديمة المسببة للقلق، وانكار ذلك معناه إنكار وجود الصعاب لان مثل هؤلاء الأشخاص بالضبط هم الذين يسميهم عصبين. (نفس المرجع السابق: ص 27)

7-2- المدرسة السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على انه سلوك متعلم من المحيط الذي يعيش فيه الفرد وهي نظرة متباينة مع نظرة التحليل النفسي ، ويؤكد السلوكيون إن القلق مرتبط بماضي الإنسان و ما يواجه من خبرات مؤلمة. ويعتبر القلق استجابة انفعالية مكتسبة تحت ظروف معينة وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي وهي استجابة خوف أثرت بمثيرات لا تثير الاستجابة ، واكتسبت عملية تعلم سابقة ، والقلق ما هو إلا استجابة لخوف تعلمه مسبقاً.

وقد استطاع زعيم المدرسة أن يصنع الخوف لدى الطفل البالغ من العمر إحدى عشر شهراً بعد أن تعود للعب مع احد الحيوانات المألوفة، ثم اشترط رؤية الحيوان بمثير مخيف وهو إحداث صوت عالي ومفاجئ وبعد استمرار العملية مرات حدث الاشرط وأصبح الطفل يخاف الحيوان الذي كان يألفه مع انه كان موضوعاً محايداً في الأصل، ولكن ارتباطه بمثيري حدث الخوف والقلق، أصبح كفيلاً بأحداث الخوف والقلق لدى الطفل . (علاء الدين كفاني، 1999: ص 272)

وهناك اتفاقاً بين المدرستين من حيث كون القلق خبرة مؤلمة في ماضي الفرد، ويعود الخلاف إلى تصور تكوين القلق، حيث مدرسة التحليل النفسي بعلاقته بمكونات الشخصية أو الشعور والاشعور بينما تحلل المدرسة السلوكية القلق في صورة الاشرط.

7-3- المدرسة الإنسانية :

يرى أصحاب هذا المذهب أن القلق يرجع إلى الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث قد تهدد وجوده أو كيانه، كالفشل في تحقيق أهدافه أو فقد بعض من طاقاته نتيجة لحدوث مرض، وينشأ القلق من توقعات الإنسان مما قد يحدث، وليس ناتجاً عن ماضي الفرد. ويرون إن الإنسان هو الكائن

الوحيد الذي يدرك نهايته، وتوقع الموت في أي لحظة وان توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان.

من هنا يمكن القول أن القلق هو حالة انفعالية نعيشها، وهي حالة مزعجة تتضمن مشاعر مختلفة تتسم بالغضب والخوف والتوتر، وتكون مرتبطة بتغيرات فيزيولوجية وجسمية يشعر الفرد أثناءها بالتوتر والفتور. وعليه لا يمكن إرجاع أسباب القلق إلى الماضي فقط حسب أري أصحاب المدرسة، فالقلق كما أرينا ينتج من خوف الإنسان من مستقبله كإنسان. (القريطي، 1998: ص 133)

7-4 – النظرية الإدراكية لكيلي (kelly) :

الذي يسمي منهجه هذا بنظرية " البناء الشخصي"، حيث يعتقد أن الدافع الأساسي في شخصية الإنسان هو الرغبة في التكهن بالمستقبل، وإننا نشعر بالقلق كلما ندرك بأن نظامنا التفسيري لا يستطيع تغطية كل الحقائق والوقائع اليومية أو إدراك وتوقع الأحداث. (شاغر مجيد سوسن، ب ت: ص 184)

7-5-نظرية العجز لماندلر :

ترى هذه النظرية أن القلق يحصل نتيجة لضعف التوازن أو التطابق بين التخطيط لما يحدث مستقبلا وبين إمكانيات الفرد وواقعه الفعلي الذي يعيشه. (ماجدة بهاء الدين، مرجع سابق: ص 184)

7-6-النظرية المعرفية:

قام العلماء المعرفيون بنقطة جديدة في ميدان العلاج النفسي، ويعتبر أليس وتورن ووليم سون وباتر سون هم من أهم من قدموا تصورا خاصا حول النظرية المعرفية في العلاج النفسي ورغم إن أغلبهم لا يولون للأحداث الماضية في حياة المريض نفس الدرجة من الأهمية للتحليلين، فهم يتفقون ضمنا مع السلوكيين لا مرض وراء عرض. (ابراهيم، 1994: ص 93)

فهم يرون أن القلق سببه مغالاة الفرد في الشعور بالتهديد، واعتباره مسبوقا بأنماط من التفكير الخاطئ المعرفي، بمعنى سوء تفسير الفرد لإحساساته الجسمية العادية فالفرد يعتقد ويتنبأ أسلوبا في التفكير وما يدركه من خصائص ترتبط بذاته وبالأخرين وهي أهم العوامل المؤثرة على طبيعة وحدة الانفعال. (أبو سليمان، 2007: ص 08)

وتعمل التوقعات السلبية على إزالة الآثار الإيجابية في حياة الفرد لأنه لا يرى من خلالها إلا المواقف السلبية فتتحول حتى الجوانب المضيئة في الحياة إلى سلبيات وبالتالي فان تلك التوقعات هي

إلا مغالطة للنفس، حيث يركز القلق أحيانا على الحقائق الايجابية أو المحايدة للتواصل إلى نتائج سلبية. (هاندي ونيف، 2001: ص 159)

ويرى الباحث إن النظرية المعرفية فسرت القلق وفقا للاضطراب المعرفي الذي يحدث للفرد نتيجة اعتقاد بعض الأفكار الأ عقلانية والمعتقدات الخاطئة .

7-7- نظرية الدافع:

لقد أعطى بعض الباحثين للقلق خاصية الدافع الذي يدفع الشخص للعمل والنشاط والتعلم، بمعنى أن الإنسان عندما يقوم بعمل يشعر بالقلق الذي يحفزه على انجازه حتى يخف هذا الشعور. وأشاروا أن وجود القلق دليل على وجود الدافع وبالتالي تحسن الأداء. أي أن القلق بمثابة جهاز إنذار مبكرا ينشط الكائن ليبدل جهد لانجاز مهامه. ويرون أن القلق برغم من انه مرتبط بالخوف فهو يجعل الكائن الحي أكثر يقظة لذا فان للقلق آثاره المتمثلة في التيقظ الإدراكي والدفاع الإدراكي. (كفاني، 1990: ص 351)

وكذلك ذهبوا إلى أن الفرد القلق يكون نشطا ويقوم بعملية التعلم من اجل تخفيض القلق ولكن في الواقع أمر مخالف للحقيقة وذلك لان القلق يجعل الفرد في حالة من الكدر والحزن وعدم الاستقرار وعدم القدرة على التركيز وظهور الانفعالات النفسية والجسمية الغير مرغوب فيها . (مرجع سابق، 1990: ص 352)

7-8 نظرية الحالة-السمة :

لقد توصل كاتل وسيلبيرجر إلى التمييز بين جانبين للقلق:

جانب القلق الذي نشعر به في موقف معين ويزول بزوال الموقف، وجانب الاستعداد للقلق أو الاستهداف للقلق في المواقف المختلفة، وأطلقا على الجانب الأول " - حالة القلق " وعلى الجانب الثاني "سمة القلق " ولقد عرف سيلبيرجر " حالة القلق " بأنها عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديدا في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي، وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة هذا التهديد. وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد حيث إنها حالة غير ثابتة تتغير بتغير الموقف بحسب التهديد الذي يدركه الإنسان في كل موقف فيزداد في مواقف الشدة وينخفض في مواقف الأمان وعدم الشدة.

أما سمة القلق فيعرفها سيلبيرجر وكاتل وكامل بأنها عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامنا حتى تنشطه منبهات داخلية أو خارجية فتثير حالة القلق وغالبا ما يستمد أصوله من خبرات

الطفولة المبكرة والمؤلمة كما أنها استعداد ثابت نسبيا وكامن في شخصية الفرد. (القريطي، 1998: ص133)

ويرى سييلبيرجر أن سمة القلق مفردة مركزية للكائن الحي قائمة على الخبرات السابقة وهي مثلها كباقي سمات الشخصية تتشكل في مرحلة الشباب والرشد.

أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك بل تستنتج أو يستدل عليها من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن ويتميز الأفراد ذو الدرجة المرتفعة في سمة القلق بميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطرا يهدد حياتهم ،وهؤلاء الأفراد أكثر تعرضا للمواقف العصبية. (غريب، 1998، ص: 356)

ويلاحظ الباحث من خلال ما سبق أن قلق الحالة يقابل القلق الموضوعي عند فرويد أي أن مصدره معروف ويزول بزوال الموقف الخطر، أما قلق السمة فهو مثل القلق العصابي بحيث انه شديد ولا يتناسب مع طبيعة الموقف الذي أثار القلق لدى الفرد . (المشيخي، 2009: ص 40)

8 – القلق والمرأة :

خلصت دراسة علمية دولية إلى أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالقلق بمعدل الضعف مقارنة بالرجال، وتقول الدكتورة ريميس إن ذلك ربما يرجع إلى التقلبات الهرمونية، أو لأن النساء أكثر عرضة للتوتر بشكل عام، أو لدورهن التقليدي في الحياة ،حين تصبح هذه الضغوط أقوى من قدرتها على التعايش معها أو مواجهتها. كذلك ليست كل مشكلات الصحة النفسية ناجمة من أسباب قابلة للتحديد. وفي بعض الأحيان لا نعرف سبب إصابة إحداهن بمشكلة في صحتها النفسية.

عندما تواجه المرأة ضغوطاً كثيرة كل يوم ، لمدة طويلة، قد تبدأ بالإحساس بأن الضغوط تفوق طاقتها، وأنها ما عادت تحتمل التعايش معها. وقد تزداد المشكلة إذا كانت قد تعلمت أن تهتم بالأخرين أولاً وتهمل حاجاتها الخاصة. ومع قلة تخصيص وقت لراحتها أو استمتاعها وكلاهما يقلل من الضغط ، قد تهمل علامات المرض أو الإجهاد في العمل. ولكونها امرأة قد لا تملك من السلطة ما يمكنها من تغيير وضعها. (علاء الدين الكفافي، 1999: ص190)

9 – علاج القلق:**9-1- العلاج السلوكي:**

يعتمد على التحصين التدريجي وذلك بتدريب مريض القلق العصابي على الاسترخاء العلي في حضور مثيرات للقلق حضورا واقعيا، وكذلك التعزيز.

9-2- العلاج المعرفي:

يعتمد هذا العلاج على تغيير الأفكار السلبية التي تساهم في زيادة أعراض القلق وذلك عن طريق البناء المعرفي و غيرها من الفنيات المعرفية التي تساهم في تغيير أفكار المفحوص.

– خلاصة الفصل:

وفي الأخير وخلاصة لما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستنتج أن أسباب القلق كثيرة، والتي حالة من الخوف والقلق الدائم نتيجة الافكال التي يختبرها المريض في ذهنه، وبالتالي قد يكون أفضل العلاجات لهذا الاضطراب هو العلاج السلوكي المعرفي للتكفل بالمرضى الذين يعانون من القلق لتخفيف من أعراض القلق.

الفصل الرابع:
التكفل النفسي (المعرفي - السلوكي)

تمهيد:

يعتبر التكفل النفسي وسيلة مواساة و مساعدة مختصة تقدم للذين تعرضوا لاعتداءات وانتهاكات أصابت بناءهم النفسي باضطراب.

في هذا الفصل سنحاول التعرف على معنى التكفل النفسي ومراحله، و تحديد نوع العلاج المتبع(العلاج المعرفي السلوكي) أين قدمنا تقنياته المعرفية والسلوكية والإستراتيجيات المتبعة في علاج العلاج أو التخفيف من القلق و التقليل من حدته المتمثلة في المقابلات التشخيصية والعلاجية ومقابلات التقويم والمتابعة .

أولاً: مراحل التكفل النفسي:**1- الفحص Examination:****1-1 مفهومه:**

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماماً لدى المعالج، من حيث أهميتها وهدفها وشروطها، ومصادر المعلومات والبيانات وخطوات الفحص. (حامد عبد السلام زهران، 2005: ص 157)

ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن.

يمكن القول كذلك على أنه مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية .
- تحديد منشأ هذه الاضطرابات
- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها .
- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص .

إن الفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للإضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وبهذا فإن الفحص النفسي نقصد به ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهما بقية أبعادها، ويعتبر الباحثان **Robbins** و **Stern** الفحص النفسي: "يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت، متى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص " (النابلسي محمد أحمد، 1989: ص 111)

1-2 الهدف من الفحص:

يكمن هدف الفحص في فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا، والوقوف على نواحي قوته وضعفه، وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي، وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب إليه، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

1-3 شروط الفحص:

يجب أن تراعى في عملية الفحص الشروط الآتية:

- دقة وموضوعية الفحص :وهذا من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق بالتالي تقييم عملية العلاج،مثلا إعادة بعض الاختبارات لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة العميل.
- بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق .
- حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص، ومساعدة المعالج حتى يستطيع أن يساعده فكثيرا ما يكون فحص المريض متعذرا بسبب ما يبديه من مقاومة وعدم التعاون، وفي هذه الحالة يحتاج المعالج إلى مهارة فائقة في عملية الفحص.
- سرية المعلومات :وهو أمر ضروري يجب أن يؤكد المعالج للمريض حتى يتحدث بحرية وثقة في جو آمن.
- تنظيم المعلومات وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ويضمن الحصول على صورة كاملة للشخصية .

- تقييم المعلومات التي يحصل عليها المعالج وعليه أن يحدد إذا كانت حقائق ثابتة أو احتمالية، ويمكن قياس صدق المريض بسؤاله عن بعض الأسئلة التي لا يمكن الإجابة عنها بالنفي.
- و على الفاحص أن يضع بعض الملاحظات العامة في حسابه أثناء عملية الفحص وهي كالتالي:
- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى ومن يسأل؟
- إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية .
- التأني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية .
- التثبيت وتجنب التخمين أو الاستنتاج الخاطئ .
- وضع مبدأ الفروق الفردية في الحسبان والنظر إلى العميل كإنسان فرد له شخصيته .
- سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد. (النايلسي أحمد محمد، 1989: ص119)

1-4 وسائل الحصول على المعلومات في الفحص :

إن هذه الوسائل يكمل بعضها بعضاً ومن أهم هذه الوسائل ما يلي:

- 1-4-1 المقابلة:** تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص، وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات اللازمة، فهي علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم فيها التساؤل عن كل شيء.
- تتم المقابلة بين المعالج والمريض وقد يستجوب أهله أو أصدقاءه...
- إن نتائج المقابلة مرهون بالإعداد الجيد للمقابلة، إذ يجب أن يكون المريض أثناء المقابلة مسترخياً واثقاً في المعالج، تسود بينهما علاقة طيبة مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول والتسامح، ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وأن يكون حسن الإصغاء ماهراً في كسب ثقة المفحوص، ويجب أن تخلو المقابلة من الأمر والنهي والإيحاء واستعجال المريض أو إكمال حديثه وألا تتخذ صورة التحقيق. (زهرا ن حامد عبد السلام، 2005: ص159)

إن الحديث عن الثقة يأخذنا إلى الحديث عن التحكم في انفعالات المختص (المعالج) التي هي عامل مهم في كسب ثقة المريض لأن الخطأ في التحكم الانفعالي قد يوقع المعالج في مأزق التشخيص

المتسرع للحالة بهدف التخلص منها، وفي هذا يقول Bernard P : "إن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعد كثيرًا من مراقبة لانفعالات الآخرين . " (النابلسي محمد أحمد، 1989: ص116)

عادة ما نستعمل في معظم البحوث والدراسات المقابلات من نوع:

— المقابلة المبدئية: هي التي تمهد للمقابلات التالية (مقابلة المعلومات) .

— المقابلة الفردية: تتم بني المعالج ومريض واحد فقط .

— المقابلة نصف الموجهة: لاهي مقيدة بأسئلة أو موضوعات أو تعليمات ولا هي حرة .

— المقابلة التشخيصية.

— المقابلة العلاجية (الإكلينيكية).

حيث يقوم الباحث بإجراء المقابلة في خطوات وعلى مراحل مرنة، تبدأ بالإعداد المرن لها وتحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها وبدئها بداية متدرجة مشجعة وتكون الألفة والتقبل وحسن الإصغاء وملاحظة سلوك المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة وفي الوقت المناسب، وإنهائها إنهاء متدرجا عند تحقيق هدفها . (زهران حامد عبد السلام 2005: ص159)

إن المواجهة بين المعالج والمريض تفرض على المعالج الاعتماد على دراسة المظهر الخارجي ثم طريقة الحوار معه كذلك محتوى أفكار المفحوص وهذا للوصول إلى عملية التشخيص.

— دراسة المظهر الخارجي: دراسة شكل الوجه، تعابيرته التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، فقدان القدرة على التعبير، الإيماءات...

— دراسة حركات المريض، هل هي غريبة، متصنعة، عصبية ...

— دراسة مزاج المفحوص الذي يمكن أن يعكس من خلال مظهره وتصرفاته قد يكون متفانلا أو متشائما، ضاحكا أو هو بين الضحك والبكاء دون سبب.

— دراسة النظرة التي قد تكون ثابتة، متحركة، كثيرة الحركة، حزينة ...

— دراسة ثيابه، تسريحته طريقة اختياره للألوان، درجة غرابته هندامه كلها عوامل تساعد على الفحص النفسي العيادي.

— مراقبة النشاط العام للمفحوص، هل هو جامد أم هو في حالة ذهول هل يرتجف لإراديا، هل هو مضطرب ومحتاج، هل يتخذ مواقف تشخيصية هل يعاني من الهبوط الحيوي.

— طريقة الحوار مع المريض :

إن اضطراب الحديث لدى المريض (المفحوص) هو أول ما يلتفت النظر أثناء الحوار معه، قد يكون على شكل تأتأة، ثرثرة...

— محتوى أفكار المريض :

إن اكتشاف محتوى أفكار المريض سيسمح للمختص بالتوجه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج، وقد يكون محتوى الأفكار هذيانيا وسواسيا، وهما مرضيا... (النايلسي محمد أحمد، 1989: ص128)

1-4-2 الملاحظة: نقصد بها الملاحظة العملية المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع

محدود من قطاعات سلوكه في مواقف الحياة اليومية الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي ومواقف الإحباط وغير ذلك مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض، من أنواعها نجد:

-الملاحظة المباشرة وجها لوجه مع المريض

-الملاحظة غير المباشرة دون اتصال مباشر مع المريض.

ومن عوامل نجاح الملاحظة نذكر السرية المهنية، الموضوعية، الدقة، الخبرة والشمول

لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات، ونقاط القوة والضعف، وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا.

إن إجراء الملاحظة يتطلب خطوات أساسية أهمها:

— الإعداد والتخطيط المحكم .

— تحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة.

— إجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر و الاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ

وتفسيره، ولقد سايرت الملاحظة المقابلة في دراستنا هذه. (النايلسي محمد أحمد، 1989: ص183)

1-4-3 دراسة حالة: هي وسيلة أو أسلوب لتجميع المعلومات حول المريض وهي تحليل

دقيق للموقف العام للمريض ككل، وبحث شامل لأهم خبرات المريض، وهي وسيلة لتقديم صورة شاملة

للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتلخيصها.

تعتبر تاريخ الحالة جزء من دراسة الحالة أي حياة المريض ماضيه وتتبع حياته ومن عوامل

نجاحها:

التنظيم والدقة في تحري المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل.

1-4-4 الاختبارات والمقاييس: وهي من أهم وسائل جمع المعلومات وهي متنوعة، ما يمكن الإشارة إليه أن هناك شروط يجب توفرها فيها وهي: الصدق والثبات، التقنين والموضوعية، سهولة الاستخدام، تعدد الاختبارات والمقاييس مع الاعتدال في استخدامها.

يتطلب إجراء الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة بعض الأمور الأساسية مثل: اختيار أنسبها حسب الحالة وحسن اختيار الأخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها وإثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب . (زهرا ن حامد عبد السلام ، 2005: ص160)

2- التشخيص Diagnostic :

1-2 مفهومه: كلمة التشخيص جاءت من أصل إغريقي يعني " الفهم الكامل " Thorough understanding ، والتشخيص كما يعني في الطب النفسي وفي علم النفس، يتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشمل على الملاحظة الوصف، تحديد الأسباب، التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة المريض، بهذا فالتشخيص هو تقويم خصائص شخصية العميل (قدراته، إنجازاته، سماته التي تساعد في فهم مشكلاته). (لوييس كامل مليكة، 1992: ص47)

وفي علم النفس الإكلينيكي: التشخيص يعني تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته وسمياته، وأعراضه المرضية، ودرجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على حقيقة المشكلة، التي يعانيها المريض، وإخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته، إذ هو عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض، تتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه. (زهرا ن حامد عبد السلام ، 2005: ص172)

فالتشخيص بالتالي نقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، ثم تجميع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج. (أديب محمد الخالدي، 2006: ص30)

2-2 هدف التشخيص : تتمثل الأهداف العامة للتشخيص الإكلينيكي في:

– تحديد العوامل المسببة للاضطراب .

– التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي .

– تقدير عمق وشدة درجة الاضطراب .

– التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب .

– تحديد طريقة العلاج التي تناسب الاضطراب. (لويس كامل مليكة، 1992: ص 48)

ما يمكن الإشارة إليه أن التشخيص قد يكون سهلاً إذ يصل إليه المعالج عند النظرة الأولى أي في أول المقابلة الأولى وهذا مرهون بالخبرة العلاجية للمعالج، كما يكتفي المعالج بإجراءات قليلة في عملية الفحص، ولكن يجب أن نؤكد على أن يتأني المعالج في وضع التشخيص لأن بعض الاضطرابات متداخلة فيما بينها . (زهران حامد عبد السلام 2005: ص 173)

3- العلاج la thérapie :

يتمثل الهدف النهائي في العلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لا بد من الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، وإلا كان العمل عقيماً، ينبغي إذن أن توضع للعلاج خطة وأن تكون هذه الخطة موضع التنفيذ. (جيلفورد، 1980: ص 635)

4- المآل pronostic :

يمكن القول أن الفحص يتناول ما في الماضي وحاضره (ماذا حدث وما يحدث) في حين أن التشخيص يتناول حاضر المرض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما بالنسبة للمآل فهو يتناول مستقبل المرض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره، ويتضمن المآل التنبؤ الذي يتحدد في ضوء بدايته وأسبابه، أعراضه، فحصه وتشخيصه، طريقة علاجه، شخصية المريض وتوافقه، بيئته وظروف حياته وصحته العامة.

حال المعالج عندما يحدد المآل كالطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل أي بمآل العملية التي سيقوم بإجرائها فيحدد نسبة النجاح المحتمل.

الهدف من المآل :تهدف عملية تحديد المآل إلى :توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع،وتحديد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح . (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص189)

– الفرق بين التشخيص والفحص والعلاج :

الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح فالفحص الدقيق المنظم باستخدام وسائل وطرق عملية، يتم تقييمها وتفسيرها بدقة وتلخيصها فلاشك أنها تؤدي مباشرة إلى التشخيص الذي يرتبط بالعلاج، فكلًا من هذه المراحل الثلاث: الفحص، التشخيص و العلاج متصلة فيما بينها ومرتبطة.

إن عملية التشخيص تدخل في صميم عملية العلاج ولا تقتصر على كونها مجرد تمهيد له، فالمريض يشعر بالثقة ويكتشف الحقائق عن نفسه، ويزداد فهمه لشخصية ويطمئن بمجرد انتقال المسؤولية إلى المعالج الذي شخص مشكلته، فأسباب المرض والأعراض قد وضحت والمرض قد شخص وتحدد طريق العلاج وزاد الأمل في الشفاء. (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص 178)

ثانيا : العلاج المعرفي السلوكي:

1– مفهوم العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صيغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل.

فمهما تعددت مدارس العلاج النفسي فكلها تهدف إلى علاج المريض نفسيا، ومن المبادئ الأساسية في، العلاج ألا يقتصر المعالج على طريقة واحدة ويعتبرها شاملة . (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص 183)

1-1 أهداف العلاج النفسي: تتعدد طرق العلاج فمهما اختلفت هذه الطرق فإنها تسعى جميعا إلى تحقيق الأهداف العامة للعلاج، النفسي، وتشترك كلها في الإجراءات العامة لعملية العلاج النفسي. (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص 207)

مهما تعددت واختلفت المدارس التي ينتمي إليه المعالجون النفسيون فإن هدفها واحد وهو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي، أي مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الآخرين، والتوافق مع نفسه ومع بيئته واستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مطالب والواقع والحياة في سلامة وسلام. (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص 186)

2- تعريف العلاج النفسي المعرفي:

هو علاج نفسي حيث يتعاون المريض والمعالج على استعمال منهجية تجريبية من أجل تحديد مشاكل محددة، وهو علاج يركز على 03 مسلمات قاعدية ويتكون من ثلاثة مراحل متتابعة:

- المبدأ الأول: بي العلاج المعرفي يتمثل في أن الأفكار تؤثر في الانفعالات والسلوكيات.
- المبدأ الثاني: يتمثل أن التشوه المعرفي يستطيع أن يولد انفعالات وسلوكيات مرضية بإمكان الممارس النفسي أن يعدل هذا النشاط المعرفي المضطرب ويتلقى في المقابل تعديل علاجي للانفعالات والسلوكيات، فالأخصائي النفسي يلعب دور البداغوجي أكثر من دور المعالج.
- المبدأ الثالث للعلاج المعرفي: المفحوص طرفا أساسيا في تحليل المشكلات والبحث عن حلولها. وهذه الطريقة تمر بمراحل ثلاثة: يتعلق الأمر أولا بتحديد الأفكار الخاطئة ثم توضيح سبب ظهور هذه الأفكار محللين بذلك طريقة معالجة المعلومات من قبل المريض ثم توضيح الطريقة الأقل سلبية والأكثر فعالية من طرف المعالج والمفحوص يفرض تطبيقها. (عرعار سامية، 2002، نقلا عن Jacques lacomte : ص 108)

3- تعريف العلاج النفسي السلوكي:

يتضمن تعديل وتغيير السلوك المرضي كما تبدوا الأعراض السلوكية للمرض النفسي، ويعتبر العلاج السلوكي تطبيقا عمليا لقوانين ومبادئ التعلم في مجال العلاج النفسي. (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص 210)

4- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يجمع العلاج النفسي المعرفي السلوكي بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، وهو يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا، تعد هي المسؤولة عن الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق، في نفس المنطق يتحمل المريض المسؤولية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية . (عادل عبد الله محمد، 2000: ص 18)

عادة ما يركز العلاج النفسي المعرفي السلوكي على تقنيات وفنيات معرفية تتمثل في (إعادة البناء المعرفي لبك beck، والتحليل الانفعالي العقلاني ل إليس وغيرها)، أما عن التقنيات السلوكية فتتمثل في (التدريب على الاسترخاء، التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، التعلم بالنمذجة، البحث عن مكان آمن...إخ).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث، يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، وهو عملية تتسم بالتعاون الإمبريقي بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها إمبريقيا والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية، كما يتم التعامل مع معتقدات المريض على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية. (عادل عبد الله محمد، 2000: ص 31)

ويتمثل الغرض من العلاج السلوكي المعرفي في كونه يساعد المرضى على تغيير الطريقة التي يفكرون بها وكذلك الطريقة التي يسلكون بها، كذلك تصحيح التشويهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم حديث الذات الخاص بالشخص ومن ثم سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة . (فايد حسين، 2006: ص 96)

5- العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي :

إن العلاج السلوكي المعرفي يعتمد أساساً على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمتعالج، لأنها تلعب دوراً أساسياً في العلاج، ويشترط في هذه العلاقة العلاجية أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الارتباطات والتعلقات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذي ينشأ بينهما، والأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين، والتي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمتعالج حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها.

وتتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية كالتالي:

- أ- **الاتفاقات:** تشير إلى تلك الارتباطات التي تنشأ بين الطرفين المعالج والمتعالج ويتم عقدها بينهما.
- ب- **الأهداف:** تشير إلى ما يطمح إليه الطرفان وما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل.
- ج- **المهام:** تشير إلى تلك الأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية. (عادل عبد الله محمد، 2000: ص38)

6- الاستراتيجيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي:

6-1 المقابلات التشخيصية: المقابلة التشخيصية لا تختلف عن المقابلة العلاجية في

خصائصها أو مهاراتها أو فنياتها ولكنها يختلفان في الهدف الأساسي لكل منهما. وصف كورشين (1976) المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المعالج النفسي على فهم المشكلات التي يعاني منها المريض مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية المستقبلية. ويرى كورشين (1976) أن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض حتى يمكن وصفها بدقة وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تغطي عدة مجالات هي العمليات العقلية وطرق التفكير، الخلل الحسي والإدراكي، الوعي بالزمان والمكان، التعبيرات الانفعالية، الاستنبصار الداخلي ومفهوم الذات، السلوك العام والمظهر الشخصي. (ماهر

محمود عمر، 1987، ص 282)

ويستعمل فيها أدوات الكشف التالية:

6-1-1 التحليل الوظيفي ومراحله l'analyse fonctionnelle est ses etapes

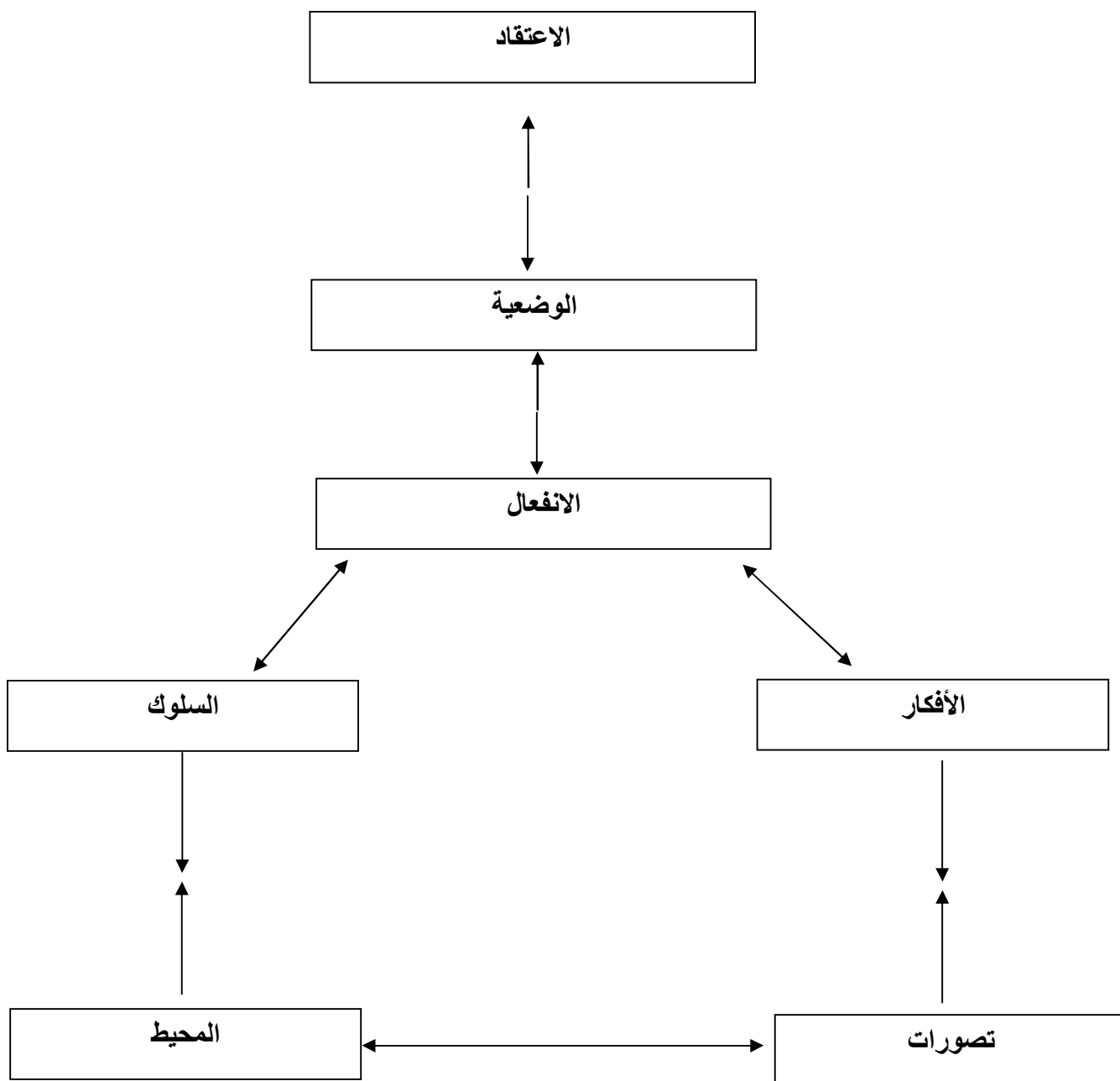
هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعيته القلقة، العوامل المفجرة الأسباب، و النتائج الأثارأيضا، العوامل التي تحفظ السلوك و الأفكار التي تصنع المشكل، في المقابلات الأولى فإن هذا التحليل يسمح بدراسة مع المفحوص العوامل الماضية و الحالية، الانفعالات، الأفكار و محتوى المحيط، فرضيات التشخيص و انطلاقا من هذا التحليل الوظيفي تفترض الوسائل والتقنيات الملائمة، والنموذج المستخدم هو شبكة سيكا SECCA (الوضعية، الانفعال، السلوك، المعارف، الاعتقاد) (Chantal De May-Guillard, 2008, p56)

وهناك نماذج عديدة أخرى

- 1-فحص المشكل الخاص :ويتضمن تحديد تكرار المشكل، شدته، فترته، مختلف الأشكال التي يظهر بها السلوك، كل ما يدور بالسلوك سيحلل بدقة.
- 2-توضيح وضعية المشكل :العمل على فحص مختلف العوامل التي تعمل على استمرار أو بقاء المشكل، وتقييم النتائج التي يمكن أن يحدثها المشكل على المفحوص ذاته وعلى محيطه (الأسرة الوسط العملي، هواياته، الشبكة العلائقية...الخ)
- 3-تحليل الحوافز :بواسطة أسئلة توجه إلى المفحوص، المعالج سيبحث في حياة المفحوص عن كل المعززات الإيجابية أو السلبية للمفحوص، وبإمكانه أن يستخدم قائمة المعززات التي يكونها في البرنامج العلاجي المختار.
- 4-تحليل النمو :يتلقى المعالج تاريخ حالة المفحوص والسوابق العيادية كذلك تاريخ الأعراض.
- 5-تحليل التحكم الذاتي :بفضل هذا التحليل يتم التعرف على الإستراتيجيات التي تتوفر في المفحوص لكي يكتسب التحكم الذاتي في المواقف اليومية، بالتالي التعرف على النتائج الإيجابية والسلبية لهذا التحكم.
- 6-تحليل العلاقات الاجتماعية :تقيم نوعية الشبكة الاجتماعية للمفحوص، وكذلك يقيم النمط العلائقي الذي يربطه مع مختلف الأقرباء، والتعرف على تأثير السياق الاجتماعي، والعلائقي على سلوك المفحوص.
- 7-تحليل المحيط السوسيوثقافي والفيزيقي :إن المحيط الفيزيقي والسوسيوثقافي يحدد السلوك المشكل في جذوره الثقافية.

يكمل التحليل الوظيفي بتطبيق عدة اختبارات تهدف إلى التقييم الذي يجب أن يتواصل بعد نهاية العقد العلاجي، يهدف تقدير التغيرات السلوكية في نهاية العلاج . (Mirabel Sarron, 2004, p 22)

6-1-2 شبكة سيكا وتحليلها SECCA :



الشكل رقم (01) شبكة سيكا La Grille Secca

أعدت شبكة **SECCA** للمشاكل المتعلقة بالقلق والاكتئاب، الخوف، الهلع، اضطراب الوظائف الجنسية، تتكون من المتغيرات التالية:

— المثير-الوضعية (S) Stimulus

— الانفعال (E) Emotion

— المعارف (C) Cognition

— السلوك (C) Comportement

— الاعتقاد (A) Anticipation

أساسيا وتطبيقيا فهي مقسمة إلى جزء مترامن *synchronique* وجزء آخر طولي *Diachronique*، الأول يسمح بتحليل التفاعلات في تعاقب مثير انفعال، معارف، سلوك كذلك نتائجها على المحيط الاجتماعي.

الثاني يجمع أحداث القصة التي حدثت للمريض سواء المتعلقة مباشرة مع السلوك المشكل العوامل المفجرة الأساسية أو استخراج معطيات وراثية حول الشخصية: أمراض جسمية أو مشاكل أخرى.

6-2 المقابلات العلاجية: في حين وصف كورشين (1976) المقابلات العلاجية على

عكس المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المريض علي فهم نفسه حتى يتمكن من إحداث التغيرات المرغوبة في مشاعره وسلوكه. (ماهر محمود عمر، 1987: ص 281)

6-3 إستراتيجية التقويم: إن تقييم عملية العلاج النفسي أمر هام وضروري يحتاج إلى

تخطيط وإعداد برنامج خاص به يتحدد فيه هدف عملية العلاج، ومضمونها وطريقتها ويتوقف نجاح عملية العلاج النفسي على عوامل أهمها طريقة العلاج ونوع وشخصية المعالج وشخصية المريض، ويشترك في إجراء تقييم عملية العلاج كل من المريض والمعالج النفسي. من أهداف إجراء التقويم:

— الكشف عن مدى فعالية ونجاح العلاج في تحقيق أهدافه .

— الكشف عن مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة .

— الكشف عن مدى نمو شخصية المريض ومدى توافقه النفسي وتمتعته بالصحة النفسية . (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص198)

— **التقويم الذاتي**: هي عملية يقوم فيها الفرد بالحكم على مدى تغير سلوكه، ويقرر إذا ما كان هذا التغير قد ساعد على تحقيق أهدافه، ومن ثم يتمكن من تحديد مدى نجاحه في الوصول إلى أهدافه.

4-6 إستراتيجية المتابعة: تهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة وتحديد مدى وأثر وقيمة ونجاح عملية العلاج وتحديد نسبة الشفاء ومدى استفادة المريض من الخبرات العلاجية في مواقف الحياة العامة والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية لحاجات المريض كما يعيشها في الواقع.

تحتاج المتابعة المنظمة إلى المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفائه لفترة محددة وقد يتم الاتصال بعد شهر ثم ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر ثم سنة وقد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مكان العمل.

بالنسبة لطرق الاتصال قد يتم شخصيا في العيادة النفسية أو عن طريق هاتف وقد تستخدم طرق في تقييم العلاج مثل التقارير الذاتية التي يكتبها المريض عن تطور حالته.

7- الطرق العلاجية في النموذج المعرفي السلوكي:

1-7 الطرق العلاجية المعرفية:

1-1-7 التربية النفسية: تهدف التربية النفسية على إزالة الغموض و توضيح المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه الحالة ،لما لذلك من أثر مطمئن ،يهدف كذلك إلى توضيح مزايا وآثار مختلف التقنيات العلاجية مع الحرص على إشراك العميل في فهم و إختيار أنسب التقنيات منها، تساعد التربية النفسية كتقنية تكفلية ممهدة لتقنيات تكفلية أخرى على إثارة دافعية العميل وإقباله على الخضوع لعملية التكفل النفسي، وقد تكون لها في الكثير من الاحيان أثر علاجيا .

بالنسبة للعميل فإن فهم التشخيص الذي يضعه الأخصائي النفساني (الباحث) وفرز الاعراض المصاحبة له يكون له أثر مخففا و مطمئنا على نفسية الحالة الذي قد يعيش أياما وأسابيع تحت الضغط و القلق دون التمكن من إدراك ما يحدث له .

قد يكون من الأنفع كذلك كتابة المعلومات المتعلقة بالمشكلة بطريقة منظمة وبلغة سهلة ومفهومة وتقييمها للحالة ليتخذها كمرجع، إذ وجب على النفساني المتكفل (الباحث) أ، يتأكد في نهاية

كل مقابلة من فهم العميل و لأجل ذلك يقوم بفحص الفهم بتوجيه بعض الأسئلة المباشرة، قد يوجه الباحث العميل إلى قراءة بعض كتب، مجلات...، إن أمكن من أجل توسيع الفهم و تعميقه مع مرعاة رغبة العميل في الاقبال على القراءة، ومن المهم جدا بعد نهاية كل حصة طلب من العميل في الاقبال على القراءة و من المهم جدا بعد نهاية كل حصة طلب من العميل طرح ما يوده من أسئلة تتعلق بما دار خلال الحصة . (frédéric fanget .2007.p74)

7-1-2 التحليل العقلاني للأفكار السلبية و تغييرها :إعادة البناء الفكري :

هي إستراتيجية علاجية تهدف إلى تصحيح التشوهات المتعلقة بالعالم المعرفي للفرد، أفكاره وتوقعاته وتقويماته و كما تهدف إلى تعلم بدائل وطرق أكثر واقعية لصياغة التجارب .(منصوري سامية، 1992: ص70)

يتضمن تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلا: كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها أي فرد ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات متعلمة، والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التي اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، والتخفيف من الشحنات الانفعالية القوية الناتجة عنها، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي، أي أن الاستبصار هام جدا في هذا العلاج. إن علاج إعادة البناء يهدف إلى تغيير الشخصية وإعادة بنائها، وتغيير عادات المريض السلوكية، وطريقة تفكيره، واتجاهاته الأساسية وأسلوب حياته، ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين، وفيه يقوم المعالج بالتحليل والتركيب حتى يصل في النهاية إلى التغيير المنشود في شخصية المريض . (زهرا ن حامد عبد السلام، 2005: ص 208)

تتضمن على المعلومات يرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكسبها خلال مراحل النمو، حيث أن الأبنية المعرفية السائدة في حالة الاكتئاب تتعلق بالآراء السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، في حين تتعلق الأبنية المعرفية حالة القلق بالخطر واحتمال التعرض له . (عادل محمد عبد الله، 2000 : ص 60)

حسب بيك فان الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثبرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام

المعرفي الداخلي الذي ميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها . (عادل محمد عبد الله، 2000 ، ص67)

إن هذا الأسلوب العلاجي يهدف إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكره وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، فتعديل السلوك يعتمد على تعديل التفكير .

إن التعرف على الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية) التي هي أفكار سلبية تؤثر سلباً في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، من ثم في قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية زائدة لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث، وبالتدريب والتعليم يتمكن الفرد من تعديلها لأنه يصعب التعامل معها لصعوبة تحديدها كون أن الفرد لا يعي بها . (عادل محمد عبد الله، 2000: ص69)

كما أن الأفكار التلقائية تلعب دوراً هاماً في بقاء الحالة المكتئبة، فعدم إدراك الأفكار السلبية هي التي تجعل الفرد يبقى في الحالة الاكتئابية، وهذا الأسلوب العلاجي يهدف إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكره، ذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، فتعديل السلوك يعتمد على تعديل التفكير .

7-1-2-1 أسس العلاج العقلاني: يقوم العلاج العقلاني الانفعالي على أساس عدة مسلمات خاصة بطبيعة الإنسان وتفسير سلوكه وتحديد مصدر اضطرابه وهي:

- الفكر والانفعال مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهما في الآخر، والتفكير والانفعال والسلوك .
 - تشكل مثلث يؤثر كل واحد فيهم على الآخر .
 - الإنسان ما بين عقلائي وغير عقلائي، والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة النفسية .
 - الاضطراب النفسي الانفعالي والسلوك العصابي ينتج عن التفكير غير العقلاني وغير المنطقي والعصابي هو شخص أفكاره غير عقلانية، عاجزاً انفعالياً، سلوكه مدمر للذات .
 - ينبع التفكير غير العقلاني من التعلم غير المنطقي من الوالدين والثقافة .
 - تفكير الإنسان هو الذي يلون المدركات يجعلها حسنة أو رديئة، نافعة أو ضارة، مطمئنة أو مهددة .
 - الأفكار السالبة أو الخادعة للنفس والتي تقوم على أساس غير عقلائي وغير منطقي يمكن تعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلائياً ومنطقياً . (زهران حامد عبد السلام، 2005: ص368)
- وفيما يلي خطوات العلاج:

1- محاولة التعرف على أفكار المريض، تحديد غير العقلاني منها.

2- إخبار العميل أنها غير منطقية وخرافية، وأنها أدت إلى اضطرابه الانفعالي مع ذكر أمثلة من سلوكه المضطرب.

3- اختبار العميل أن اضطرابه يستمر إذا استمر يفكر تفكيراً غير منطقي وهذا التفكير هو المسؤول عن حالته وليس تأثير الأحداث السابقة.

4- تغيير تفكير العميل وإلغاء الأفكار غير العقلانية.

5- تناول الأفكار الخرافية العامة، وإرساء دعائم فلسفية عقلانية جديدة للحياة بحيث يتجنب العميل الوقوع ضحية لأفكار ومعتقدات غير عقلانية وخرافية أخرى.

تتحقق عملية العلاج عند إحلال المعتقدات والأفكار العقلانية محل غير العقلانية، بالتالي فإن الانفعالات السالبة المؤدية إلى الاضطراب تزول هي والسلوك المصاحب لها.

7-1-2-2 فنيات العلاج العقلاني: تتلخص فنيات العلاج العقلاني - الانفعالي فيما يلي:

✓ فنيات خبرية انفعالية **Experiential Emotive techniques** :

تتعرض للمشاعر وردود الفعل تجاه المثيرات والمواقف والخبرات المنشطة.

✓ فنيات سلوكية **Behavioural techniques** :

تعديل السلوك غير المرغوب وتغييره إلى سلوك مرغوب وتدعمه.

✓ فنيات معرفية **Cognitive techniques** :

تغيير الأفكار غير العقلانية والفلسفة غير المنطقية إلى أفكار عقلانية وفلسفة منطقية (حامد عبد السلام

زهران، 2005: ص 372)

7-2 الطرق العلاجية السلوكية:

7-2-1 تقنية الاسترخاء (التنفس):

يعمل الاسترخاء على إضعاف العلاقة بين "القلق والتوتر" وهذا الذي يؤدي إلى انطفاء الفعل

المنعكس الشرطي المرضي، بذلك لا يستجيب المفحوص بالتوتر أو القلق عندما يصادف مواقف

ضغط شديدة إذ لجأنا إلى التمرينات الاسترخائية التي تخفف من القلق وتخفف عنه أو تقضي عليه.

(عرعار سامية، 2002 : ص 146)

وفيما يلي سنتعرض إلى مفهوم الاسترخاء:

قبل الحديث عن هذه التقنية يجب أن نلقي الضوء أولاً ولو بصورة مختصرة على ظاهرة التنفس

وكيف يتم لأنها مرحلة أساسية في الاسترخاء التي هي عملية لا إرادية ولا واعية أساساً يتم التحكم بها

من قبل مركز التنفس في المخ، وتتمثل عملية التنفس في إدخال الأوكسجين (O_2) الذي هو الشهيقي أي سحب الهواء إلى داخل الصدر يتم ذلك بانقباض الحجاب الحاجز وارتفاع الأضلاع وخروج (CO_2) نتيجة انقباض الصدر وارتفاع الحجاب الحاجز (الذي هالزفير) ووقفه الزفير.

التنفس في حالات الإجهاد والقلق:

باعتبار التنفس عملية تلقائية، فالكثير من الناس يتعودون على طرق غير صحيحة من التنفس نتيجة الضغط أو الإجهاد أو القلق.

إن الإجهاد يؤدي إلى تغيرات في العمليات الحيوية المختلفة ومنها التنفس حيث يصبح سريعاً وتصاحبه تهديدات عميقة في بعض الأحيان، كما يشعر البعض بحالة من الاختناق أو الانقباض أو ثقل على الصدر يأتي الشعور بالاختناق هنا ليعكس الحالة النفسية وليس الحاجة إلى الهواء بل بالعكس يكون تجدد الهواء في الصدر أسرع من الطبيعي وزائد عن الحاجة الفسيولوجية للجسم.

يتمثل الأثر الفسيولوجي لعملية التنفس السريع هو أن إخراج ثاني أوكسيد الكربون يصبح سريعاً مما يؤدي لزيادة قلوية الدم، هذا يؤدي إلى الشعور بالخفة والدوخة في الرأس.

يمتد الأثر الفسيولوجي للتنفس ليؤثر على العمليات الانفعالية والشعور، فعملية التنفس المنتظم تنظم عمل المراكز الأخرى في المخ كضربات القلب وضغط الدم.

إن عملية التنفس البطني والعميق يصاحبها تغيرات فسيولوجية معاكسة للإجهاد، أين الفرد يحس بالراحة في العضلات المختلفة في الجسم، بالاسترخاء.

7-2-1-1 تعريف الاسترخاء: يعرف بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات

والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. (عبد الستار إبراهيم، 1994: ص154)

تعد الاسترخاء طريقة لمواجهة الضغط والقلق، بحيث يعمل على صرف الطاقة التي تحت تحكم الجهاز العصبي السمباتي، إذ يجب خلق فترة من الراحة والاسترجاع تحت عمل الجهاز العصبي البارسمباتي، ويعتبر الاسترخاء مضاد للقلق، فهو يبعد الضغط عن الجسم، كما تلعب دور المحافظة على الصحة والوقاية منها. (Bruno, 1998 : p199)

يجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية، فالكثير من الأفراد ممن يعيشون طول الوقت في حالة من التوتر الشديد،

ويصطحب هذا باستثارة في الجهاز العصبي، من مظاهرها جمود عضلات بعض الأعضاء، وارتفاع الضغط وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

إن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتواقفه، فالأشخاص في هذه الحالة من الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً . (عبد الستار إبراهيم، 1994 : ص 152)

7-2-1-2 التدريب على تقنية الاسترخاء: إن التدريب على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية يستغرق عادة 6 جلسات علاجية في كل منها يجب أن تخصص 20 دقيقة على الأقل للتدريب عليها، في نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات عليها لمدة 15 دقيقة يومياً بنفسه، ويجب قبل بدء التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصور عام لطبيعة اضطرابه النفسي (القلق) وأن نبين أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية والقلق. (عبد الستار إبراهيم، 1994: ص 160)

وفي الحديث عن الاسترخاء فإنه يستخدم كذلك كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي، لهذا من الضروري القيام بعمليات محاولة الاسترخاء لدقائق قليلة يومياً، وخاصة قبل الدخول في مواقف حياتية مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجري أثناء الترشح لعمل ما...

ضف إلى ذلك فإن أسلوب الاسترخاء يستخدم في الكثير من الأحيان لتغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية . (عبد الستار إبراهيم، 1994: ص 164)

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا لهذا الفصل نخلص للقول بأن التكفل النفسي المعرفي السلوكي واحد من العلاجات النفسية التي تجمع بين التقنيات السلوكية من جهة والتقنيات المعرفية من جهة أخرى، كما أن هذا العلاج يبنى على أساس العقد العلاجي، أين تتضح لكل من المختص النفسي والمريض الاتفاقيات المهام والأهداف التي تريد الوصول إليها.

وفي هذه الدراسة التي تدور حول التكفل النفسي المعرفي السلوكي لدى النساء ضحايا العنف اللواتي يعانين من أعراض القلق ، قد تفرض عليهن حالتهم هذه أن يطلبن المساعدة النفسية والتكفل النفسي أو يلتجئن إلى أهلهم إن كان لديهن سند عائلي واجتماعي.

يعتبر الاسترخاء أحد التقنيات العلاجية التي بفضها يمكن التخفيف من الضغط والقلق كما أن التعزيز عامل مهم في تشجيع وحث المفحوصة على اكتساب مهارات اجتماعية وسلوكية جديدة مضادة للتوتر والقلق.

الجانب التطبيقي



الفصل الخامس
منهجية الدراسة وأدوات البحث

– تمهيد .

كل بحث يتضمن على جانب نظري يتضمن إشكالية الدراسة وتحديد فرضياتها واستعراض أهم الجوانب التي لها علاقة بموضوع الدراسة، ألا وهو التكفل النفسي المعرفي السلوكي لدى النساء المعنفات اللواتي يبدن أعراض القلق ، ليأتي هذا الفصل لمحاولة إيجاد الطرائق و الأدوات لإختبار الفرضيات التي طرحناها ذلك إعتقاداً على طريقة التكفل النفسي في الميدان .
و فيما يلي سنتطرق إلى أهم الإطار المنهجي لدراستنا و أهم الادوات المستخدمة في هذا البحث في الجانب التطبيقي .

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من المراحل الاولى لكل دراسة علمية محددة بإشكالية معينة، حيث تساعد في الكشف عن التغيرات التي يمكن أن تكون لها علاقة بأحد متغيرات البحث و بأكثر من متغير بالإضافة إلى أنها تسهل للباحث عملية التأكد من صحة توافق المنهج المختار للدراسة مع متغيراتها، وكذا معرفة مدى ملائمة أدوات القياس. (المليجي، 2000: ص64)

1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- وباعتبار الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة وأساسية في البحوث النفسية والاجتماعية حيث تهدف إلى إكتشاف الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع المعاش ،هدفنا من خلالها ما يلي:
- جمع أكبر كمية من المعلومات والبيانات النظرية التي تساعد على صياغة المشكلة صياغة دقيقة وتحديد الفرضيات.
- التعرف على ميدان الدراسة والحصول على المعلومات الأولية كما هي في الميدان حول مشكلة الدراسة.
- الكشف عن مظاهر وأشكال العنف الممارس ضد المرأة و ماهي الأسباب الكامنة خلفه .
- جمع معلومات وبيانات ميدانية بالإضافة إلى المعلومات النظرية من أجل بناء أداة القياس.
- إثراء الدراسة الأساسية بالمعلومات والمعطيات الميدانية وإبراز أهميتها.

1-2 حدود الدراسة:

1-2-1 الحدود المكانية: تمت إجراءات الدراسة الاستطلاعية بالمركز الوطني لإستقبال الفتيات والنساء ضحايا العنف و من هن في وضع صعب، و فيما يلي سنقوم بعرض أهم خصائص هذا المركز :

– تعريف المركز: أنشئ المركز بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 10 – 96 المؤرخ في 05 ربيع الثاني عام 1431 الموافق ل 21 مارس 2010 ، والمتضمن إحداث المركز الوطني لإستقبال الفتيات والنساء ضحايا العنف و من هن في وضع صعب بولاية مستغانم. يستقبل النساء والفتيات المعرضات للعنف ومن هن في وضع صعب والبالغات من العمر 18 سنة فما فوق و بون أولاد .

فتح أبوابه أواخر شهر نوفمبر 2011 .

– شروط القبول بالمركز: طبقا لمشروع النظام الداخلي تم تحديد شروط القبول على النحو الآتي :

- تكليف شخصي من الشرطة أو بأمر من مديرية النشاط الإجتماعي و التضامن .
- شهادة طبية .
- نسخة مطابقة للأصل لبطاقة التعريف .
- صورتان (02) شمسيتان .
- شهادة عائلية أو شهادة الحالة المدنية .

– مهام المركز : الاستقبال – الاصغاء – التوجيه .

ضمان لفترة مؤقتة استقبال وايواء والتكفل الطبي ، النفسي والاجتماعي للفتيات والنساء ضحايا العنف ومن هن في وضع صعب .

الشروع في تشخيص وتقييم الاضطرابات النفسية للفتيات والنساء المقبولات بالمركز قصد تكفل نفسي مناسب .

تمكين النساء المقبولات بالمركز من تكوين أو تمهين القيام بنشاطات بالتنسيق مع المؤسسات و الهيئات المعنية قصد اعادة إدماجهن الاجتماعي أو العائلي و مساعدتهن .

التكفل الطبي النفسي الاجتماعي:

التكفل النفسي:

– الاستقبال الجيد للحالة .

– الإصغاء الدقيق لها مع محاولة طمأنة الحالة والتقليل من المعانات النفسية وإعطائها نظرة تفاؤلية للحياة و مساعدتها على التعبير عن آلامها ومتطلباتها وتشجيعها من أجل تحقيق ما تصب إليه وخاصة إسترجاع لها ثقته في نفسها وفي المحيط الخارجي لها .

– إعداد ملف خاص بالحالة يضم كل البيانات الأولية.

– إجراءات مقابلات نفسية عيادية بانتظام وإستعمال إختبارات النفسية وهذا لتشخيص الجيد للإضطراب و تحديد العلاج المناسب حسب طبيعة الحالة ومساعدتها على إيجاد الحلول المناسبة لها.

– إدماج الحالة بورشات المركز (الحلاقة، الخياطة، الطبخ محو الأمية،قاعة المطالعة ، الرياضة،...) وهذا لخلق جو عائلي ولتحقيق الراحة النفسية لها.

التكفل الاجتماعي:

يكون على عدة مستويات فبعد استقبال الحالة والتأكد من كافة وثائقها نقوم بإجراء مقابلة معها وهذا بالإصغاء لها وهي مرحلة محددة لمصيرها اذ يتم فيها التعرف على المشكلة التي تعانيها وما تحتاجه لنحدد بدورنا طريقة عملنا معها وهذا من خلال:

– إجراء تحقيق إجتماعي حول الحالة و هذا بالتنقل لعائلتها ان وجدت أو أحد المقربين لها بغرض احداث الصلح ان أمكن ذلك لإعادة إدماجها أسريا.

– و هناك أيضا إعادة الإدماج العائلي في وسط جديد من خلال تزويجها أو وضعها لدى عائلة إستقبال بهدف البدء بحياة مستقرة بعيدا عن كل المشاكل.

التكفل الطبي:

تعتبر الهياكل الطبية المكان الاستراتيجي في ميدان الفحص والارشاد حيث أن المرأة التي تتعرض للعنف ليست مريضة عادية ولكنها شخص مجروح ، كثيرة الخوف و الخجل للتقوه بما حدث لها ففي أغلب الأحيان يتم الكشف عن العنف في الفحص العادي يجب أن تكون هناك علاقة تعاون وثقة بين الطبيب والحالة ثم يأتي الفحص و يكون هنا الطبيب دقيق الملاحظة .

حالات العنف الممكنة كالتالي :

- أعراض بارزة (كدمات ،جروح ،حروق،عنف جنسي ...)
- أعراض غير بارزة (صداع، ألم جسدية، إضطرابات في الجهاز الهضمي...)
- أعراض نفسية (قلق، إكتئاب، محاولة إنتحار ...)

وبعد الانتهاء من الفحص يتم تقديم الشهادة الطبية الوصفية و توجيهها إلى الطبيب الشرعي ومن ثم إلى السلطات المختصة القضائية ومصالح الشرطة والدرك بإضافة إلى هذا يقوم طبيب المركز بفحوصات دورية وتحاليل طبية لإستبعاد الأمراض المزمنة و كذا الحوامل .

1-2-2 الحدود الزمانية : تمت إجراءات الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من

27-11-2017 إلى غاية 04-01-2018 .

1-3 مواصفات الحالات:

وجدنا في المركز من خلال دراستنا الاستطلاعية أزيد من 17 امرأة يعانين من إضطرابات نفسية مختلفة نتيجة العنف الذي تعرضن له ،حيث تعرضن لمختلف أشكال العنف (جنسي ،أسري ،إقتصادي ...)، كما تتراوح أعمارهن من 18 سنة إلى 55 سنة يتميزن بمستوى دراسي مختلف كما يوجد حالات بدون أي مستوى دراسي .

كما يميز بعض الحالات داخل المركز سلوكات عدوانية شادة نتيجة الاضرابات النفسية التي يعانين منها لقاء تعرضهن للعنف .

2- الدراسة الأساسية:

بعد الامام الشامل للظاهرة التي تناولها البحث من خلال الدراسة الاستطلاعية جاءت الدراسة الأساسية لدراسة الظاهرة بشكل أعمق .

2-1 المنهج المستخدم في الدراسة: أول من إستعمل عبارة المنهج العيادي العالم

النفسى الامريكى "ويتمر" witmer سنة 1826 على أساس له غايات علاجية ، هو منهج يستخدم بهدف تشخيص الحالات المرضية و محاولة إيجاد حل لها .

أنا لاغاش D.La gach فركز على وحدة الانسان وعلى ضرورة إدراك جملة إستجابة ،حيث يرى بأن المنهج الاكلينيكي يستخدم لدراسة المسائل البشرية العيادية، بحيث يتناول سلوك الانسان تناولا علميا . (لاغاش دانيال، 1965: ص86)

يرى نوبارسلامي Nobert sillamy أن المنهج الاكلينيكي يعتمد على دراسة الفرد دراسة معمقة لأحاديته بغرض فهم سلوكياته وإنشغالاته من خلال الملاحظة الدقيقة لكل تصرفاته والكشف عن الصراعات التي تحركها ومن ثم حل هذه الصراعات.

لقد إخترنا في هذا البحث المنهج الاكلينيكي لملائمته للدراسة فهو يتعلق بطريقة علاجية، ودراسة المفحوصين الذين يمثلون حالات البحث دراسة إكلينيكية بجميع تقنياتها. المنهج الاكلينيكي منهج يستخدم في التشخيص وعلاج الحالات اللواتي يعانون من اضطرابات نفسية، ومشكلات توافقية تشخيصية و إجتماعية دراسية أو مهنية .

وهو كذلك المنهج الذي يسعى إلى تغيير سلوك الفرد عن طريق تحديد مشاكله ومساعدته على حلها، إذ يتعرض بصورة كاملة للحالة و أعراضها ويدرسها على حدى ولا يهدف إلى الوصول لقوانين ومبادئ عامة التي تحكم سلوك الانسان، بل يستهدف دراسة الفرد وسلوكه والأسباب والعوامل المؤثرة فيه. (مصطفى حسن، 1998: ص141)

وهو كذلك طريقة تنظر في السلوك من منظور خاص ،فهي تحاول الكشف عن مشاعر الفرد والسلوك الذي يقوم به في موقف ما ،ويبحث عن معنى لهذا السلوك كما يكشف عن الصراعات النفسية وإظهارها والاهتمام بدوافعها وردود الفعل إتجاهها من أجل التخلص منها.

بما أننا بصدد توضيح المنهج المتبع فإن أهم تقنية له تقوم على دراسة حالة، وكما يقول J .Delay ،P.Pichot انها تتطلب وضع فرضيات يجب التحقق منها فيما بعد .

وعليه إخترنا هذا المنهج لأننا بصدد دراسة موضوع سيكولوجي تطبيقي يهدف إلى علاج الحالة ويعتمد على المنهج الاكلينيكي، بقواعده وأهدافه وتقنياته وإستخدامنا كل من الملاحظة والمقابلة الاكلينيكية في دراسة حالة وبعض الاختبارات النفسية في جو عملي تطبيقي عيادي .

2-2 أدوات الدراسة: للتكفل النفسي المعرفي – السلوكي بالنساء المعنفات اللاتي يعانين

من أعراض القلق، إعتدنا على الوسائل التالية:

– **المقابلة العيادية:** في كل المراحل سواء في المقابلة الشخصية، العلاجية والتقويمية.

– **الملاحظة .**

– **الاختبارات النفسية :** مقياس تايلور للقلق الصريح .

2-2-1 المقابلة العيادية (النصف توجيهية) :تعرف المقابلة العيادية على أنها محادثة

تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي الاكلينيكي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والاسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج وتختلف المقابلة الاكلينيكية عن المحادثة العادية في انها طريقة مهنية لها هدف. لويس كامل مليكة، 1992: (ص64)

زيادة على هذا فتعتبر المقابلة العيادية أهم التقنيات فهي ضرورية لإجراء التشخيص العلاجي والتقويم إذ هي عبارة عن علاقة تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص، في مكان معد خصيصا لممارسة الفحص النفسي وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي (الفاحص) بمساعدة المفحوص على التواصل إلى الراحة و التخفيف أو القضاء على المشاكل والاضطرابات التي يعانيتها بواسطة تقنيات نفسية متعارف عليها . (عرعار سامية، 2000، ص128)

تتم المقابلة الاكلينيكية وجها لوجه بين كل من المفحوص والاختصاصي النفسي، حسب خطة محددة ومعينة، يهدف الحصول على المعلومات عن سلوك ومعاناة، ومحيط المفحوص لمساعدته على حل المشكلات التي يواجهها والاسهام في تحقيق توافقه الشخصي .
بناءا عليه تصاغ الأسئلة حسب طبيعة المشكلة المطروحة.

وفي الدراسة الحالية عمدنا إلى استخدام ثلاثة أنواع من المقابلات كالأتي :

1- مقابلات التشخيصية : تهدف إلى جمع أكبر عدد من المعلومات التي تخص

المفحوص (المرأة المعنفة) فيما تم تطبيق الاختبارات النفسية للوقوف على نوع الاضطراب الذي يعانیه المفحوص .

2- مقابلات علاجية: يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية التي إتفق عليها الممارس العيادي

والمرأة المعنفة بعد وضع التشخيص وهذا للقضاء أو التخفيف من أعراض القلق لدى المرأة المعرضة للعنف، وهذا عن طريق المزج بين التقنيات المعرفية (إعادة البناء المعرفي، تعديل الأفكار السلبية إتجاه الذات والمحيط والمستقبل) والتقنيات السلوكية (تمارين الاسترخاء والتنفس).
و في الأخير توصلنا إلى :

3- المقابلات التقييمية : هدفها إختبار مدى فعالية العلاج المطبق .

تجدر الإشارة إلى أنه خلال مسار عملية التشخيص و العلاج و التقويم إستخدمنا المقابلة التصف توجيهية .

إن هذا النوع من المقابلة ليست حرة ولا مقيدة بالجواب نعم /لا إذ أن الفاحص يقوم بالإستماع المفحوص والتدخل لغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل إرتياح وتشجيعه على الكلام، كما تعمل على خلق جو من الثقة بين الطرفين الشئ الذي يزيد من الفاحص الكثير من المعلومات حول الحالة.(Chiland Colette ,1983 : P119) كما يسمح بإجراء ملاحظات إكلينيكية حول ماهية ردود أفعالها التي لا تستطيع أن تعبر عنها لغويا كالحركات ...

يجب الإشارة على أننا إستخدمنا في الدراسة الحالية المقابلة العيادية كتقنية تشخيصية،علاجية وتقويمية في آن واحد، كما حرصنا على أن تتصف بالمرونة وسعة الأفق، وعلى الاصغاء الكلي والتام للنساء المعنفات هذا لنظهر لهن أننا مهتمين بمشكلاتهن إهتماما كبيرا، ولكي نجعلهن يشعرن بالطمأنينة والراحة والثقة كي يقدمن لنا كل المعلومات المفيدة ، كما إمتنعن عن إصدار أي حكم على سلوكياتهن وهذا ما يؤكد الإكلينيكيون أمثال "روجرز" على ضرورة أن يتميز الأخصائي الإكلينيكي أثناء المقابلة بالقدرة على الاصغاء والاستماع و المرونة ،إحترام سرية العميل، الامتناع عن إلقاء أحكام القيمة على سلوك العميل ،حرية التعبير ... (Chiland Colette, 1983 : p72) وفي الدراسة الحالية عمدنا إلى إستخدام الاستراتيجيات التالية في التخفيف من القلق لدى المرأة المعنفة :

1-المقابلات التشخيصية وكيفية توظيفها مع الحالات:

1-1 المقابلة الأولى: عمدنا في هذه المقابلة على كسب ثقة الحالة و كذا التعرف بدور الأخصائي النفساني و أخلاقيات المهنة .

2-1 المقابلة الثانية : تطبيق مقياس "تايلور" للقياس الصريح (قياس قبلي)

3-1 المقابلات الثالثة ،الرابعة والخامسة : قمنا بالإمام بدراسة عامة للحالة من حيث التعرف على الوضع الاجتماعي والمعيشي قبل دخولها المركز و كيف أثر على تعرضها للعنف،

والتعرف على نوع العنف ممارسة ومدى تقبل الحالة لهذا الأخير وكذا التطرق للنتائج النفسية المترتبة عن العنف ومدى تأثيرها على الجانب النفسي .

وتم الاتفاق على كيفية سير المقابلات وزمن المقابلات العلاجية التي تدوم من 45 دقيقة إلى حوالي ساعة وربع، وعدد الحصص اللازمة للوصول إلى الهدف الذي نريده، تم الإتفاق أيضا على التقنيات التي ستوظف في العملية العلاجية، كذلك تم توضيح الأهداف التي نريد الوصول إليها وهو التخفيف من أعراض القلق أ، القضاء عليها، كما تم توضيح التقنيات التي تتم في العلاج المعرفي السلوكي، كانت إجابة المفحوصات على هذا العقد بالقبول والموافقة عليه.

2- المقابلات العلاجية و كيفية توظيفها مع الحالات :

بعدما إنتهينا من المقابلات التشخيصية، سعينا إلى وضع تشخيص للنساء المعنفات عن طريق المقابلة النصف موجهة، الملاحظة المباشرة ومن خلال التحليل الوظيفي المستخدم تم إختيار البرنامج العلاجي الموالي الذي يهتم بمختلف السلوكات (الخارجية، الانفعالية، المعرفية،...)، ضف إلى ذلك فإننا إستخدمنا نموذج سيكا SECCA للوقوف على التشخيص الدقيق الذي يدعم الخطوات القاعدية التي تحصلنا عليها .

الجدول(02) يبين جوانب السلوك المستهدف والتقنيات العلاجية

التقنيات العلاجية	جوانب السلوك	السلوك المستهدف
التدريب على الاسترخاء وتمارين التنفس .	سلوك معرفي يظهر في التخيل	التخفيف من القلق
تغيير الانفعال عن طريق تغيير الأفكار	سلوك إنفعالي	إعادة التقييم المعرفي
عرض أهم مميزات القلق	سلوك معرفي	التربية النفسية

فيما يلي سنتطرق للحديث عن الحصص العلاجية المستخدمة في الدراسة:

- الحصة الأولى والثانية: تتميز الحصة العلاجية الاولى والثانية بتوضيح نوع

إضطراب المفحوصة وأعراضه، مصدرها ونتائجها التي تظهر على الصحة النفسية، وتعتبر هذه المرحلة نظرية تم فيها شرح كل ما هو متعلق باضطرابها.

ركزنا في هذه احصة على كيفية إستجابة المرأة المعنفة للعنف التي تعرضت له وتوضيح مجرى حالتها الصحية حسب نتائج شبكة سيكا و بضرورة المتابعة النفسية.

– الحصة الثالثة: في هذه الحصة نقوم بإعادة صياغة لما جرى في الحصة الماضية وهذا لمعرفة مدى فهم المرأة المعنفة لما قيل في الحصة السابقة و معرفة إستجابتها لحوار المقابلة السابق وفي هذه الحصة نطلب من المفحوصة الحديث عن حدث قوي عنيف أثر فيها، وهذا بإغماض عينيها لمقاومة التجنب وإستحضار مشاهد العنف الذي تعرضت إليه مع ذكر إنفعالاتها ، الأفكار التي حضرتها ببالها يوم الحادث والحوار مع ذاتها، وهذا لهدف إستخلاص الأفكار السلبية وإنفعالاتها الناتجة عن تفكيرها .

يجدر الإشارة إلى أننا كنا نراقب إنفعالاتها و التغيرات الفسيولوجيو والجسدية وهي تستحضر مشاهد العنف المؤلمة .

– الحصة الرابعة : تتميز هذه الحصة بتوضيح العلاقة بين المواقف العنيفة والانفعالات والسلوكات الناتجة عن الوضعية والافكار التي بادرت في ذهن المفحوصة والتي تصادفها في حياتها اليومية، وفي هذه الحصة قمنا بتشجيع المفحوصة على التحكم والضبط الداخلي وملاحظة أفكارها المشوهة وتدريبها على التفكير المنطقي و الحوار الذاتي الايجابي ،كما سعينا إلى التخفيف من أعراض القلق .

– الحصة الخامسة : تتميز هذه الحصة بنزع الأفكار السلبية وحل محلها الأفكار الإيجابية، وفي هذه المرحلة تم إستخراج الأفكار المعرفية السلبية والسلوكية والانفعالات السلبية من شبكة سيكا وتحليلها وتوضيحها للمفحوصة ومحاولة تعديلها.

لقد إستعملنا إستراتيجية إعادة البناء المعرفي للمرأة المعنفة وذلك لخفض القلق، والنظر إلى الأحداث المؤلمة التي عاشتها كخبرة تجريبية في الحياة كما قمنا بتعديل نظرتها السلبية لذاتها وللمحيط والمستقبل، بالإضافة إلى تغير بعض العادات السلوكية لديها، بمعنى العمل على تغير أفكارها السلبية في كل ما يحيط بها.

– الحصة السادسة: خصصت هذه الحصة في معرفة درجة النجاح الذي حققته المفحوصة في تغير أفكارها السلبية بالأفكار الإيجابية ،فكل تفكير إيجابي يتبع بتشجيع وتعزيز

لفظي من قبل الفاحصة، كما تم الحث على عدم فقدان الأمل والمواصلة حتى في حالات الفشل، كما إعتدنا على الحث الكلامي للمفحوصة، مثلاً: "أنتي تمتلكين الإرادة في التغيير".

– الحصة السابعة: في هذه الحصة تم تدريب المفحوصة على التنفس البطني

– كيفية تطبيق تمرين التنفس البطني :نطلب من المفحوصة وضع يديها على صدرها و يد أخرى على بطنها ثم نطلب منها أن تستنشق بعمق (خذ نفسا عميقا و أبقه في صدرك بعض الوقت) ثم نطلب منها أن تخرج الهواء بهدوء تمرين التنفس.

إن التنفس العميق يعطي فرصة أبر لتبديل غازات الاكسجين وثنائي أكسيد الكربون ،نستطيع ممارسته أينما كنا، فهو يتطلب فقط إعادة التدريب عليه، وفي حديثنا عن التنفس يمكن القول أنه ينتج الآثار التالية :

– إستثارة ضعيفة للجهاز العصبي (يجعل المخ في حالة راحة)

– إثارة الجهاز الباراسمناوي (الزفير الطويل)

– يبطئ رتم الاقاع العصبي.

إن ممارسة التنفس العميق يسمح ب:

استرجاع حالات الارهاق، مقاومة الاحباط والخجل، يقلل من الضغط والقلق، يعطي للجسم حرارة في حالة البرودة، يقاوم الآلام، يرجع الأفكار لمكانها (في إجتماع، محاضرات ...)، يؤدي للنجاح في إمتحانات (في وقت قصير)يهدئ الأعصاب لحضة الغضب. (Bruno.C ,1998,p 206)

– الحصة الثامنة : تم تدريب المفحوصة على الاسترخاء كتقنية للتخفيف من الضغط

والتوتر العصبي، الناتج عن أعراض القلق ، لمدة 20 دقيقة كما تم ذكر فوائدها ونتائجها على الصحة النفسية والعقلية فهي تعمل على إزالة الإجهاد النفسي والجسمي والشعور بالأرق والتعب.

3– المقابلات التقويمية وكيفية توظيفها مع الحالات :

نظرا لضيق الوقت قمنا بتوظيف المقابلات التقويمية من خلال مقابلة واحدة طبقنا من خلالها مقياس تايلور للقلق الصريح و ذلك لتقييم مدى نقص درجة القلق لدى النساء المعنفات اللاتي طبقنا عليهن برنامج العلاجي الذي قامت عليه دراستنا.

2-2-2 الملاحظة :

تعتبر الملاحظة العلمية أداة هامة من أدوات البحث العلمي، و هي الأداة التي استخدمها الإنسان في دراسته للظواهر المختلفة، حيث يذهب عطية محمود هنا (1973) على أن الملاحظة في علم النفس العيادي تتطلب مهارة و خبرة و دقة، لأن الظواهر التي يدرسها العيادي معقدة و العوامل التي تؤثر عليها متعددة.

إن تقنيات الملاحظة تلعب دورا هاما في العلاج السلوكي المعرفي .و كذلك لها دور هام جدا في التحليل الوظيفي للسلوك (التشخيص) و المتابعة و في تقويم العلاج . (عرعار سامية؛ 2002 ، ص130)

و الملاحظة هي أحد أدوات التشخيص و التنبؤ عن تطور المرض و نوعية العلاج، و يوجد عدد من الجوانب يلزم ملاحظتها جيدا و هي:

-الحالة الجسمية :نقصد به الفحص الطبي للجسم الذي قد يؤثر في المرض النفسي، ملاحظة مستوى النظافة الشخصية...

-بيئة العمل: نقصد بها البيئة الفيزيائية و الاجتماعية التي قد تعوق العلاقة العلاجية مثل عدم التوافق في العلاقات الأسرية أو الزوجية، علاقات العمل ...يجب أخذها بعين الاعتبار قصد تعديلها و الحد من تأثيرها.

-عمر العميل :قد يكون العمر الظاهري للعميل لا يتناسب مع العمر الحقيقي له، كما أن تغيير سلوك الصغير أسهل من سلوك الكبير.

-ملاحظة علاقات العميل بالآخرين و مدى مواعته و تكيفه معهم و هل يوجد لديه استبصار بذاته و بالمكان و الزمان.

-ملاحظة أسلوب الكلام و مدى وضوحه و تلاؤمه مع أفكاره، و هل يوجد تلثم في الكلام مرتبط بموضوع محدد...

-ملاحظة مدى قدرة العميل على الاستجابة و ذلك من خلال إتباعه للتعليمات أثناء إجراء الاختبارات أو إلقاء بعض الأسئلة عليه.

نستخلص مما سبق أنه على الأخصائي النفسي الإكلينيكي ملاحظة السلوك العام للعميل من كل جوانبه الحركية، الوجدانية و المؤشرات العقلية. (لويس كامل مليكه، 1992: ص 65)

من هنا إستخدمنا في دراستنا الملاحظة المباشرة

الملاحظة المباشرة:

هدفها البحث عن التعرف على المنبهات التي تسبق السلوكيات و النتائج المرتبطة بالسلوكيات وتحديد السياق الذي يظهر فيه السلوك. (عرعار سامية، 2002: ص 131)

من خلال كل ذلك يظهر أن الملاحظة السلوكية هي ملاحظة محددة ومنظمة وضبوتة تقوم على اختيار جانب أو جوانب معينة في موقف معين ووقت محدد وظروف دقيقة ومضبوتة وهي في الغالب تقوم على فرضية محددة توجهها ورتب خطواتها وتحيط بنواحيها المتعددة و تضبط مجرياتها.

(منصوري سمية، 1992: ص 80)

ولقد استخدمنا الملاحظة السلوكية المباشرة في هذه الدراسة قبل العلاج للحصول على الخطوط القاعدية للسلوك المشكل التشخيص وحيث لاحظنا مختلف السلوكيات الظاهرية للمرأة المعنفة مثل: القلق، العدوانية، قلة التركيز، الحيرة، التعب، البكاء ... وأثناء العلاج لاختبار فعالية العلاج و بعد العلاج للتقويم النهائي لفعالية البرنامج العلاجي.

ستسمح الملاحظة المباشرة من تحديد:

1- السلوك الظاهري للزوجة المعنفة من حيث:

— السلوك الحركي (التعبير الوجهي، الكلام...)

— الأداء (الانقطاع في الكلام، عدم التركيز...)

— تكرار السلوكيات

2- نشاطها الذهني و الاجتماعي.

3- درجة تفاعلها مع المقابلات لمستخدمة كونها مواقف اجتماعية.

4- كيفية تعاملها مع المقياس.

2-2-3 مقياس القلق نتايلور (أنظر الملاحق):

تعتبر الاختبارات النفسية وسيلة التي تكشف النقاط الخفية يعني لا تظهر من خلال المعايير كما تحدد البنية التي ينتمي إليها المفحوص ويتم إستعمالها بعد إجراء المقابلة والملاحظة العيادية، ولقد إستخدمنا في دراستنا هذه اختبار تايلور للقلق الصريح.

إختبار تايلور هو إختبار موضوعي يطلق عليه إسم (mas) manifest anxiety scale :

يعتبر مقياس سيكومتري للتعبير الذاتي يقيس الفروق الفردية و القلق الذي يثار في ظروف خاصة

هي مواقف التقديم كموقف تظهر فيه سمات الشخصية وهو مكون من 50 فقرة مقتبسة من اختبار مينسوتا (متعدد الأوجه).

المقياس: إذا كانت اجابة الحالة في جدول التصحيح فتحصل على درجة الثبات تتراوح بين 0,99 - ، 0,81 - .

وقد استعمل محمد غالي طريقة اختبار الدراسة مدى ثباته كان المعامل 0,81-0,09 المرة الاولى, 0,83 المرة الثانية وعليه بين ان هذا المقياس صالح الى حد كبير لقياس القلق .
تصحيح المقياس: إذا إجابة الحالة عكس جدول التصحيح فحصل على درجة .

جدول رقم (03): لتقرير مستوى القلق عند تايلور

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
أ	0-16	خالي من القلق
ب	17-20	قلق بسيط
ج	21-26	قلق نوعا ما
د	27-29	قلق شديد
هـ	30-50	قلق شديد جدا

2-3 حدود الدراسة:

2-3-1 الحدود المكانية:

إقتصرت الحدود المكانية للدراسة الأساسية على نفس المركز الذي قامت فيه الدراسة الاستطلاعية ، وهو المركز الوطني لإستقبال الفتيات والنساء ضحايا العنف و من هن في وضع صعب - ولاية مستغانم - و الذي سبق التطرق إليه في الدراسة الاستطلاعية

2-3-2 الحدود الزمانية:

تمت الاجراءات الميدانية للدراسة الأساسية خلال الفترة الممتدة من 07-01-2018 إلى 10-05-2018 .

2-4 مواصفات الحالات المدروسة:

قبل تقديم مواصفات الحالات المدروسة ارتأينا أن نقف عند مفهوم العينة والمجتمع الأصلي الذي يتمثل في مجموعة من النساء المتعرضات للعنف بشتى أنواعه فدراسة مجتمع البحث الأصلي كله

يتطلب وقت طويل وجهد شاق ، إذ يكفي للباحث أن يختار عينة تحمل صفات المجتمع الأصلي، بحيث تحقق أهداف الدراسة وتساعد الدارس على إنجاز مهمته .(سامي محمد ملحم، 2007 : ص 270)

2-4-1 طريقة اختيار الحالات المدروسة:

من أجل اختيار عينة الدراسة اعتمدنا على طريقة العينة القصدية أو العمدية ،التي تقوم على اختيار حالات معينة من المجتمع الأصلي الذي تتم فيه الدراسة بناء على شروط محددة تتطلبها طبيعة الدراسة . (سامي سلطي عريفج و آخرون، 1999: ص 62)

2-4-2 معايير اختيار العينة (مجموعة الدراسة):

جدول (04) يمثل مجموعة الدراسة و خصائصها :

الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة
السن	25 سنة	22 سنة	19 سنة
المستوى التعليمي	بدون مستوى	إبتدائي	متوسط
الحالة المدنية	عازبة	عازبة	عازبة
المستوى الاجتماعي والاقتصادي	ضعيف	ضعيف	متوسط
تاريخ دخول المركز	2017\04\06	2018\01\04	2017\04\07
سبب الدخول (نوع العنف)	ضحية عنف جنسي من طرف الأخ عنف: جنسي، نفسي، إقتصادي، قولي/إنفعالي	ضحية عنف جنسي من طرف الأب عنف: جنسي، جسدي، إقتصادي، نفسي قولي/إنفعالي	حمل غير شرعي عنف: جنسي، نفسي، قولي/إنفعالي
نتائج العنف	– إضطرابات نفسية – إضطرابات عصبية.	– إضطرابات نفسية – إضطرابات جسدية – إضطرابات عصبية	– إضطرابات نفسية.

تم الأخذ بعين الاعتبار شروط معينة و هي:

-أن تكون النساء تعرضن للعنف بأشكاله المتعددة سواء جسدي أو جنسي أو اقتصادي أو نفسي...، بحيث هذا العنف ترك آثاره السلبية في الحياة النفسية لديهن.

-الجنس: نساء فقط.

-أن يكون سنهن أقل من 42 سنة لتفادي سن اليأس .

بهذا فإننا أخذنا بعين الاعتبار أثناء اختيارنا لمجموعة الدراسة عامل الجنس و السن و وقوع العنف و كذا الآثار النفسية التي خلفها هذا الأخير كما هو موضح في الجدول .

خلاصة الفصل :

بناء على ما تقدم ذكره في هذا الفصل تم إختيار منهج العيادي المناسب لهذه الدراسة وصولاً إلى إختيار حالات الدراسة الملائمة حسب الأهداف .

فيما يلي سنتعرض إلى تقديم الحالات و عرض النتائج وتحليلها ومناقشة الفرضيات بناء على النتائج المتوصل إليها .

الفصل السادس

عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشاتها

– تمهيد :

بعدما تعرفنا على البرنامج العلاجي المتبع في هذه الدراسة يقدم هذا الفصل عرض خاص لكل الحالات الدراسة، معتمدين في ذلك على طريقة عرض المعطيات العامة من خلال تحليل نتائج المقابلات التشخيصية وتم تقديم المقابلات العلاجية وعرض التقنيات المعرفية السلوكية المتبعة في التخفيف من القلق لدى كل حالة.

وتم الوقوف على مدى تحقق فرضيات الدراسة لكل حالة وهذا بالإعتماد على نتائج مقياس القلق لتاييلور وتحليل المقابلات والملاحظة، لنصل في الأخير إلى تقديم الإستنتاج العام ومناقشة نتائج الدراسة، وكذا تقديم إقتراحات للوقاية من العنف ضد المرأة، مع ذكر في الأخير قائمة المراجع والملاحق.

1- عرض الحالات : عرض وتحليل

1-1 الحالة الأولى:

جدول (05) لسير مقابلات الحالة الأولى

المقابلات	تاريخ إجرائها	مكان إجرائها	مدتها	الهدف منها	
المقابلات التشخيصية (جمع المعطيات العامة للحالة)	2018\01\21	مكتب,الأخصائي	20د	- كسب ثقة الحالة . - التعرف بدور الاخصائي النفساني و أخلاقيات المهنة .	
	2018\01\23	مكتب الاخصائي	40د	- تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح (قياس قبلي) .	
	2018\01\25	مكتب الاخصائي	40د	- التعرف على الوضع المعيشي و الاجتماعي للحالة قبل دخولها للمركز وكيف أثر هذا الاخير على تعرضها للعنف .	
	2018\01\29	مكتب الاخصائي	35د	- التعرف على نوع العنف ،ممارسه ومدى تقبل الحالة لهذا الأخير .	
	2018\01\31	مكتب الاخصائي	30د	- معرفة النتائج النفسية المترتبة عن العنف ومدى تأثيرها على الجانب النفسي .	
المقابلات العلاجية	2018\02\07	قاعة العلاج	45د	- توضيح نوع اضطراب المفحوصة و أعراضه وتوضيح مجرى حالتها النفسية حسب نتائج شبكة سيكا	
	2018\02\13	قاعة العلاج	40د		
	2018\02\21	قاعة العلاج	50د	- إستخلاص الافكار السلبية و الانفعالات الناتجة عن تفكيرها .	
	2018\02\28	قاعة العلاج	55د	- توضيح العلاقة بين المواقف العنيفة و الانفعالات و السلوكات و أفكار الحالة . - تدريب الحالة على التفكير المنطقي و الحوار الذاتي الايجابي ،تخفيف من أعراض القلق .	
	2018\02\06	قاعة العلاج	45د	- نزع الافكار السلبية وحل محلها الافكار الايجابية عن طريق إعادة البناء المعرفي .	
	2018\02\13	قاعة العلاج	50د	- معرفة درجة النجاح التي حققتها المفحوصة في تغيير افكارها السلبية بالافكار الايجابية بتشجيع وتعزيز لفظي .	
	2018\03\18	قاعة العلاج	45د	- تخفيف من شدة القلق عن طريق التنفس البطني والاسترخاء (تنفس بطني، استرخاء)	
	2018\03\22	قاعة العلاج	40د	- تخفيف من شدة القلق عن طريق التنفس البطني والاسترخاء (تنفس بطني، استرخاء)	
	المقابلات التقويمية	2018\04\09	مكتب الاخصائي	35د	- اعادة تطبيق مقياس "تايلور" للقلق (قياس بعدي)

1-1-1- البيانات الأولية للحالة:

الاسم : ح،ب.

السن : 25 سنة .

مكان الازيداد :ولاية غليزان

المستوى التعليمي : بدون مستوى .

المرتبة : 3 من اصل 7 (بنت وحيدة).

الحالة المدنية :عازبة .

المستوى المعيشي:ضعيف .

نوع العنف :عنف جنسي ، نفسي ،إقتصادي ، قولي الانفعالي .

تاريخ دخول المركز :2017\04\06

سبب دخول المركز :ضحية عنف جنسي إعتداء من طرف الأخ ، تكليف من دار العجزة

لولاية غليزان .

مكان إجراء المقابلات : مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم .

1-1-2 السيمائية العامة والسلوك العام للحالة :

الهيئة العامة : تتميز الحالة بقامة متوسطة ذات بشرة سمراء تميل إلى السمنة شعر بني وعينين سوداوين .

مزاج الحالة : تبدو الحالة بمزاج جيد طوال الوقت حيث تبدو ومنبسطة ومبتسمة طول المقابلات، إلا أنها تتأهبها نوبات من القلق جراء العنف الذي تعرضت له .

الاتصال: كان الاتصال سهلا مع الحالة فهي في أغلب الأحيان تتكلم دون طرح الأسئلة عليها، لغتها سليمة ترافقها وضوح في محتوى كلامها .

النشاط الحركي : لوحظ على الحالة في كل المقابلات أنها نشيطة وتتميز بالحركة والحيوية سواء خلال المقابلات أو أثناء ملاحظتها لها وهي تقوم بمختلف النشاطات في المركز .

النشاط العقلي : لاتواجه الحالة أي مشاكل في الفهم أو الاستيعاب حيث أنها لديها قدرة كبيرة على التركيز والانتباه رغم أنه ليس لديها مستوى دراسي .

1-1-3 تقديم الحالة:

الحالة (ح.ب) تبلغ من العمر 25 سنة، عاشت في منطقة ريفية في أسرة مكونة من أب وأم وسبعة إخوة، وهي الثالثة في الترتيب الأخوي لم تذهب أبدا للمدرسة، عاشت في ظروف معيشية صعبة تفتقر إلى أبسط الظروف المعيشية مات الأب والحالة بسن 21 لتصبح الأم تذهب للعمل تاركة الحالة بمفردها ليقوم أباها الكبير بالتعدي عليها، تكرر الأمر لتجد الحالة نفسها بالحمل بعد مراجعة الطبيب، هذا ما جعلها ترفع دعوى قضائية في الوقت الذي ذهب إلى تقديم نفسه .

بعد الحكم الذي أصدرته المحكمة ،دخلت الحالة لتقضي مدة عامين في السجن، وبعد إنتهاء مدة سجنها لجأت إلى دار العجزة بولاية غليزان لتقوم هذه الاخيرة بارسالها إلى مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم بتاريخ 2017\04\06 .

1-1-4 عرض المقابلات الخاصة بالحالة

أ- المقابلات التشخيصية (المعطيات العامة للحالة):

المقابلة الاولى: ارتكزت المقابلة الاولى على التعريف بدور المختص النفسي وأخلاقيات المهنة بأخص الحرص على السرية المهنية وكسب ثقة الحالة، والإصغاء التام الخالي من أي حكم وكذا جمع البيانات الاولية.

المقابلة الثانية : تم من خلال هذه المقابلة تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح بعد شرح التعليلة والبنود للحالة، ولقد أسفرت النتائج على أن المفحوصة تعاني من قلق شديد جدا، إذ قدرت الدرجة (35)، ظهرت من خلال الأعراض التالية : اضطرابات النوم، الخجل الشديد، العصبية، الاثارة، نقص التركيز، القلق والخوف دون سبب، الضعف ونقص الثقة... الخ .

المقابلة الثالثة: خصصت هذه المقابلة للتعرف على الوضع الاجتماعي والمعيشي للحالة قبل دخولها للمركز، فلقد كانت تعاني من تدهور في الوضع الاجتماعي نتيجة الفقر والمستوى المعيشي المتدني، بحيث كانت تعيش أسرة الحالة في منطقة ريفية نائية مكونة من أب وأم و7 إخوة، وكانت الحالة البنت الوحيدة وكان الاب هو الوحيد الذي يعيل الأسرة.

عاشت الحالة طفولة ومراهقة قاسية نتيجة الظروف المعيشية المتدنية، إذ أنها لم تلتحق أبدا بالمدرسة "بابا مكانش عندو باه يقرينالعار الله كان يوكلنا ... *deja l'école* بعيد علينا " ما يعني أن الحالة كانت تعيش عنف إقتصادي منعها من حقها في الدراسة بسبب الظروف الاقتصادية المتدنية ، مات الأب و الحالة بسن 21 لتصبح الأم مسؤولة عن الأسرة بسبب الاعتماد الكلي عليها من طرف أبنائها .أصبحت الحالة تبقى بمفردها في البيت لغياب أمها التي كانت غالبا ما تذهب لتقوم بأعمال يومية في البيوت ، وكذا غياب إختها الذين يذهبون للمدينة "ما بدأت تخدم فالديار خاطرش مكانش إلي ولا يخدم علينا ملي مات باباكل يوم تروح مالصباح حتي لمغرب باش تجي...وخاوتي يروحو للفيلاج (مدينة)..." وبحكم بقاء الحالة بمفردها في البيت ،قام الأخ الكبير بإستغلال الوضع ليقوم بالإعتداء عليها .

المقابلة الرابعة: خصصت هذه المقابلة للتعرف على نوع العنف (الاعتداء) ممارسه ومدى تقبل الحالة لهذا الاخير ،حيث تعرضت الحالة للاعتداء الجنسي من طرف الاخ الذي كان يستغل فرصة غياب باقي أفراد الأسرة ، الامر الذي صدم الحالة وجعلها تعيش حالة من الخوف "خطرة لولة الي تعدى فيها علياكنت مقيلة حتى جا ربطنيعيت نقولو انت خويا .. علاه ،علاه...بصح ما سمعنيش " عاشت الحالة كل من العنف الجسدي والنفسي والجنسي وذلك جراء الاعتداء إليها، حاولت الحالة إخبار أمها بالأمر إلا أنها كانت تصدها في أول الحديث مبررة بأنه أخواها ومن المستحيل بفعل كهذا "كي بغيت نخبر أمي بواش صرا ... سكتتني فالولة وقاتلي بلعاني راكي تقولي هاك باش ما تقعديش فالدار...وعايرتني وقاتلي هذاك خوك..." عند صد أم الحالة لها أحست بالضعف فهي كنت ترى أن أمها الوحيدة من سيساندها ففي أول إعتداء كانت الحالة رافضة

للإعتداء وذلك من خلال صدها له ومحاولة الهروب ،حيث أصبحت الحالة تذهب إلى بيت عمها عند ذهاب أمها بحثا عن الأمان الذي لم تجده ،وخوفا من تكرار الاعتداء .إلا أن أم الحالة أصبحت توبخها لأنها كانت تترك البيت في غياب الكل "موراها وليت غير يروحو و تخوى الدار نخرج أنا ... نروح عند الجوارين ولا دار عمي ... كي فاقت ما ولات تزعف عليا و قاتلي نخبر خاوتك ونقولهم كي راكم تروحو راهي تخرج ..." فالحالة كانت تحس بعدم الأمان جراء الخوف الذي الذي تحسه عند بقائها وحيدة في البيت

بعد التوبيخات المتكررة للحالة من طرف الام أصبحت تبقى في المنزل خوفا من أمها و أخيها الذي قام بتهديدها بالضرب إن لم تبقى بالبيت ، تكرر الاعتداء ثلاث مرات مما جعل الحالة تشعر بالضعف و اليأس حتى أنها لم تحاول إخبار أمها و إختها و لا حتى صد أخيها أثناء تكرار الاعتداء " زاد تعدى عليا و كي ولا يجي ليا نسكت ونخليهكنت فقدت شرفي فالمرّة الأولى ومكانش الي أمني...كيما يقولك طفرت الخطرا اللولة ...موراها قاع كون زقيت ولا هو يطيق عليا ..."جاء أشكال العنف التي تعرضت لها الحالة تجسدت حالتها النفسية بإحساسها بالخضوع و الاستسلام لأخاها وذلك نتيجة الشعور بالضعف .

المقابلة الخامسة: خصصت المقابلة للتعرف على نتائج العنف ،نتيجة لتلك الاعتداءات أصبحت الحالة تعاني من أعراض الحمل لنقوم بمراجعة طبيب الذي أخبرها بأنها حامل "بديت نعيما ...وليت نظل راقدة و نتقيا وزيد الدوخة ...حتى قالت ما لخويا يديني للطبيب .." رغم أن الحالة عاشت أعراض الحمل إلا أنها لم تتوقع حملها ، لتصرح الحالة بما كانت تتعرض له من إعتداءات من طرف أخيها ،مما جعل الطبيب يرسلها مباشرة إلى طبيب شرعي بعد أن قررت رفع دعوى قضائية ضد أخيها الذي قام بتسليم نفسه للشرطة في نفس الوقت ،تم الحكم عليه بسبع سنوات سجن نافذة ، كما تم الحكم على الحالة بثلاث سنوات بإعتبار أنها لم ترغم على ذلك بل كانت راضية إستنادا لأقوال أخيها "كي شرعنا قالهم هي كانت راضية ...و كون مكانتش راضية كون قالت لخاوتي ولا جات شكات ..." لتدخل الحالة السجن وتقوم بإجهاض جنينها بعد مدة قصيرة قامت الحالة بإجهاض الجنين ما يعكس رفض الاعتداء و خضوعها لأخيها كان نتيجة الخوف والضعف .

بعد إنقضاء مدة سجنها ذهبت لمنزلها لتقابل برفض أمها و إختها لها و التخلي عنها ما جعلها تلجأ لدار العجزة لولاية غليزان ،قامت هذه الاخيرة بإرسالها الى مركز النساء المعنفات

بولاية مستغانم .كل ما حصل مع الحالة جعلها تعيش حالة نفسية صعبة، تمثلت في قلق دائم نتيجة تخلي عائلتها عنها مما ولد لديها شعور بالنقص والخجل و الخوف .

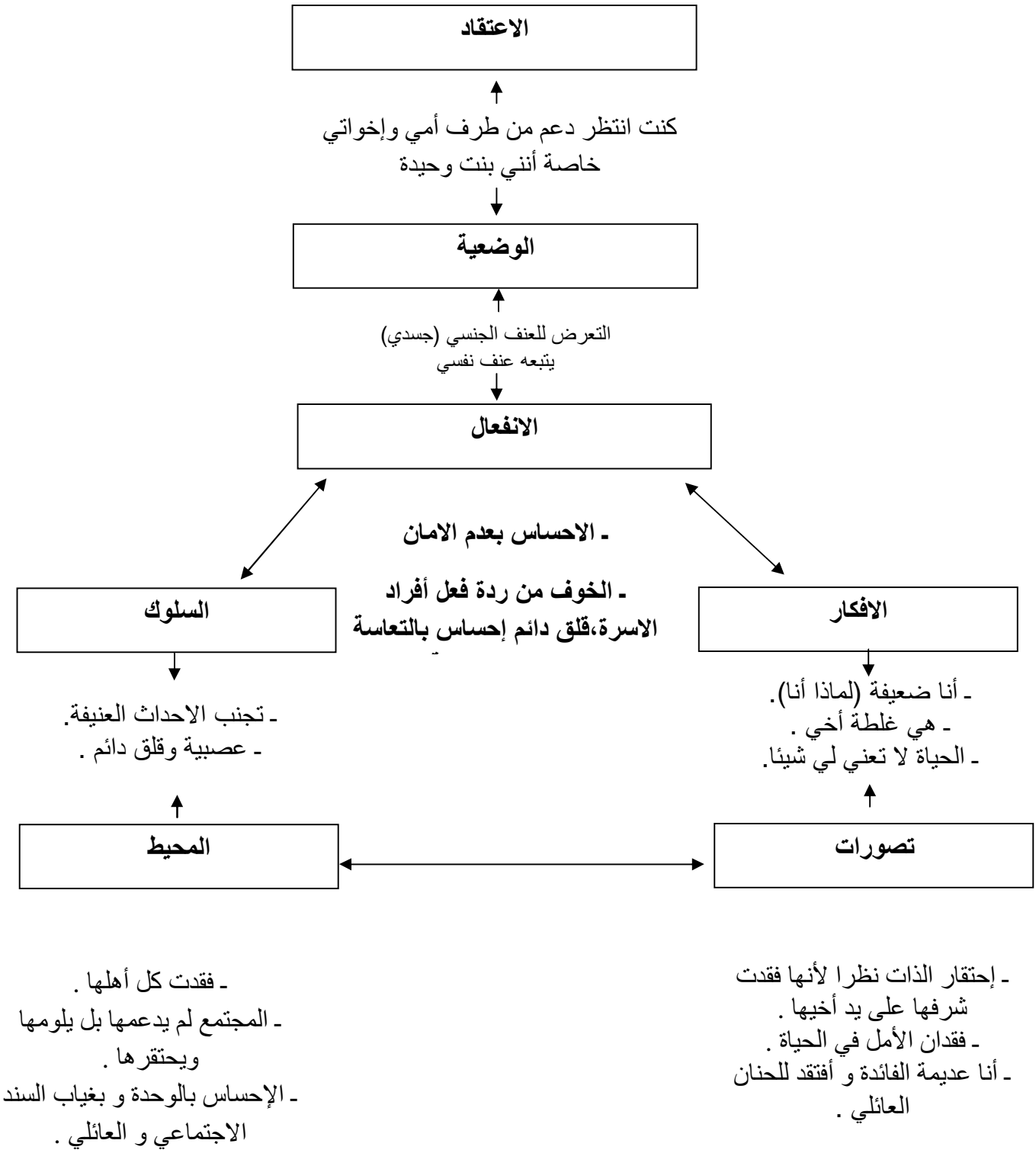
ب - المقابلات العلاجية :

الحصة الأولى والثانية: بعد أن تم بناء العقد العلاجي مع الحالة، إتفقنا على كيفية سير المقابلات التي تدوم من 40 د الى 50 د، نظرا لضيق الوقت قررنا أن تكون من حصة واحدة إلى حصتين في الاسبوع، تم توضيح نوع إضطرابها المتمثل في القلق وتوضيح مجرى حالتها النفسية حسب نتائج شبكة سيكا .

كما تم تبيان الاعراض التي تظهرها كالتخيلات والتوقعات المختلفة للمواقف والشعور بالخوف وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه بمعنى التوقع الدائم للأذى والمصائب والشر، صعوبة في التركيز وتشتت الانتباه وعدم الثقة والطمأنينة إضافة الى الرغبة في الهروب من مواجهة مواقف الحياة وكذا إضطراب النوم والأكل.

كما تم الرجوع لأسباب إضطرابها المتمثل في الاعتداء الممارس ضدها وأن تكرار تلك الأحداث العنيفة وكيفية الاستجابة لها هي ما سبب ذلك في حياتها النفسية، مما أدى بها إلى أن تصاب بأعراض القلق .

و الشكل التالي يكشف لنا عن التحليل الوظيفي للحالة



شكل رقم (02) La Grille Secca شبكة سيكا للحالة الأولى

الحصة الثالثة : في هذه الحصة طلبنا من الحالة مراقبة حوارها مع ذاتها عندما تواجه أحداث ومواقف ضاغطة، وماهي الانفعالات التي تظهر إتجاه ذلك، كما تم اقناعها أن أعراضها كانت نتيجة تفكيرها السلبي حول الذات والعالم والمحيط، كما بينت نتائج سيكا secca ، حيث تم الوقوف بشكل دقيق على أحداث العنف الذي تعرضت إليه، إذ طلبنا منها إستحضار موقف عنيف لازالت تتذكره دائما ولا تستطيع أن تمحيه من ذكرياتها وكان هذا بإغماض عينيها كي يعزل بصرها عن كل المشتتات التي يمكن أن تعوق إستحضار الحدث "كنت راقدة مقيلة....حتى حسيت بيه يربط فيا....ما فهمت والو...نحالي كسوتي...عيت وبكيت...مكانش إلي سمعني...تألمت..."، ومن بين الحوارات التي أجرتها مع نفسها أنه عندما إنتهى أحست أن الحياة إنتهت خاصة أنها قد فقدت شرفها

لقد كنا نراقب إنفعالات المفحوصة إذ كانت تتحدث و الدموع تسقط من عينيها ،تارة ترجف و أخرى تصرخ بصوت عال وتفزع ، كما أنها كانت تنتقل من حدث مؤلم إلى آخر أسوء و إنفعالاتها تتعدد، إذ أن يديها أصبحتا باردتان ووجهها مصفر وهي ترتعش خوفا لمجرد تذكرها لسلوك أخيها إتجاهها .

وبهذا فقد تم شرح سبب هذه الانفعالات و التغيرات الفيزيولوجية للحالة التي ترجع إلى تفكيرها السلبي للمحيط الذي تراه دائما ضدها .

الحصة الرابعة: بدأت هذه الحصة بتقديم حوصلة للحصة السابقة حيث تم توضيح العلاقة بين الافكار والانفعالات والسلوكات التي تعرضت لها المفحوصة في حياتها كموقف الاعتداء الذي تعرضت له مع أخاها ،وكيف تذكر أنه متوحش وليس في قلبه رحمة مما جعلها تحس بالخوف والحزن والقلق وبالتالي تتخذ سلوك الخضوع إتجاهه و أفكارها هذه هي المسؤولة عن مشاعر القلق خصوصا بعد أن تخلت عنها عائلتها ودخلت السجن، لتتضخم مشاعر القلق وتصبح متشائمة وتترقب لحدوث مكروه بمعنى توقع دائم للمصائب والشر وذلك بسبب الحوارات الداخلية التي تفكر فيها "حياتي انتهت بسبب أخي " وترى نفسها أنها الضحية بسبب أن عائلتها تلومها هي الاخرى على ما فعله أخوها، وبالتالي هي المدنبة في نظرهم .

تم تشجيع المفحوصة على التحكم والضبط الداخلي أي عدم إرجاع ما يحدث لها لعوامل خارج إرادتها كما تم تدريب المفحوصة على ملاحظة أفكارها المشوهة غير المنطقية إتجاه أخيها والعدوان الذي تعرضت له ومحاولة إستبدالها بأفكار إيجابية نحو ذاتها وإتجاه العالم والمستقبل، كما

تم حث المفحوصة على التفكير العقلاني في حالة إفتحام الذكريات المؤلمة تفكيرها ومحاولة الاحتفاظ وتذكر الاحلام التي تهاجمها لتناقش في الحصة المقبلة وهذا لتخفيف مدى القلق الذي تعاني منه الحالة، في نفس الوقت نعطي لها الفرصة لإعادة الثقة في نفسها وأن بإمكانها أن تتحكم فيما تعرضت إليه من أحداث عنيفة وتحليله بطريقة إيجابية وهذا بتغيير أفكارها السلبية الى أفكار إيجابية، وبالتالي تتغير إنفعالاتها و سلوكياتها .

الحصة الخامسة: تبدأ هذه الحصة بتقديم شرح مفصل عن ماجاء في شبكة سيكا secca وتوضيحها للمفحوصة وضرورة تعديلها ،فلقد كانت تعتقد أنه سيكون سندها ويدعمها خاصة بعد موت أبيها وأنها هي الفتاة الوحيدة فمجرد أنها تعرضت لإعتداء جنسي أي وضعية عنف جنسي جسدي نفسي غيرت إنفعالاتها حيث أصبحت تحس بعدم الأمان وخوف وقلق دائم من ردة فعل محيطها وأسرتها وكذا إحساس بالتعاسة والفشل والدونية فعليها أن تبدل تفكيرها السلبي بتفكير إيجابي نحو ذاتها ، والأخرين و العالم والمستقبل والرفع من تقدير الذات لديها .

حيث كان تدخلنا قي ضرورة النظر إلى الأشياء بنظرة إيجابية خصوصا إتجاه الذات ،بعد ذلك تصرح لنا المفحوصة على أن النقص في تقدير ذاتها كان سببه الأفكار والإعتقادات التي تنسبها لذاتها، أي أنها أدركت وضعيتها وعلى هذا تم إعطاء طريقة لتستعين بها في أمور حياتها ، فكلما بادر إلى ذهنها أنها غير قادرة على شئ وناقصة بقولنا "كلما بادر إلى ذهنك صفات سلبية لنفسك غيريها بالعكس ،مثلا:أنا ناقصة – أنا لست كذلك ، أنا تعيسة – أنا سعيدة " .

وقبل نهاية هذه الحصة تمت العودة إلى شبكة سيكا لإكتشاف التغيير الذي حدث على أفكارها، إنفعالاتها وسلوكياتها حيث كشفت شبكة سيكا على وجود تقدم ملحوظ لدى المفحوصة وهذا يظهر في ملاحظة سلوكياتها ، أفكارها وإنفعالاتها .

الحصة السادسة: تبدأ هذه الحصة بترك الحرية للحالة لتعبر عن المواقف التي تعرضت لها وكذا المواقف و الأفكار التي بادرت إلى ذهنها ووصفها وتحديد حالتها الانفعالية، فعندما نرى أن المفحوصة تحكمت في الوضعية الصعبة التي تعرضت إليها بفضل تغيير أفكارها السلبية إلى أفكار إيجابية نقدم لها التعزيز عن طريق الحث الكلامي في قولنا "لقد تمكنتي من فهم الموقف بطريقة جيدة و إيجابية " أنت ذكية، واصلتي على هذا التفكير "، في حالة الفشل في التحكم في أفكارها السلبية إلى إيجابية فإننا لانشعرها بالفشل بل ندعمها و نواصل تشجيعها و إيحائها بأث لديها قدرات

تمكنها من الوصول إلى التفكير الايجابي ،خصوصا في الامور المتعلقة بأحداث العنف الذي تعرضت إليه .

لاحظنا تغير في تفكيرها الذي إنعكس على مزاجها وعلى علاقتها بالمختصة، إذ أصبحت تتعامل بكل تفهم وثقة، حيث أحرزت المفحوصة تقدما وتحسنا واضحا في تفكيرها عند تقييمها للأحداث الخارجية والداخلية، حيث أصبحت تأمل في الخير، وتقتنع بما حدث لها من أحداث عنيفة، وبأن الحياة لم تنتهي كما تم الحث على مزاولة الاسترخاء والتنفس البطني ليزيد من تحسن حالة المفحوصة.

الحصة السابعة والثامنة: بعد إخضاع المفحوصة إلى حصص علاجية معرفية إرتكزت على التربية النفسية وإعادة البناء المعرفي، حاولنا إثراء علاجنا بتمارين التنفس البطني والإسترخاء بهدف التخفيف من شدة القلق ،حيث خصصنا أول المقابلة لتدريب المفحوصة على تقنية التنفس كخطوة أولى تستغل لاحقا في تقنية الاسترخاء، ثم تحدثنا عن تقنية الاسترخاء وكذا على نتائجها على الصحة النفسية والتدريب عليها لنقوم بعدها بتدريب الحالة على تقنية الاسترخاء لمدة 30 دقيقة. أبدت الحالة شغف كبير ورغبة ملحة على القيام بالتمارين.

ج- المقابلات التقويمية

المقابلة الاولى: تمثلت المقابلات التقويمية في مقابلة وحيدة نظرا لضيق الوقت، وتمثلت من خلال إعادة تطبيق مقياس تايلور للقلق ، وذلك للوقوف على مدى النجاح الذي حققته الحصص العلاجية التي قمنا بها .

سجلت الحالة 25 درجة مما يعني أن الحالة تعاني قلق نوعا ما وهذا يدل على أن أعراض القلق إنخفضت لديها من خلال الحصص العلاجية، أما عن شبكة سيكا فالحالة أظهرت تقدما وتحسنا ايجابي سواءا في تفكيرها الذي إنعكس على سلوكياتها وإنفعالاتها .

1-2 الحالة الثانية:

جدول (06) سير المقابلات الحالة الثانية

المقابلات	تاريخ إجرائها	مكان إجرائها	مدتها	الهدف منها
المقابلات المعطيات العامة للحالة (جمع المقابلات التشخيصية)	2018\01\25	مكتب,الأخصائي	15 د	- كسب ثقة الحالة . -التعريف بدور الاخصائي النفساني و أخلاقيات المهنة .
	2018\01\29	مكتب الاخصائي	35 د	- تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح (قياس قبلي) .
	2018\01\31	مكتب الاخصائي	45 د	- التعرف على الوضع المعيشي و الاجتماعي للحالة قبل دخولها للمركز وكيف أثر هذا الاخير على تعرضها للعنف .
	2018\01\04	مكتب الاخصائي	35د	- التعرف على نوع العنف ،ممارسه ومدى تقبل الحالة لهذا الأخير .
	2018\01\07	مكتب الاخصائي	40د	- معرفة النتائج النفسية المترتبة عن العنف ومدى تأثيرها على الجانب النفسي .
لمقابلات العلاجية	2018\02\14	قاعة العلاج	45د	- توضيح نوع اضطراب المفحوصة و أعراضه وتوضيح مجرى حالتها النفسية حسب نتائج شبكة سيكا
	2018\02\22	قاعة العلاج	45د	
	2018\02\28	قاعة العلاج	50 د	- إستخلاص الافكار السلبية و الانفعالات الناتجة عن تفكيرها .
	2018\03\05	قاعة العلاج	50 د	- توضيح العلاقة بين المواقف العنيفة و الانفعالات و السلوكات و أفكار الحالة . - تدريب الحالة على التفكير المنطقي و الحوار الذاتي الايجابي ،تخفيف من أعراض القلق .
	2018\03\13	قاعة العلاج	50 د	- نزع الافكار السلبية وحل محلها الافكار الايجابية عن طريق إعادة البناء المعرفي .
	2018\03\18	قاعة العلاج	55 د	- معرفة درجة النجاح التي حققتها المفحوصة في تغيير افكارها السلبية بالافكار الايجابية يتبع بتشجيع وتعزيز لفظي .
	2018\03\22	قاعة العلاج	45 د	- تخفيف من شدة القلق عن طريق التنفس البطني والاسترخاء (تنفس بطني ، استرخاء)
	2018\03\28	قاعة العلاج	45 د	- تخفيف من شدة القلق عن طريق التنفس البطني والاسترخاء (تنفس بطني ، استرخاء)
المقابلات التقويمية	2018\04\09	مكتب الاخصائي	35 د	- اعادة تطبيق مقياس "تايلور" للقلق (قياس بعدي)

1-2-1 البيانات الأولية للحالة :

الاسم :ب،س.

السن : 22 سنة .

مكان الازدياد : تسمييلت .

المستوى التعليمي :إبتدائي .

المرتبة : 5من اصل6

الحالة المدنية :عازبة .

المستوى المعيشي:ضعيف .

نوع العنف :عنف جنسي ، نفسي ،إقتصادي ، قولي الانفعالي .

تاريخ دخول المركز :2018\01\04 .

سبب دخول المركز :ضحية عنف جنسي إعتداء من طرف الأب ، تكليف ممن طرف مديرية

النشاط الاجتماعي تسمييلت .

مكان إجراء المقابلات : مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم.

1-2-2 السيميائية العامة والسلوك العام للحالة :

الهيئة العامة : تتميز الحالة بقامة متوسطة هزيلة جدا ، ذات بشرة سمراء وعينين صغيرتين وسوداويتن .

مزاج الحالة : الحالة ذات مزاج هادئ ، تنتابها فترات من القلق و الحزن تخفيها بإبتسامة، كما أنها خجولة جدا .

الاتصال : لم يكن الاتصال مع الحالة في البداية سهلا وذلك بسبب خجلها إلا أنها سرعان ما تعودت علينا و إفتتعت بدورنا و قبلت التحدث .

النشاط الحركي : تتميز الحالة بحركة بطيئة ، فهي قليلة النشاط و الحيوية ، تحب الثبات في مكان معين وكثيرا ما تمضي وقتها في النوم .

النشاط العقلي : تواجه الحالة صعوبة في الفهم و الاستيعاب لأنه ليس لديها إضطراب في الادراك .

1-2-3 تقديم الحالة:

الحالة (ب،س) تبلغ من العمر 22 سنة ، تأتي في المرتبة 5 من الترتيب الاخوي من أصل 6 إخوة (3 إخوة من الأم و 2 من الام والاب) عاشت الحالة في ظروف معيشية جد ضعيفة في ظل انفصال الاب عن الأم إفتقرت الحالة إلى أبسط الحقوق ، حيث إلتحقت بالمدرسة في سن متأخرة الأمر الذي جعلها لاتستطيع التأقلم تركت المدرسة و هي لم تتعدى السنة الثالثة إبتدائي .

بعد موت أم الحالة التي كانت تعاني من الشلل ، بدأت المشاكل بين الاخوة الأمر الذي جعل الحالة تلجأ على أبيها، حيث قام هذا الأخير بالتعدى عليها جنسيا ، الأمر الذي جعلها ترفع دعوى قضائية في ظل رفض باقي العائلة لهذا الأمر ، بعد الحكم على الاب قامت مديرية النشاط الاجتماعي لولاية تسيमित بارسالها الى مركز النساء المعنفات بولاية مستغانم يو 04\01\2018 .

1-2-4 عرض المقابلات للحالة

أ- المقابلات التشخيصية (جمع المعطيات العامة)

المقابلة الاولى: ارتكزت المقابلة الاولى على التعريف بدور المختص النفسي وخلاقيات المهنة ، بالأخص الحرص على السرية المهنية وكسب ثقة المفحوصة والاصغاء التام الخالي من أي حكم، وكذا جمع البيانات الاولى عن الحالة .

المقابلة الثانية : قمنا من خلال هذه المقابلة بتطبيق مقياس تايلور للقلق وذلك للكشف عن درجة القلق بعد شرح التعليلة وكل البنود للحالة ،حيث كشفت لنا النتائج عن وجود قلق شديد لدى الحالة،حيث توصلت على درجة 29 والذي يظهر أعراض من بينها : إضطرابات نوم ،الخوف من مواجهة الأزمات ،نقص الثقة بالنفس ...

المقابلة الثالثة : عاشت الحالة مع أمها و أبيها وإخوتها من أمها في المسكن الذي تركه زوج أمها لها قبل وفاته في أوضاع معيشية و إجتماعية صعبة بسبب الأب الذي كان يتعاطى الخمر والمخدرات حيث عاشت طفولة صعبة كونه كان يقوم بتعنيفهم كثيرا ، كما قام بالإعتداء جنسيا على ابنة زوجته البالغة من العمر 15 سنة آنذاك الأمر الذي دفع الأم إلى طلب الطلاق منه، في حين منعتها العائلة من تقديم شكوى ضده، لم تستطع الأم البقاء في تلك البلدة حيث باعت المسكن الذي كان متبقي لها وغادرت إلى العاصمة لإقتناء غرفة واحدة كانت تجمعها هي و أولادها الستة، حيث كان الإبن الأكبر يقوم بأعمال يومية ليأمن لهم القوت "شرينا دار واحدة في دزاير وعشنا فيها ...ماما قالت المهم نبعدوا قاع ذاك القوم وخصوصا هذاك الخامج (الأب)...". فالعائلة تركت كل ما عندها و إبتعدت عن الاب الذي كان يهدد أمن عائلتهم ذهبت بحثا عن الأمان ،كان سن الحالة لايتعدى 6 سنوات إلا أنها لم تلتحق بالمدرسة نظرا للظروف المعيشية التي كانت تعيشها العائلة ،لنتنقل هذه الأخيرة للعيش مع أسرة زوجة أخيها الغنية مقابل في البيت "كنا كل يوم نسيقوا قاع ديك الفيلا و نديروا كلش ... أمها شرطت علينا نقضوا ...مكانش عندنا حل الشي إلي خلا خويا يتزوج ببنتها المريضة باه نعيشوا مليح ...".فالعائلة عامة و الحالة خاصة كانت تحس بنوع من الالتزام و الخضوع إتجاه العائلة و الذي تجسد في القيام بكل الأعمال المنزلية .

أصبحت الأم بجلطة دماغية ،توفيت بعدها تاركة الحالة التي لم يتعدى سنها9 سنوات مما زاد تأزم الأوضاع والحالة النفسية للمفحوصة "مزال لدوكا عايشة في ذاك الشوك ...مقدرتش نسا أمي إلي أي خلطنا ...".عاشت الحالة صدمة نفسية عند موت أمها و هي صغيرة ما جعلها تفقد سندها حيث لا تزال تحس بذلك فقدان حتى الآن، لنتلحق الحالة وسنها يتعدى 9سنوات "كنت نحشم بزاف كي دخلت نقرا ...وليت نشوف روعي أنا الكبيرة قاع فيهم ... وزيد هما قاع لاباس بيهم غير أنا كنت نخدم فالدار ونقرا...منكذبش عليك ما قدرتش نكمل ...". لم تتجاوز السنة الثالثة إبتدائي بسبب الحالة النفسية التي كانت تعيشها فهي كانت تحس بالدونية والنقص وخاصة الخجل الشئ الذي جعلها لا تستطيع التأقلم داخل المدرسة ،بعد ذلك تخلت الحالة عن الدراسة مواصل العيش في ذلك المنزل

رفقة إختها حيث كانت تشتكي من الأوضاع التي تعيشها، ماكان يغضب آخاها فكان كثيرا ما يعنفها "وليت ما نعملش العيشة في هاذيك الفيلا ... غير الخدمة الخدمة كرهت ...وخويا كي كنت نشكي كان يضربني ويقولني حق الخير ..."تعرضت الحالة للعنف الجسدي على يد آخاها نتيجة إحساسها بالعنف النفسي .

استمرت الحالة في الشكوى من الوضع الذي كانت تعيشه ليقوم الأخ الأكبر بأخذها عند والدها "وحد النهار قعدت غير نعيظ ونزعف ..حتى جاء خويا وضربني ...مخلاش فيا زرقني من كل بلاصة ...وعلى 10 تاع الليل داني لتسمسيلت عند بابا وقالوا شد بنتك عندك"إضافة للعنف الجسدي الذي كانت تتعرض له من طرف أخيها قام بالتخلي عنها ، في حين بقي باقي الإخوة رفقة الأخ الأكبر، قام الأب بأخذ الحالة عند جدتها التي أصبحت هي الأخرى تشكك بسبب مجيئها خاصة بعد تخليه عنهم كليا، و إستنادا إلى شكوك الجدة قام الأب بأخذ الحالة معه على أساس أنه سيأخذها عند الطبيب ليرى ما غذا كانت عذراء ثم أخذها إلى مكان عمله أين ما كان متوفر لديه مسكن خاص، وفي هذه الأثناء قام بإعتداء عليها جنسيا وحجزها لمدة 15 يوم .

المقابلة الرابعة : تعرضت الحالة منذ طفولتها لأنواع مختلفة من العنف سواء الجسدي أو النفسي ، ذلك من خلال التعنيف الذي كانت تتلقاه من طرف أبيها حيث أثر عليهم "تخافو بابا بزاف ...كي كنا صغار كان يعرين فالبرد ويضربنا ويخلينا برا ..كي يدخل بابا مكاش إلي يزغد ..."بقيت الحالة تكن لأبيها مشاعر الخوف نتيجة ذكريات الطفولة المؤلمة التي بقيت راسخة في ذهنها لتتأثر الحالة بعدها بطلاق أمها رغم صغر سنها، ثم وبإنتقالها للعيش عند أخيها أصبحت تتعرض للعنف النفسي من خلال إحساسها بالذل والمهانة كونهم كانوا يقومون بالعمل في ذلك البيت مقابل السكن فيه، فالأسرة عامة والحالة خاصة لم تحض بأي نوع من الخصوصية أو الحرية داخل المنزل، بل كانت مهامهم محدودة "كنا ملي نوضو وحنا نخدموا ..."مما جعل الحالة دائمة الشكوى للأوضاع المعيشية وهذا ما جعل آخاها الكبير يقوم بتعنيفها. فهنا لم تجد الحالة من يقوم بفهمها ومساندتها بل على عكس ذلك رجعت الحالة لتعيش عند أبوها بدون إرادتها ما زاد من تفاقم أوضاعها النفسية وذلك من خلال الأقوال التي كانت تسمعها من طرف جدتها والاعتداء الذي تعرضت له من طرف أبيها، الذي إحتجزها في منزله لمدة 15 يوم متتالية ليقوم بإغتصابها.

المقابلة الخامسة: خصصت هذه المقابلة لمعرفة النتائج التي ترتبت عن العنف الذي تعرضت له الحالة و عما تعانیه جراء إعتداء عليها وذلك بإغتصابها وضربها، حيث فقدت الحالة عذريتها

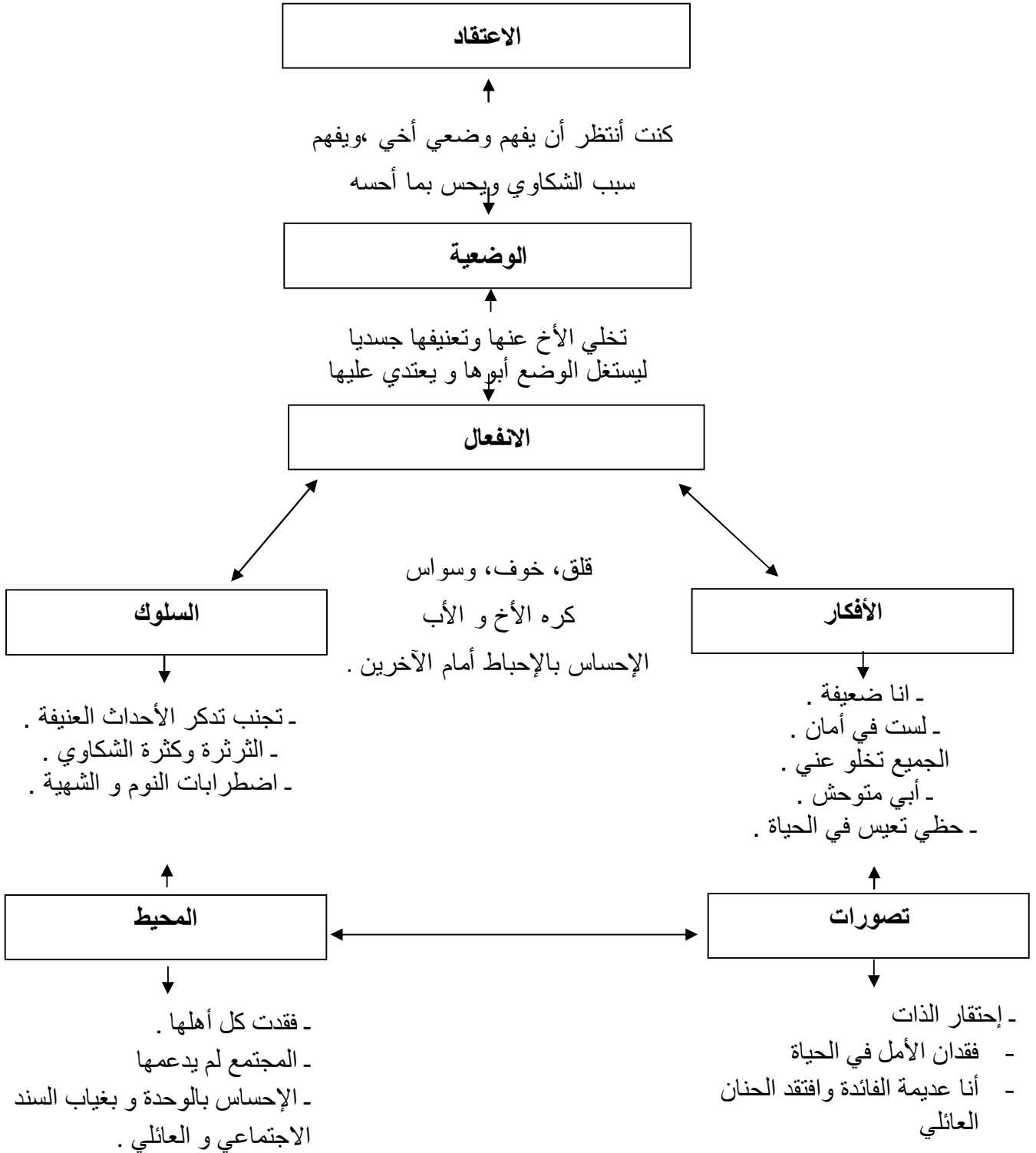
على يد أبيها "هو... هو إلي ضيعلي الشرف تاعي ...". فالحالة أحست بإنهاء حياتها وضياع شرفها جراء الاعتداء الجنسي والجسدي على يد أبيها مما جعلها تلجأ إلى القضاء حيث قامت المحكمة بالحكم عليه لمدة 20 عاما سجن، وفي تلك الأثناء واجهت الحالة برفض المحيط لها وتحليلها مسؤولية ما حدث حتى أن جدتها طلبت منها التستر على الأمر مقابل أن تبقىها عندها "جداتي ولاات تقولي ما تشكيش ب باباك ونخلوك عندنا وما يخصك والو ...هدتني وقاتلي إلا أنتي قلتي بلي باباك راكي تقعدني برا ومكانش إلي يدك ...". إضافة للحالة النفسية الصعبة التي عاشتها الحالة جراء إغتصابها على يد آخاها قامت العائلة بتهديدها بالتخلي عنها وفي هذه الأثناء وبعد الحكم على أبيها قامت الشرطة بتكليف إلى مرك النساء المعنفات لولاية مستغانم ليكون هذا الأخير ملجأها الوحيد كونها ليس لديها مكان تذهب إليه .

ب - المقابلات العلاجية

الحصة الأولى والثانية: تم الاتفاق على كيفية سير الحصص العلاجية التي تدوم من 40 د الى 50 د ونظرا لضيق الوقت قررنا أن لاتتعدى هذه الحصص 8 حصص بمعدل حصة واحدة إلى حصتين في الأسبوع، كذلك تم توضيح الأهداف التي نرجو الوصول إليها وهي التخفيف من أعراض القلق، كما قمنا بتوضيح نوع إضطرابها المتمثل في القلق وتوضيح مجرى حالتها حسب نتائج شبكة سيكا .

حيث تم إعطائها الشرح الكافي للإضطراب الذي تعانيه ونوع الأعراض التي تظهر لديها، وأن الكوابيس والأحلام المزعجة والخوف الذي تعاني منه عبارة عن أعراض لذلك الاضطراب الذي تعاني منه نتيجة العنف المسلط عليها من طرف الأب

والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة :



شكل رقم(03) La Grille Secca شبكة سيكا للحالة الثانية

الحصة الثالثة: كشفت الحالة عن الافكار التلقائية التي تتبادر إلى ذهنها فمثلا ترى أن أبوها متوحش وأن أباها تخلى عنها وأن الحياة لا تعني شيئا بالنسبة لها ،تم مناقشتها على أنها أفكار سلبية وهي وراء الانفعالات التي تعاني منها، وفي هذه الحصة تذكرت بعض المشاهد والصور من العنف الذي تعرضت إليه ،إذ كان محور حديثها يدور فقط على العنف المتعدد والوحشي المسلط ضدها، كنا نراقب إنفعالاتها المختلفة من حزن، بكاء، إرتجاف، كما كشفت لنا عن الأحلام التي كانت تحلم بها في الليل وتستيقظ على إثرها وتحرمها من النوم والراحة، سعينا من خلال هذه الحصة إلى تشجيع الحالة على التفكير المنطقي والتخلي عن الأفكار السلبية التي تبادر إلى ذهنها وتعزيز أي سلوك إيجابي صادر منها.

تم إقناع الحالة بأن أفكارها السلبية هي المسؤولة عن الانفعالات السلبية التي تعاني منها ،بالإضافة إلى ما تعرضت إليه من قساوة وعنف من طرف الأب وأنها تمتلك الرؤية الايجابية للأحداث التي تحيط بها وتعرض إليها في حياتها ، حيث نصحنا الحالة على ضرورة مراقبة أفكارها وإنفعالاتها وسلوكاتها عند تذكر ومواجهة وضعيات خارجية مختلفة .

الحصة الرابعة: تم إطلاع الحالة على ما جاء في شبكة سيكا إذ تم مناقشة ما جاء فيها من إعتقادات إنفعالات ،سلوكات وتصورات ،كما تم إخبارها على أن أفكارها السلبية إتجاه الذات والمحيط والمستقبل هي التي تساهم في ظهور أعراض القلق لديها.

في هذه الحصة قمنا بتعزيز التفكير الايجابي لدى الحالة، كما تم مناقشة موضوع هام وهو تقدير الذات لديها بهدف إسترجاع ثققتها بنفسها وتكوين نظرة إيجابية لذاتها ،حيث كانت ترى أنها عديمة الفائدة وتحقر نفسها .

الحصة الخامسة: في هذه الحصة تم التعزيز الايجابي وتغيير الافكار السلبية والاعتقادات التي كانت تراود الحالة، وذلك كحوصلة وتأكيد على ما جاء في الحصة السابقة ، حيث طلبنا منها مراقبة حوارها مع ذاتها عندما تتذكر تلك المواقف الضاغطة وأن عليها أن تبدل تفكيرها السلبي بتفكير إيجابي نحو ذاتها و الآخرين و المستقبل .

كما كان تدخلنا في ضرورة النظر الى الأشياء نظرة إيجابية خصوصا إتجاه الذات.

الحصة السادسة : في هذه الحصة تركنا للمفحوصة حرية التعبير عن المواقف التي تعرضت لها وكذا المواقف والافكار التي بادرت إلى ذهنها ووصفها وتحديد حالتها الانفعالية ، حيث تميزت هذه الحصة بتعزيز الثقة في نفسية المفحوصة وتشجيعها على التفكير المنطقي كلما تحكمت في

الوضعيات التي تواجهها نقدم لها تعزيز إيجابي ، كقولنا لها "جيد ، واصل ، بإمكانك تخطي هذه
الوضعية بفضل التفكير المنطقي ..."

لاحظنا تغير في تفكيرها وانعكس ذلك على سلوكياتها معنا ،حيث بدت أكثر راحة وبمزاج جيد
،ثم قمنا بحثها على مزاوله الاسترخاء والتنفس البطني ليزيد من تحسن حالة المفحوص .

الحصة السابعة الثامنة: بعد إخضاع الحالة للحصص العلاجية المعرفية إرتكزت على
التربية النفسية وإعادة البناء المعرفي ،حاولنا إثراء علاجنا بتمارين التنفس البطني والاسترخاء
بهدف التخفيف من شدة القلق ،حيث خصصنا أول المقابلة لتدريب المفحوصة على تقنية التنفس
كخطوة أولى تستغل لاحقا في تقنية الاسترخاء ثم تحدثنا عن تقنية الاسترخاء وكذا على نتائجها على
الصحة النفسية والتدرب عليها لنقوم بعدها على تدريب الحالة على تقنية الاسترخاء وعلى التخيل
لمدة 30 د وأبدت الحالة إستمتاع كبير بهذه التمارين .

ج- المقابلات التقييمية

المقابلة الأولى: شملت المقابلات التقييمية على مقابلة واحدة نظرا لضيق الوقت وتمثلت من
خلال إعادة التطبيق لمقياس تايلور للقلق، وذلك للوقوف على مدى النجاح الذي حققته الحصص
العلاجية التي قمنا بها .

سجلت الحالة 23 درجة مما يعني أن الحالة تعاني من قلق نوعا ما، وهذا يدل على أن
أعراض القلق إنخفضت لديها من خلال الحصص العلاجية، أما عن شبكة سيكا فالحالة أظهرت
تقدما وتحسن إيجابي سواء في تفكيرها الذي إنعكس على سلوكياتها وإنفعالاتها .

3-1 الحالة الثالثة

جدول (07) سير المقابلات الحالة الثالثة

المقابلات	تاريخ إجرائها	مكان, إجرائها	مدتها	الهدف منها
مقابلات التشخيصية (جمع المعطيات العامة للحالة)	2018\01\25	مكتب, الأخصائي	25 د	- كسب ثقة الحالة . -التعريف بدور الاخصائي النفساني و أخلاقيات المهنة .
	2018\01\29	مكتب الاخصائي	30 د	- تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح (قياس قبلي) .
	2018\01\31	مكتب الاخصائي	40 د	- التعرف على الوضع المعيشي و الاجتماعي للحالة قبل دخولها للمركز وكيف أثر هذا الاخير على تعرضها للعنف .
	2018\01\04	مكتب الاخصائي	45 د	- التعرف على نوع العنف ,ممارسه ومدى تقبل الحالة لهذا الأخير .
	2018\01\07	مكتب الاخصائي	40 د	- معرفة النتائج النفسية المترتبة عن العنف ومدى تأثيرها على الجانب النفسي .
المقابلات العلاجية	2018\02\14	قاعة العلاج	40 د	- توضيح نوع اضطراب المفحوصة و أعراضه وتوضيح مجرى حالتها النفسية حسب نتائج شبكة سيكا
	2018\02\22	قاعة العلاج	40 د	
	2018\02\28	قاعة العلاج	45 د	- إستخلاص الافكار السلبية و الانفعالات الناتجة عن تفكيرها .
	2018\03\05	قاعة العلاج	50 د	- توضيح العلاقة بين المواقف العنيفة والانفعالات والسلوكات و أفكار الحالة . - تدريب الحالة على التفكير المنطقي و الحوار الذاتي الايجابي , تخفيف من أعراض القلق .
	2018\03\13	قاعة العلاج	50 د	- نزع الافكار السلبية وحل محلها الافكار الايجابية عن طريق إعادة البناء المعرفي .
	2018\03\18	قاعة العلاج	45 د	- معرفة درجة النجاح التي حققتها المفحوصة في تغيير افكارها السلبية بالافكار الايجابية يتبع بتشجيع وتعزيز لفظي .
	2018\03\22	قاعة العلاج	40 د	- تخفيف من شدة القلق عن طريق التنفس البطني والاسترخاء (تنفس بطني, استرخاء)
	2018\03\28	قاعة العلاج	45 د	- تخفيف من شدة القلق عن طريق التنفس البطني والاسترخاء (تنفس بطني, استرخاء)
	المقابلات التقويمية	2018\04\09	مكتب الاخصائي	30 د	- اعادة تطبيق مقياس "تايلور" للقلق (قياس بعدي)

1-3-1 البيانات الأولية للحالة:

الاسم : م، أ .

السن : 19 سنة .

مكان الازدياد : تيارت .

المستوى التعليمي : متوسط .

المرتبة : 5 من أصل 5 إخوة .

الحالة المدنية : عازبة .

المستوى المعيشي : متوسط .

نوع العنف : عنف جنسي ، نفسي ، قولي الانفعالي .

تاريخ دخول المركز : 2017\04\09 .

سبب دخول المركز : حمل غير شرعي .

مكان إجراء المقابلات : مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم .

1-3-2 السيميائية العامة والسلوك العام للحالة :

الهيئة العامة: تتميز الحالة بقامة طويلة وبطن بارز بسبب الحمل، بشرة سمراء وشعر أشقر وعينين سوداويتين .

مزاج الحالة: مزاج الحالة هادئ جدا نفهي لا تظهر عواطفها ، قليلا ما تبتمس، تظهر عليها ملامح الحزن والقلق منذ الحديث عن وضعها .

الاتصال : الاتصال مع الحالة كان سهلا رغم تحفظها في البداية، إلا أنها بعد ذلك أصبحت لا تتردد في الاجابة عن أسئلتنا، كما أن لغتها سهلة ومفهومة .

النشاط الحركي: تتميز الحالة بحركة بطيئة جدا و ذلك بسبب حملها ، فهي تعاني من صعوبا في الحركة بسبب هذا الاخير وبالتالي فهي تفضل الثبات في مكان واحد .

النشاط العقلي: تتميز الحالة بذاكرة قوية ولها قدرة على الفهم و الاستيعاب ، كما أنها كثيرة الانتباه و التركيز .

1-3-3 تقديم الحالة:

الحالة (م،أ) تبلغ من العمر 19 سنة، تحتل المرتبة الاخيرة من أصل 5 إخوة، لما مسوى دراسي 4 متوسط، عاشت الحالة في ظروف معيشية متوسطة تخلت عن الدراسة بإرادتها تزوجت وهي بسن 17 ثم تطلقت بعد مرور شهر من ذلك الزواج .

بعد طلاقها تعرضت الحالة لإعتداء جنسي من طرف شاب كانت قد تعرفت عليه ،بعد ذلك الاعتداء إكتشفت الحالة بأنها حامل هذا ما جعلها تترك المنزل خوفا من عائلتها ،وعليه بعد لجوئها إلى الشرطة قامت بتكليفها إلى مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم 04\09\2018، في إنتظار موعد ولادتها للقيام بإجراءات قضائية تفيد قضية الحالة التي رفعت دعوى قضائية ضد المعتدي .

1-3-4 عرض المقابلات :

أ- المقابلات التشخيصية (جمع المعطيات العامة للحالة

المقابلة الاولى: تم من خلالها التعريف بدور المختص النفسي وأخلاقيات المهنة، وبالخصوص الحرص على السرية المهنية وكسب ثقة الحالة، والاصغاء التام الخالي من أي حكم وجمع البيانات الاولى .

المقابلة الثانية : في هذع المقابلة قمنا بتطبيق مقياس تايلور للقلق ،وذلك للكشف عن درجة القلق لدى الحالة ، حيث تحصلت الحالة على درجة 33 مما يعني أن الحالة تعاني من قلق شديد جدا .الذي ظهر من خلال الأعراض التالية : إضطرابات النوم ،نوبات الغثيان ،عصبية ،نقص التركيز ،نقص الثقة في النفس ...

المقابلة الثالثة : من خلال هذه المقابلة أردنا التعرف على الوضع الاجتماعي و المعيشي للحالة، حيث صرحت الحالة أنها كانت تعيش في وسط أسري متكون من أب و أم و 5 إخوة .عاشت طفولتها بشكل عادي وهذا نتيجة للظروف الاجتماعية و الاقتصادية الحسنة "أنا المزوزية فالدار ..كي كنت صغيرة كانوا مقلشينيمكان خاصني والو إلي نقول عليها يديروهاالي ..."

إلا أن معاملة الاخوة و الأب للحالة تغيرت عند بلوغها سن المراهقة ،لم تعد صغيرة في نظرهم مما أدى بهم إلى منعها من الخروج من البيت خارج أوقات المدرسة وكذا التحكم بمظهرها الخارجي ، الأمر الذي كان يزعجها والذي أدى بها إلى ترك الدراسة "غير كبرت شوياء وليت نقرا فالإكمالية جبت روجي شوياء ...ولات الخرجة ممنوعة عليا ...بداوا يتحكموا فيا ...إيه و قالولي لبسي حجاب ولا نبطلوك ...أيا أنا بطلت "، بقيت الحالة مأكثة في البيت وعند بلوغها سن 17 تزوجت من شب كانت قد تعرفت عليه من خلال الفاييبوك "كنت نكره فالدار ...نظل حالا الفاييبوك حتي تعرفت على واحد ثلاث أشهر وتزوجنا ..." ،بعد مدة أسبوع من الزاج تغيرت حياة الحالة وأصبحت تعاني من مشاكل عديدة مع الزوج وذلك عند إكتشافها لمعاشرة زوجها لنساء أخريات في الوقت التي كان يهملها كما ويشرب الخمر ،ساعات الاوضاع الاجتماعية و العائلية مما أدى بها إلى الطلاق بعد مدة شهر من الزواج : "ماقدرتش نحمل ذيك المعيشة ...كنت كيما الحيط فالدار ماعلبالوش قاع بيا ...يشرب ويهدر مع المدمات قدامي ...عيت عيت وطلقت منو"فإحساس الحالة بالاهمال الشديد إضافة إلى السلوكات السلبية للزوج التي كان يمارسها أمامها جعلها تطلب الطلاق .

بعد طلاقها دخلت الحالة في علاقة مع شاب آخر عن طريق الهاتف حيث أوهمها هذا الأخير بالزواج: "مور إلي طلقت بدا واحد يعيطلي ... كان يعرفني و يعرف بطلاقي بصح أنا ما نعرفوش ... قال لي راني ناوي الحلال يلا تقبلي ...". رأت الحالة فرصة في إعادة بناء حياتها التي رأت أنها تحطمت بعد طلاقها و هي في سن 17 الأمر الذي جعلها تصدقه و تعطيه فرصة وفي أحد الأيام وبغياب كل الأسرة عن البيت وجدت الحالة فرصة لتطلب من الشاب أن يأتي بجانب المنزل لتراه حيث إستغل هذا الأخير الفرصة وطلب منها أن تفتح له الباب و يتحدث معها وفي تلك الأثناء دخل المنزل وقام بإغتصاب الحالة "كي حليت الباب زدم عليا ... إغتصبي وأنا مقدرتش نقاومو حتى أنو كان يكاميري فيا وأنا ملخلعة ما فقتش ...". فالحالة تعرضت للعنف الجنسي من خلال الاعتداء عليها وأيضا للعنف النفسي من خلال توثيق ذلك الاعتداء بمقاطع فيديو .

المقابلة الرابعة : لقد تعرضت الحالة لمختلف أنواع العنف بداية بإغتصابها ليقوم بعدها بتهديدها بمقاطع فيديو ماجعلها تعيش حالة من الرعب والخوف الشديد لتقوم بتلبية كل طلباته التي كانت تتمثل في الخروج، حيث أصبحت الحالة تذهب عنده فوق إرادتها وخوفا من تهديداته "كان يهددني باه نخرج معاه ... مالخوف وليت ندير قاع شاي قولي". نتيجة العنف النفسي الذي أصبحت الحالة تتعرض له جراء التهديدات أصبحت خاضعة له على أثر الخوف و التهديد .

لم تقبل الحالة لذلك العنف إلا أنها إستمرت بالخروج معه وتلبية كل طلباته تحت التهديد والتخويف "كي دارلي هاك عرفت بلي كان غير يحشيلي ... كرهتو بصح مالخوف وليت ندير قاع شا يطلب مني عيشني في رعب ...". عاشت الحالة خيبة أمل وحالة رعب على إثر العنف الذي تعرضت له على يد الشاب الذي كانت تتطلع مستقبلها معه ما جعلها تكن المشاعر السلبية إتجاهه إلا أنها كانت خاضعة له بسبب الخوف و التهديد ، وإستمر الوضع إلا أن تقدم أحد معارف أخيها لخطبتها الأمر الذي جعلها تقبل وذلك لوضع حد لتلك التهديدات "كي جا خطبني صاحب خويا حسيتها فرصة باه نتهنى من ذاك الكلب ...". تطلعت الحالة لبداية جديدة من خلال قبولها لزواج من معارف آخاها فقطعت كل الاتصالات معه عن طريق تغيير رقم هاتفها ثم تزوجت في ظرف شهر واحد .

المقابلة الخامسة: خصصت هذه المقابلة للتعرف على نتائج العنف الذي تعرضت له الحالة فالنتيجة كانت بإكتشاف الحالة أنها حامل في الشهر الثالث بعد 15 يوم من زواجها، الأمر الذي دفعها للهروب من المنزل قبل إكتشاف عائلتها لذلك خوفا من ردة فعلهم ، لترفع دعوى قضائية ضد

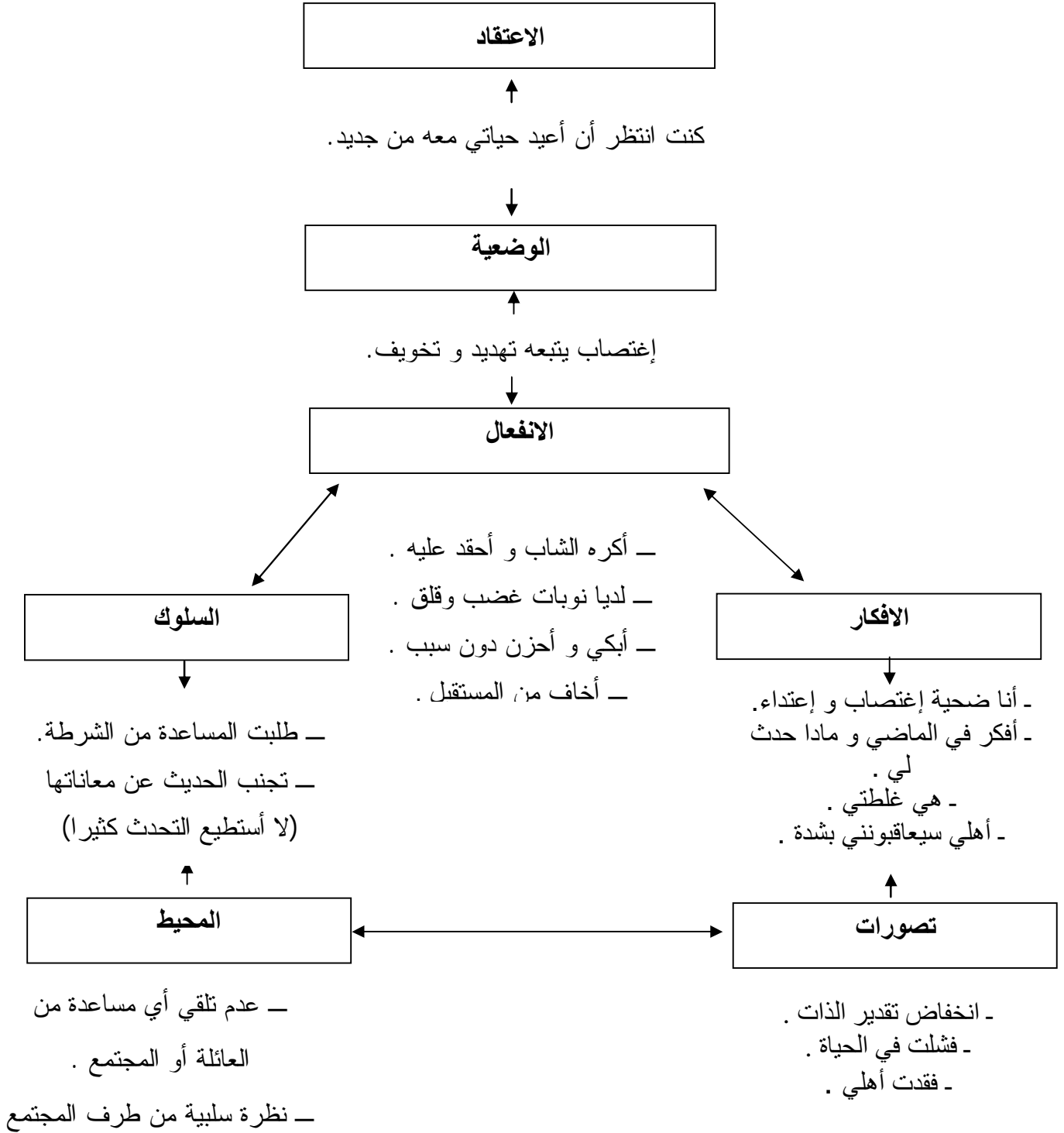
الشاب حيث تم تأجيل الحكم إلا ما بعد ولادة الطفل وصدور نتائج فحص الحمض النووي DNA وذلك كإثبات على ما فعله، فهي لم تشتكي في بادئ الأمر ما جعل قضيتها معقدة . بعد إكتشاف عائلتها للأمر قامت بالتخلي عنها لتقوم الشرطة بتحويلها إلى مركز النساء المعنفات لولاية مستغانم، ماولد لديها شعور برفض المجتمع لها، تأنيب الضمير ونقص في الثقة "دروك نشوف أنا السبة من جهة ومن جهة أخرى نشوف روجي وحدانيةمكانش إلي وقف معايا كي غلظت ...راني كاره روجي ..."الحالة تحس بتأنيب الضمير ونقص في إعتبار الذات والاحباط نتيجة تخلي محيطها وعائلتها عنها .

ب - المقابلات العلاجية

الحصة الأولى والثانية: تم في البداية الاتفاق على سير الحصص العلاجية التي تدوم من 40 إلى 50 د ،لضيق الوقت قررنا أن لا تتعدى هذه الحصص 8 حصص بمعدل حصة واحدة إلى حصتين في الأسبوع، كذلك تم توضيح الأهداف التي نريد الوصول إليها وهي التخفيف من أعراض القلق .

كما قمنا بتوضيح نوع إضطرابها المتمثل في القلق وتوضيح مجرى حالتها النفسية حسب نتائج شبكة سيكا ،تم إعطاؤها الشرح الكافي حول نوع الاضطراب الذي تعاني منه والأعراض لأحداث الاغتصاب والتهديدات التي عاشتها، هذا التكرار الذي يفتحم أفكارها وفي الليل لا تعرف الراحة في نومها إذ تفرعها الكوابيس فتصرخ وتبكي، كما أنها كثيرا كا تكون عصبية وقليلة التركيز .

والشكل التالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة :



شكل رقم(04) La Grille Secca شبكة سيكا للحالة الثالثة

الحصة الثالثة: _ من خلال هذه الحصة طلبنا من الحالة أن تراقب حوارها مع ذاتها عندما تتذكر لحظة الاغتصاب و التهديدات و ماهي الانفعالات التي تظهر عليها نتيجة ذلك ، لمحاولة إقناعها أن أعراض القلق التي تعاني منها و السابق ذكرها هي نتيجة التفكير السلبي مبيين ذلك حسب شبكة سيكا و لتوضيح أكثر تم الوقوف بشكل دقيق على أحداث الاغتصاب و التهديدات التي تعرضت لها عن طريق إستحضار أحد المواقف الصعبة التي واحبتها و ذلك بإغماض عينيها كي يعزل بصرها عن كل المشتتات التي يمكن ان تعوق إستحضار الحدث "في هذه الليلية الي عرفت بالتصاوير و الفيديوكنت راقدة حتى بعثملي فالفايسبوك و عيطلي و قالي شوفي شا بعثلك بحك أني كأمنتوش كي قالي ... اللولة شفت وجهي رميت تليفوندمرت حياتيكي ندير شكون الي شافهمكون يشوفهم بابا"

لقد كانت الحالة شديدة الانفعال عند حديثها عن ذلك الموقف ،تبكي ثم تسكت ،تنتقل من حدث مؤلم إلى آخر أسوء ومن هنا تم شرح هذه الانفعالات و التغيرات الفيزيولوجية للحالة التي هي عبارة عن أعراض القلق وهذه الاخيرة هي نتيجة التفكير السلبي للحالة .

الحصة الرابعة : قمنا من خلال هذه الحصة من خلال هذه الحصة بتوضيح مفصل عن الحصة السابقة ، أي تبيان العلاقة بين الأفكار و الانفعالات ،السلوكات و الاعراض التي تحصل معها ، بناء على مناقشة ما جاء في شبكة سيكا من إعتقادات ،إنفعالات ،سلوكات وتصورات و المحيط ،تم التأكيد عل أن الأفكار السلبية إتجاه الذات والمحيط و المستقبل هي التي تساهم في زهور أعراض القلق لديها إذ ركزنا على تشجيع الحالة على التفكير المنطقي وأي سلوك إيجابي صادر منها يعزز بالألفاظ لإكتساب التفكير الايجابي لدى الحالة ،وتم مناقشة موضوع هام وهو تقدير الذات لديها بهدف إسترجاع ثقتها بنفسها وتكوين نظرة إيجابية لذاتها .

الحصة الخامسة : قمنا من خلال هذه الحصة بالتعزيز الايجابي والوقوف على الافكار السلبية و إستبدالها بأخرى منطقية ، حيث كانت تراود الحالة أفكار ومعتقدات أنها ستجد حياتها مع الشاب الذي أوهمها بالزواج وذلك بعد طلاقها، مما أدى بها لوضعية الاغتصاب والتهديد والتخويف من طرف الشاب نفسه ،تغيرت إنفعالاتها إلى كره الشاب والحقد عليه والخوف من المستقبل إضافة إلى نوبات الغضب والقلق والحزن دون سبب ، حيث كان للحالة تحسن في تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية وذلك عن طريق إبعادها للأفكار المتكررة التي كانت تراودها حول الماضي وما حدث لها .

وبناء عليه تم حث الحالة على بناء الثقة في ذاتها وعن طريق رسم آمال و أحلام إيجابية نحو المستقبل.

الحصة السادسة: يعد ترك حرية التعبير للمفحوصة عن أفكارها و مواقفها التي تعرضت لها ظهر على الحال تحكم أكثر بتلك الوضعية الصعبة التي تعرضت لها ومن خلال هذا قمنا بالتعزيز الايجابي لتلك الأفكار ومن خلال التقدم الذي أحرزته الحالة في تفكيرها عند تقييمها للأحداث الخارجية أو الداخلية فاصبحت تأمل في الخير وتقتنع بما حدث لها من أحداث عنيفة و أن الحياة لم تنته.

تم حث المفحوصة على مزاولة الاسترخاء و التنفس البطني اللذان يساهمان في التخفيف من أعراض القلق و تحسن حالتها النفسية أكثر .

الحصة السابعة و الثامنة: يعد أن ارتكزت الحصص العلاجية المعرفية على التربية النفسية و إعادة البناء المعرفي لدى الحالة ،قمنا بتمارين التنفس البطني و الاسترخاء خلال هذه الحصص للتخفيف أكثر من شدة القلق لدى الحالة ، كما قمنا ببحث المفحوصة على مزاولة تلك التمارين كلما أحست بأعراض القلق خاصة و أن الحالة أبدت تقبل كبير و إهتمام بتلك التمارين التي رأت بأنها ساعدتها كثيرا إضافة إلى الحصص العلاجية المعرفية على تحسن حالتها النفسية بشكل كبير .

ج - مقابلات تقويمية

المقابلة الأولى: إقتصر تقويم الحصص العلاجية التي قمنا بها على مقابلة واحدة قمنا من خلالها بإعادة تطبيق مقياس القلق لتايلور بهدف معرفة مدى تحسن الحالة من خلال الحصص العلاجية .

سجلت الحالة 22 درجة مما يدل على وجود قلق بسيط ما يدل على إنخفاض في أعراض القلق ،كما أظهرت الحالة تقدما وتحسن إيجابي من خلال شبكة سيكا في تفكيرها .

02- إستنتاج عام للحالات الثلاث:

بعد إستعراضنا للمقابلات العيادية (تشخيصية، علاجية، تقويمية) لكل حالة وبناءا على الملاحظة و المقياس النفسي (مقياس تايلور للقلق) وعلى النتائج التي جاءت في هذا الأخير، نتوصل الآن إلى المناقشة العامة لكل ما جاء في تحليلنا السابق :

✓ أظهرت حالات الدراسة اللاتي تعرضن للعنف بشتى أنواعه أنهن يعانين من القلق، وذلك بناءا على القياس القبلي لمقياس تايلور للقلق ،حيث كانت نتائج كل من الحالة الأولى (35 درجة)قلق شديد جدا ،الحالة الثانية(29 درجة) قلق شديد والحالة الثالثة(33 درجة) قلق شديد جدا .

✓ حالات الدراسة تعرضت للعنف نتيجة المشاكل الاجتماعية ،العائلية أو التفكك الأسري ،هذا من عند كل من الحالة الأولى(وفاة الأب ،إهمال من طرف الأم بسبب الوضع الاقتصادي المتدني)،الحالة الثانية (طلاق الأم ووفاتها بعد ذلك)،الحالة الثالثة(طلاقها بعد زواج دام شهر) .

✓ إضافة للعنف النفسي ،الجسدة ،القولبي/إنفعالي و الاقتصادي ،إشتركت حالات الدراسة في أنهن تعرضن للعنف الجنسي وذلك من طرف أحد أفراد العائلة (محارم) عند كل من الحالة الأولى (إعتداء من طرف الأخ)،الحالة الثانية (إعتداء من طرف الأب)أما بالنسبة للحالة الثالثة فكان الاعتداء من طرف شاب كانت على علاقة معه عبر الهاتف .

✓ أشارت حالات الدراسة كلهن رفض للعنف الذي تعرضن إليه ،حيث قامت الحالات الثلاثة برفع دعوى قضائية ضد المعنف .

✓ من خلال قراءتنا للحالات و التطلع على نتائج كل حالة ،وجدنا أن كل الحالات يعانون من الشعور بالقلق و الخجل ،و الشعور بالنقص و إنخفاض في تقدير الذات و كذا الخوف من نظرة المحيط ، وكذا الخوف المستقبلي .

✓ كل حالات الدراسة تعرضن للتخلي من طرف أسرهن ومحيطهم بصفة عامة الامر الذي أدى إلى تحويلهم الى مركز النساء المعنفات .

✓ كشف لنا التحليل الوظيفي للحالات من خلال شبكة سيكا secca عن وجود إعتقادات، أفكار، إنفعالات ،سلوكات،تصورات ...سلبية بسبب العنف الممارس ضدهن، وذلك من خلال النظرة السلبية للذات ،المحيط والمستقبل و الخوف .

✓ أظهرت حالات الدراسة تفاعل مع البرنامج العلاجي من خلال التربية النفسية حيث أدركن طبيعة ما يعانين منه من أعراض القلق كإضطرابات النوم و الأكل ،فقدان التركيز....، ما ساهم في

إعادة البناء المعرفي لديهم و تغيير الانفعال عن طريق تغيير الأفكار السلبية و حل محلها أفكار إيجابية بناء على التحليل الوظيفي حسب شبكة سिका secca.

✓ أبدت الحالات إستمتاع و إهتمام كبير بجلسات الاسترخاء و التنفس البطني ،حيث ساهم في تغيير سلوكهن إتجاهنا و إتجاه ذواتهن ،فأصبحن ينظرن إلى المستقبل بتفاؤل وبيدين إحترام لذاتهن ،كما أصبحن ينظرن إلى المستقبل بتفاؤل و بيدين إحترام لذواتهن ، كما إقتنعوا بما تعرضوا إليه من عنف .

✓ إن العلاج المعرفي السلوكي ساهم في تغيير الأفكار السلبية لحالات الدراسة نحو الذات و المحيط والمستقبل الشئ الذي أدى إلى تغيير إنفعالتهن من جهة .كما ساهم في التقليل من حدة القلق.

الجدول(08) التالي يوضح نتائج مقياس تايلور للقلق قبل و بعد التكفل النفسي :

الحالات	الحالة الاولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة
درجات القلق قبل التكفل	35 د (قلق شديد جدا)	29 د قلق شديد	33 د قلق شديد جدا
درجات القلق بعد التكفل	25 د قلق نوعا ما	23 د قلق نوعا ما	22 د قلق بسيط

كما أوضحت النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن حالات الدراسة كن يعانين من القلق و ذلك حسب الدرجات المبينة في القياس القبلي للقلق و التي تراوحت من 29د إلى 35د (أي قلق نوعا ما إلى قلق شديد جدا)

حيث تميزت أعراض هذا الأخير بالنظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل ، و بعد إدخال التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) الذي إستند على التربية النفسية،إعادة البناء المعرفي والتنفس البطني ،الاسترخاء تمت إعادة قياس القلق حيث إنخفضت درجات القلق من 35د إلى 25د عند الحالة الأولى ،ومن 29د إلى 23د عند الحالة الثانية ومن 33د إلى 22د عند الحالة الثالثة وهذا دليل على تحسن الحالات .

03- مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج.

1-3 مناقشة الفرضية العامة:

يساهم التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) في التخفيف من درجة القلق لدى المرأة المعنفة .

من خلال المقابلات العيادية للحالة الأولى أظهرت النتائج أنها تعاني من قلق شديد جدا بدرجة 35 وذلك جراء الاعتداء الذي تعرضت له ،حيث نتج عنه عنف جنسي ،نفسى،قولي/النفعلالى كنتيجة للعنف الاقنصادى الذى عاشته عائلة الحالة وإستنادا للتحليل الوظيفى لشبكة سىكا secca قمنا بالتكفل النفسى (المعرفى – السلوكى) بالحالة بمعدل 8 حصص لىظهر بعدها من خلال القياس البعدى إنخفاض فى درجة القلق لتصل إلى 25 درجة أى قلق نوعا ما، هذا ما يعكس تحسن الحالة وذلك من خلال إنخفاض أعراض القلق لديها ،أما الحالة الثانية فقد كانت تعاني من قلق شديد بدرجة 29 هذا قبل التكفل النفسى (المعرفى – السلوكى) حيث تحسنت الحالة بعد هذا الأخير لتحقق درجة 23 أى قلق نوعا ما أما الحالة الثالثة فكان لديها قلق شديد جدا بمعدل 33 درجة لينخفض إلى 22 درجة (قلق بسيط) وذلك بعد التكفل النفسى الذى قام ببناء على المقابلات التشخيصية و على التحليل الوظيفى لشبكة سىكا secca .

وبناء على المقابلات العيادية التى قمنا بها و التى كشفت أن المرأة المعنفة تعاني من مشاكل فى الصحة النفسية وهذا ما تؤكده دراسة كارين لارسون 2007 karin larson من أن العنف الأسرى يؤثر على الصحة النفسية للمرأة المعنفة ، بذلك قمنا بالتكفل بجانب من جوانب الصحة النفسية للمرأة ،شمل هذا الجانب على أعراض القلق حيث أظهرت النتائج تحسن كبير لدى الحالات بعد الحصص العلاجية التى خضعن لها ببناء على التكفل النفسى من خلال إنخفاض درجات القلق لديهن .

هذا يدل على تحقق الفرضية العامة لدى جميع الحالات أى أن التكفل النفسى (المعرفى – السلوكى) يساهم فى التخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة.

2-3 مناقشة الفرضيات الجزئية :

1-2-3 مناقشة الفرضية الجزئية الأولى :

تساهم التقنيات المعرفية في إعادة البناء المعرفي و الحد من مشاعر القلق .

على ضوء تحليل المقابلات التشخيصية و التحليل الوظيفي لشبكة سيكا secca الذي كشف على نمط الأفكار السائدة لدى كل حالة حيث إشتراك حالات الدراسة في وجود أفكار، إعتقدات، إنفعالات وتصورات سلبية بسبب العنف الممارس ضدهن والتي تمثلت في النظرة السلبية للذات و المحيط و المستقبل بالإضافة إلى وجود تشوهات فكرية وهي أفكار لا منطقية، أما عن الانفعالات فتميزت بالخوف و القلق، فقدان التركيز مما جعلنا نقوم بتطبيق تقنيات معرفية حيث ساهمت هذه الأخيرة في التربية النفسية وذلك من خلال إستيعاب الحالات الثلاثة أن أفكارها السلبية هي التي تساهم في تعزيز أعراض القلق الأمر الذي سهل على الحالات تغيير تلك الأفكار السلبية من خلال الإقتناع التام بكل ما تعرضن له من عنف وبالتعزيز الإيجابي أظهرت الحالات تحسنا كبيرا و إنخفاض في أعراض القلق بناء على أن العنف ضد المرأة يسبب لها ضرارا و معاناة نفسية تتجسد في أفكار و انفعالات سلبية ، حسب ما جاءت به الجمعية الدولية AMNESTIY INTERNATIONAL من " أن العنف ضد المرأة يعني الافعال الموجه للجنس الانثوى والتي تسبب ضرارا و معاناة نفسية " ولذا وجب تطبيق تقنيات معرفية للحد من المعاناة النفسية التي تعيشها المرأة المعنفة ، حيث ساهمت حسب نتائج الحالات المدروسة في إعادة البناء المعرفي لديهن و الحد من مشاعر القلق من خلال تحسن أفكارهن السلبية ، وبالتالي فقد تحققت الفرضية الجزئية الاولى و التي مفادها مايلي :

تساهم التقنيات المعرفية في إعادة البناء المعرفي و الحد من مشاعر القلق .

2-2-3 مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تساهم التقنيات السلوكية في التخفيف من حدة الأعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى المرأة المعنفة .

بعد تطبيق التقنيات السلوكية والتي جاءت من خلال البرنامج المسطر للتكفل بالحالات قصد التخفيف من الأعراض الفيزيولوجية التي تمثلت في اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل وسلوكات السلبية شملت على التفاعل معنا ومع ذواتهن هذا بالنسبة للحالات الثلاث حيث إشتراك في كل هذه

الأعراض التي كانت نتيجة للعنف الذي تعرضن إليه حيث أثر عليهن من الناحية النفسية وكذا الجسمية وشملت في الأعراض الفيزيولوجية للقلق هذا ما أكدته أيضا دراسة كارين لارسون 2007 **karin larson** الذي جاء بأن العنف يؤثر على الصحة النفسية من جهة و كذا على الصحة الجسمية من جهة أخرى وتكون هذه الأخيرة سواء نتيجة العنف الجسدي أو كأعراض فيزيولوجية لإضطراب نفسي مثلما ما هو موجود عند حالات الدراسة، حيث ظهر تغير كبير في سلوكياتهن من خلال تحسن السلوكيات السلبية إلى سلوكيات إيجابية بعد تطبيق كل من تقنية التنفس البطني وتقنية الاسترخاء التي ساعدت الحالات الثلاث على التخفيف من الاضطرابات النوم، و اضطرابات الأكل وتحسن في تفاعلهن مع المحيط الخارجي، كما أبدت الحالات إستمتاع وإهتمام كبير بتقنيات السلوكية، هذا ما يدل على تأثير هذه التقنيات على الحالات والذي إنعكس من خلال تأثرهن وإهتمامهن بهذه التقنيات التي ساعدتهن بدرجة كبيرة في التخلص من الأعراض الفيزيولوجية للقلق وهو ما كان واضحا من خلال القياس البعدي لمقياس تايلور للقلق.

بذلك تحققت الفرضية الجزئية الثانية للدراسة مع الحالات الثلاثة و التي مفادها :

تساهم التقنيات السلوكية في تخفيف من حدة الأعراض الفيزيولوجية التي تظهر لدى المرأة المعنفة .

ظهر لنا من خلال الممارسة العيادية أن التكفل النفسي (معرفي – سلوكي) نجح في التخفيف من أعراض القلق لدى النساء المعنفات ، وهذا من خلال تحقق فرضيات الدراسة كلها مع الحالات الثلاثة، إلا أنه لا يمكن تعميم النتائج لأن العينة صغيرة جدا (3حالات) هذا من جهة ومن جهة أخرى كان للحالات الثلاثة الاستعداد للتخلص من أعراض التي كانت لديهن .

كما أنه ومن خلال هذه الدراسة ظهر لنا أن الدراسات حول فعالية التكفل النفسي في علاج مثل هذه الحالات منعدمة جدا ،أي أنه لا توجد دراسات سابقة تتفق مع النتائج التي جاءت بها دراستنا حول التكفل النفسي بالنساء المعنفات اللاتي يعانين من القلق ،وبذلك لا يمكن أن نعمم النتائج أي أنها تبقى موافقة لدراستنا و للحالات التي قمنا بالتكفل بها فقط .

الخاتمة

4- الخاتمة:

مما سبق ذكره يمكن القول أن العنف ضد المرأة تدخل فيه معطيات إجتماعية أسرية ،وحتى أبعاد و عوامل نفسية ،وقد حاولنا من خلال دراستنا معرفة النتائج النفسية للعنف الذي تتعرض له المرأة حيث ركزنا على أعراض القلق لدى المرأة المعنفة والتخفيف من حدتها من خلال التكفل النفسي (المعرفي – السلوكي) .

و إستنادا على مطالعتنا النظرية ،ملاحظتنا و إستنتاجاتنا الميدانية التي قام عليها التكفل النفسي خفف هذا الأخير من أعراض القلق التي تعيشها المرأة المعنفة لتكون هذه محاولة لرفع الستار عن فئة النساء المعنفات و ذلك للإهتمام بها أكثر .

نتمى أن يكون هذا البحث المتواضع بداية لبحوث أخرى تكون أشمل و أوسع .

5- إرشادات وإقتراحات للوقاية من العنف ضد المرأة

إستنادا إلى النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة والتي تدور حول التكفل النفسي (معرفي) – سلوكي) لدى المرأة المتعرضة للعنف والتي تبدي أعراض القلق نتيجة للعنف الطي تعرضت إليه، نصل الآن إلى تقديم بعض التوصيات والإقتراحات للوقاية والحد من إنتشار العنف ضد المرأة بشكل عام و التي نأمل أن تتحقق مستقبلا .

– إرشادات من الناحية الاجتماعية:

- تشجيع الاتصال داخل البيوت و العائلات .
- توعية الأب و الأخ و الزوجة بضرورة الاعتناء بالجنس الانثوي .
- الاهتمام بالبنت، الأخت، ...والمراقبة الدائمة لها من طرف أولياء الأمر .

– إرشادات من الناحية القانونية :

- توعية المرأة بحقوقها الإنسانية و بكيفية الدفاع عنها وعدم التسامح والسكوت على نهب هذه الحقوق .
- ضرورة العمل على تغيير النظرة الخاطئة للمجتمع حول قيمة ووضعية المرأة في الدين والاعتناء بحقوقها .

– إرشادات من الناحية الطبية :

- على المرأة المعنفة إصدار شهادة طبية لدى الطبيب الشرعي مع أخذ صور تبين أثر الجرح و التشوه الذي خلفه ذلك العنف فيها بإمكانها معاقبة المعتدى و تقديم شكوى .

6- الاقتراحات :

باعتبار العنف ظاهرة نفسية إجتماعية على كل المعنيين بالأمر أن يتعاونوا لمحاربتها:

شرطة، أمن، قانون... من جملة الاقتراحات التي نقتربها كالتالي:

— فتح أكبر من مراكز الاستماع والاصغاء عبر كافة تراب الوطن وتقديم التكفل اللازم

لهذه الفئة المحرومة .

— زيادة الأبحاث و الدراسات حول العنف ضد المرأة بشكل عام سواء من قبل الأهل،

الزوج، الأبناء... والمشاكل التي تعانيها المرأة الجزائرية في حياتها لأننا إن لم نعطي قيمة للمرأة

ولم نهتم بمعاناتها لا شك وأن جيل الغد لن يعرف التقدم والرفي، فكما يقال للمرأة التي هي الام،

الزوجة، الاخت" الام مدرسة إذا أعددتها أعددت شعبا قيم الاعراق" فالأمم تزدهر بما ستقدمه الام،

وبدون هذه الجوهره تتخلف الامم وتفسح المجال لمختلف أنواع الانحرافات والجرائم .

— على وسائل الاعلام المختلفة توعية العائلات.

يبقى أن نقول هذه الظاهرة تعتبر صورة من صور البشاعة الانسانية إذ يجب الابتعاد عنها

ومحاربتها بشتى الطرق.

قائمة المراجع

الكتب

1. اشرف محمد عبد الغاني شريت، محمد السيد حلاوة، الصحة النفسية، المكتب الجامعي، الحديث، الاسكندرية، 2003.
2. جابر محمد سامية، سوسيولوجيا الانحراف، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2004.
3. جادوا عبد الحميد أميمة، العنف المدرسي بين الأسرة والمدرسة والإعلام، الطبعة 01، دار الحساب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.
4. جيليفورد ترجمة يوسف مراد: ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية، الطبعة الثالثة، دار معارف بمصر، القاهرة، 1869.
5. حامد عبد السلام، زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة 04، نشر وتوزيع طباعة، عالم الكتب، القاهرة، 2005.
6. حجازي مصطفى، التخلف الاجتماعي، معهد الإنماء العربي، بيروت، 1976.
7. حسن علي هبة، الإساءة إلى المرأة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2003.
8. حلمي اسماعيل إجلال: العنف الأسرة، دار قباء، القاهرة، 1999.
9. الخالدي أديب محمد: مربع في علم النفس الأكلينيكي المرضي - الفحص - العلاج، دار وائل للنشر، 2006.
10. الخولي محمود سعيد: العنف في مواقف الحياة اليومية - نطاقات وتفاعلات، الطبعة 01، دار ومكتبة الاسراء، بيروت، 2006.
11. دبابنة ميشال: الطفولة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، 1984.
12. دليل ميخائيل معوض، علم النفس الاجتماعي، الطبعة 02، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 1994.
13. دليل وديع شكور، العنف والجريمة، الطبعة 01، دار النهضة العربية، للعلوم، بيروت، 1997.
14. رزق ابراهيم كوثر: في ديناميات الاعتداء على المدرسين، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مصر 1979.
15. رشاد علي عبد العزيز موسى: سيكولوجية الفروق بين الجنسين ، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع القاهرة، مصر، 1993.

16. ريكان ابراهيم: النفس والعدوان، دراسة نفسية اجتماعية عالم في ظاهرة، العدوان البشري، الطبعة 01، دار الكندي للنشر والتوزيع، الاردن، 2004.
17. زايد احمد عليا شكري وآخرون، الأسرة والطفولة، الطبعة 01، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، بدون سنة.
18. سموك علي: اشكالية العنف في المجتمع الجزائري، منشورات جامعة بابي مختار، عنابة، الجزائر، 2006.
19. السيد عثمان فاروق: سلسلة المراجع العربية في التربية وعلم النفس، الطبعة 01، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 2001.
20. الشقير محمود زينب: مقياس قلق المستقبل، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر، 2005.
21. شكوه نوابي نزاد، علم النفس المرأة، الطبعة 01، ترجمة زهراء، طيوري بكانه، دار الهادي، بيروت، 2001.
22. طه حسين عبد العظيم: العلاج النفسي المعرفي، مفاهيم وتطبيقات، الطبعة 01، دار الوفاء، الاسكندرية 2007.
23. عادل عبد الله محمد، العلاج المعرفي السلوكي، اسس وتكبيقات، دار الرشاد، 2000.
24. عبد الستار ابراهيم: الانسان وعلم النفس، بدون طبعة، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، 1996.
25. عبد الستار ابراهيم: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 1994.
26. عبد الله سيد معتز، عبد اللطيف محمد خليفة، علم النفس الاجتماعي، دار غريب الطباعة والنشر، القاهرة، 2001.
27. عبد المعطي حسن مصطفى: ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة زهراء، السرق، القاهرة، 1993.
28. عريفج سامي سلطي وآخرون: في مناهج البحث العلمي، دار مجد لاوي للنشر والتوزيع، عمان، 1999.

29. عزت سيد اسماعيل، سيكولوجية الإرهاب وجرائم العنف، الطبعة 1، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1988.
30. عسكري علي: ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها- الصحة البدنية في عصر التوتر والقلق، الطبعة 01 و02، دار الكتاب، 1999، 2002.
31. عكاشة احمد: الطب النفسي المعاصر، الطبعة 5، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1984.
32. غريب عبد الفتاح: علم الصحة النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1998.
33. فايد حسين، دراسات في الشخصية والسلوك، مؤسس طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.
34. فرويد سيجموند، ترجمة محمود عثمانى نجاتي: الكف، العرض والقلق، الطبعة 04، دار الشروق، القاهرة، 1989.
35. قاسم حسن صالح: الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، اساليبها واغراضها وطرائق علاجها، دار دجلة، عمان، 2008.
36. القريطي عبد المطلب: في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
37. القريطي عبد المطلب: في الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن، 1998.
38. الكفاني علاء الدين: الصحة النفسية: دار هجر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
39. لويس كامل مليكة: علم النفس الاكلينيكي التشخيص والتنبؤ في العلاقة الاكلينيكية، الطبعة 05، الجزء الأول، 1992.
40. مجيد سوسن: اضطرابات الشخصية أنماطها قياسها، دار الصفاء، عمان، 2008.
41. محمد حسن غانم: الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، الطبعة 01، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر 2006.
42. محمد عمر ماهر، المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، الازيطة، 1987.
43. محمود عبد الحليم منسي: الصحة وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، الطبعة 02، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر، بدون سنة.
44. معصومة سهيل المطيوب: الصحة النفسية مفهومها واضطراباتها، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح، عمان، 2005.

45. مكي رجاء ، سامي عجم: اشكالية العنف، الطبعة1، المؤسسة الجامعية، القاهرة، 2004.
46. مريم سليم: علم نفس النمو، الطبعة01، دار النهضة العربية، بيروت، 2002.
47. النابلسي محمد احمد: الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة، العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1991.
- المعاجم والموسوعات:**
48. ابن منظور: لسان العرب، طبعة 01، المجلد04، دار صرصار، بيروت، 1997.
49. اندرية لالاند: موسوعة لالاند الفلسفية، المجلد 3، منشورات عويدات، بيروت، 1996.
- المجالات والجرائد:**
50. أبو سليمان، بهجت عبد المجيد: أثر الاسترخاء والتدريب على حل المشكلات في خفض القلق وتحسين الكفاءة الذاتية لدا عينة من طلبة الصف العاشر القلقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، 2007.
51. بن محمد علي المشيخي غالب: قلق المستقبل وعلاقته بكل من الذات ومستوى الطموح، لدى عينة من الطلبة جامعة الطائف، رسالة دكتوراه، جامعة ام القرى السعودية ، 2009.
52. رزيقة مجدي: الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقته بظهور القلق (حالة - سيمية)، دراسة مبدئية بولاية تيزي وزو، 2011.
- الرسائل الجامعية:**
53. زين الدين مصمودي: مدخل نقدي لتفسير ظاهرة العنف من خلال التنشئة الاجتماعية بين تبريرات الواقع والاموذج المعياري، أعمال الملتقى الدولي الأول، العنف والمجتمع، جامعة خيضر، الجزائر، 2003.
54. سمية منصوري: الكفالة النفسية للاطفال لإرادي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، رسالة ماجستير، معهد علم النفس، جامعة الجزائر، 1992.
55. سمية منصوري: الكفالة النفسية للاطفال لإرادي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، رسالة ماجستير، معهد علم النفس، جامعة الجزائر، 1992.
56. عرعار سمية: تشخيص الاكتئاب العصابي والاستجابي، والتكفل النفسي بالمصابين من الراشدين، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، علاج معرفي سلوكي، 2002

57. محمد علي شلبي أشرف: **فعالية برنامج سلوكي في خفض درجة العنف لدى عينة من المعاقين عقليا**، دراسة تجريبية، مجلة الخدمة النفسية، المجلد 01، يناير، 2005.
58. نعيمة محمد: **الاختلافات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى الإبناء**، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين الشمس، 1993.

المراجع بالفرنسية:

القواميس

59. La petit la rousse: **dictionnaire de français**, librairie la rousse, paris, 2001.
60. Oxford Dictionaries - **Word lists - About - Spelling – Grammar** , 1970,

الكتب

61. Angers initiation **pratique à la méthodologie des sciences humaines**, les édition quédée ecifre, 1997.
62. Bruno condy : **stress contrôle guide pratique pouvons libérer on stress par les méthodes naturelles**, France, édition, 1988.
63. Chantal de May Guillard : **initiation aux thérapies cognitives et comportementales**, cornique sociale, 2008.
64. Christine mirable sarron luis vera : **l'entretien en thérapie comportementale et cognitive douad**, paris 2eme édition, 2004.
65. Fontaine et Philippe fontaine : **guide chimique de thérapie comportementales et cognitives**, France, 2007.
66. Lolette chiland : **l'enfant. La famille. 'école**, paris, infirmerie de France, 1993.

مواقع الانترنت

67. بالخير أمال، 2008، **العنف ضد النساء**، أين الرجول المرأة أو ثقب جسمها، ابحاث المركز التقدمي للدراسات وابحات مساواة المرأة، نقلا عن الموقع الالكتروني.
<http://www.echeeoline.org/information-centre>
68. اسناد نور الايمان، النساء والعنف في: www.reggar.org المجتمع العربي، مستشار وقانوني بمركز الاعلاميات العربية العربية

69. الجازية الهمامي: العنف الاسري في بلدان www.karamal.org المغرب العربي مؤتمر كرامة حول العنف الاسري البحرين 2-4 ديسمبر 2008..
70. أمل محمود السيد الدوة: www.docs.ksu-edu-sa

الملاحق

ملحق رقم 01

مقياس القلق لتايلور

عزيزتي:

أمامك مجموعة من الأسئلة التي تقيس الشكوي التي تتبع التعرض للمشاكل فضعي علامة (√) التي تنطبق عليك و لو بالتقريب ، و أجيبي عن جميع الأسئلة ، و لا تتركي سؤال بدون اجابة .

الرقم	البند	نعم	لا
١	نومى مضطرب و متقطع .		
٢	مرت بى أوقات افتقدت فيها النوم بسبب القلق .		
٣	لدى قليل جداً من المخاوف اذا قورنت بأصدقائى .		
٤	أعتقد أننى لست أكثر عصبية من معظم الناس .		
٥	تنتابنى أحلام مزعجة (أو كوابيس) من حين لآخر .		
٦	عندى قدر كبير من المتاعب فى معدتى .		
٧	غالباً ما ألاحظ أن يداى ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل من الأعمال .		
٨	أعانى من نوبات الاسهال .		
٩	المال و العمل يثيران القلق عندى .		
١٠	أصاب أحياناً بنوبات من الغثيان (غميان النفس) .		
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهى خجلاً .		
١٢	أشعر بجوع فى كل الأوقات تقريباً .		
١٣	أننى أثق بنفسى تماماً .		
١٤	لا أتعب بسرعة .		
١٥	ان الانتظار يجعلنى عصبياً .		
١٦	أشعر أحياناً بالاثارة لدرجة أن النوم يتعذر علىّ .		
١٧	أشعر دائماً بالهدوء .		
١٨	تمر بى فترات من عدم الاستقرار لدرجة أننى لا أستطيع أن أمكث طويلاً فى مقعدى .		
١٩	أننى سعيد فى معظم الوقت .		
٢٠	أجد من الصعب علىّ تركيز ذهنى فى عمل ما .		
٢١	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طول الوقت تقريباً .		
٢٢	أخاف من مواجهة أزمة أو شدة .		
٢٣	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرين .		
٢٤	كثيراً ما أجد نفسى قلقاً على شيء ما .		
٢٥	من المؤكد أننى أشعر أحياناً بأن لا فائدة لى .		
٢٦	أشعر أحياناً بأننى أكاد أتمزق ارباً .		
٢٧	أعرق بسهولة حتى فى الأيام الباردة .		

٢٨	الحياة عسيرة بالنسبة لى فى أغلب الأوقات .
الرقم	البند
٢٩	يقلقتى ما يحتمل أن أواجهه من حظ سيئ .
٣٠	أننى حساس بنفسى لدرجة غير عادية .
٣١	لا أظن أننى لاحظت أبداً أن قلبى يخفق بشدة و يندر أن تنهج أنفاسى .
٣٢	أبكى بسهولة .
٣٣	لقد خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون ايدائى .
٣٤	عندى استعداد لأن تؤثر فى أحداث الحياة تأثيراً شديداً .
٣٥	قلماً أصاب بالصداع .
٣٦	لا بد أن أعترف بأننى شعرت أحياناً بالقلق الشديد على أشياء لا قيمة لها .
٣٧	لا أستطيع أن أركز تفكيرى فى شئ واحد .
٣٨	أنا أرتبك بسهولة .
٣٩	فى بعض الأحيان أعتقد أننى لا أصلح لشيئ أبداً .
٤٠	أننى شخص متوتر جداً .
٤١	أحياناً عندما أتضايق يتساقط منى العرق بصورة تضايقتى جداً .
٤٢	وجهى لا يحمر خجلاً بدرجة أكثر مما يحدث للآخرين
٤٣	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس .
٤٤	لا يكاد وجهى يحمر من الخجل أبداً .
٤٥	مرت بى أوقات كنت أشعر خلالها بأن الصعاب تتراكم فوق بعضها البعض بحيث لا أستطيع التغلب عليها .
٤٦	عندما أقوم بعملى أكون فى حالة توتر شديد .
٤٧	يدياى و قدمي دافئتان فى العادة .
٤٨	أحلم كثيراً بأمر أفضل الاحتفاظ بها لنفسى .
٤٩	تتقصنى الثقة بالنفس .
٥٠	يندر جداً أن أصاب بالإمساك .

ملحق رقم (02) تمرين لتنظيم التنفس البطني
إعداد جمعية LA SARP مأخوذ عن مصطفى المصري

تمرين لتنظيم التنفس

-خذ نفسا عميقا و أبقه في صدرك لبعض الوقت أرخ عضلات بطنك ودعها تتمدد إملأ صدرك
وبطنك بالهواء.

-أخرج الهواء من صدرك ببطء، وعد من 1 إلى 5 خلال ذلك.

1....2....3....4....5....

- أبق في هذا الوضع مدة قصيرة بينما تعد من 1 إلى 5

- . 4 . 3 . 2 . 1. الآن أعد التنفس مرة أخرى :شهيق، زفير 5

-جيد.

ملحق رقم (03)

إعداد : مصطفى المصري

نص للتمرين على الاسترخاء

أنت مستلق على الأريكة، عيناك مفتوحان وأنت تنظر إلى السقف
أغمض عينيك

حس جسمك وأنت مستلق على الأريكة، حس بثقل وزنك

اضغط بقوة على الأريكة بكعب قدمك اليمنى

حس عضلات ساقك اليمنى التي بدأت تتصلب وتشد

الآن، حرر الضغط الموجود في كعبك وتهد

حس ساقك اليمنى التي بدأت تصير لينة ومسترخية

ارفع قليلا ساقك اليمنى فوق الأريكة

حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض

ساقك اليسرى لا تفعل شيئاً فهي مستلقية على الأريكة بلا حركة

انزل ساقك اليمنى من جديد إلى الأريكة

ساقك اليمنى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ساقك اليمنى

اضغط بقوة على الأريكة بكعب قدمك اليسرى

حس عضلات ساقك اليسرى التي بدأت تتصلب وتشد

الآن، حرر الضغط الموجود في كعبك وتهد

حس ساقك اليسرى التي بدأت تصير لينة ومسترخية

ارفع قليلا ساقك اليسرى فوق الأريكة

حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض

ساقك اليمنى لا تفعل شيئاً فهي مستلقية على الأريكة بلا حركة

أنزل ساقك اليسرى من جديد إلى الأريكة

حس ساقك اليسرى وهي تصير ثقيلة على الأريكة

ساقك اليسرى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ساقك اليسرى

الآن، اقبض عضلات مقعدك معا

يمكن أن تحس أن الجزء الأسفل من جسمك بدأ يتصلب ويشد الآن، حرر الضغط وتهد

حس الجزء الأسفل من جسمك وهو يصبح لينا ومسترخيا

حس ثقل حوضك وهو مستلق على الأريكة

اضغط يدك اليمنى بقوة على الأريكة
حس عضلات ذراعك اليمنى وهي تتصلب وتشتد
الآن، حرر الضغط الموجود في يدك اليمنى وتنه
حس ذراعك اليمنى وهي تصير ليينة ومسترخية
ارفع قليلا ذراعك اليمنى فوق الأريكة
حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض
ذراعك اليسرى لا تفعل شيئاً فهي مستلقية بلا حركة
انزل ذراعك اليمنى إلى الأريكة
حس ثقل ذراعك اليمنى وهي مستلقية على الأريكة
ذراعك اليمنى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ذراعك اليمنى
اضغط يدك اليسرى بقوة على الأريكة
حس عضلات ذراعك اليسرى وهي تتصلب وتشتد
الآن، حرر الضغط الموجود في يدك اليسرى وتنه
حس ذراعك اليسرى وهي تصير ليينة ومسترخية
ارفع قليلا ذراعك اليسرى فوق الأريكة
حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض
ذراعك اليمنى لا تفعل شيئاً فهي مستلقية بلا حركة
انزل ذراعك اليسرى إلى الأريكة
حس ثقل ذراعك اليسرى وهي مستلقية على الأريكة
ذراعك اليسرى متعبة، يمكنك أن تشعر بالدفء في عضلات ذراعك اليسرى
اضغط بكتفك بقوة على الأريكة
حس عضلات كتفك وهي تتصلب وتشتد
الآن، حرر الضغط الموجود في كتفك وتنه
حس أنفك وهما تصيران في حالة ليونة واسترخاء
حس دفء وثقل كتفك
اضغط برأسك بقوة على الأريكة
حس عضلات رقبتك وهي تتصلب وتشتد
الآن، حرر رأسك من الضغط وتنه
حس رقبتك وهي تعود من جديد ليينة ومسترخية
الآن، ارفع رأسك قليلا فوق الأريكة

حس العضلات التي تستعملها لهذا الغرض

بقية جسمك لا تفعل شيئاً

الآن، انزل رأسك على الأريكة

حس ثقل وتعب رأسك

ضع يديك على بطنك

حس بطنك وهي تصير دافئة

مد ذراعيك على طول جسمك

حس جسمك كله من حيث الدفء، الوزن والاسترخاء

الآن انتهى التمرين... أرجو أن تبقى كذلك مدة دقيقتين أو ثلاث، واستمتع بشعور الاسترخاء في كل

جسمك. عندما تكون مستعداً لذلك، ابدأ بفتح عينيك ببطء، حرك أصابع يديك وأصابع قدميك، يمكنك

التثاؤب إذا شعرت بحاجة لذلك.