



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين إدراك الصورة الجسمية

لدى المراهق المصاب المصاب بالجنف

-دراسة عيادية بالمؤسسة الاستشفائية ابن زرجب بولاية عين تموشنت-

تحت إشراف الأستاذ:

أ. بن عيسى عبد الحكيم

من إعداد وتقديم الطالبتين:

- رحموني جيهان سكيبة،

- دحو ملاك هبة الله.

تاريخ المناقشة: 2026/06/17

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
أ. سعدون سمية	أستاذ محاضر - أ -	رئيسا
أ. بن عيسى عبد الحكيم	أستاذ محاضر - ب -	مشرفا ومقررا
أ. زاوي أمال	أستاذ محاضر - أ -	مناقشا

السنة الجامعية 2025-2026

République Algérienne Démocratique et Populaire

Faculté des lettres, langues et sciences sociales



كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

أنا الأستاذ (ة) المشرف (ة): بنت عيسى حكيم
على مذكرة التخرج في الماستر والموسومة بـ: فأخيه برنامج علاج في مجال علم صباوي
العلاج أطح في السلوكي في تصنيفه إذ رال الصورة الجسمانية
أحسها طرأها أطحاب بالحسن
من إنجاز الطالب (بنت):

1. رُوِيَ عَنْ جِهَانَ مَدِينَةٍ
2. وَفِي مَدِينَةِ اللَّهِ

میدان:

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

أشهد أن الطالب (بين) قد قام (ا) برفع كل التحفظات المطلوبة من طرف لجنة المناقشة. وبإمكانه (ما) إيداع النسخة الالكترونية المصححة على مستوى المستودع الرقعي لجامعة عين تموشنت.

امضاء رئيس اللجنة

امضاء المشرف

الاسم واللقب

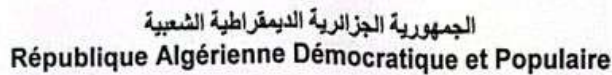
الاسم واللقب :  :  : 

الاسم واللقب

الاسم واللقب
١. بن عيسى عبد الله

عين تموشنت في:

٤ / تاشيرة رئيس القسم
مسؤول فريق شعبه
تكوين علوم اجتماعية
علم النفس AM
د. زاوي أمال



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث علمي
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضى أسفله،

الطالب (ة): رجويي جيهان سديني

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم 140310241... الصادرة في تاريخ: 14/03/2024

دائرة: عمدة البلديات ولاية: عمدة البلديات

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم: العلوم إلى اجتماعية -

شعبة: علاج النفس تخصص: علاج النفس العيادي

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

خاصية: برنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج المصحح في السلوكي

تخصيص ايدراك الصورة الجسمانية كذا في الحقائق الصواب والخطأ
دراسة عبارة ٤٤- ٣ حالات بالحواس الخمسة الى مسئلة ١٢٢ بنابر

أصح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز مذكرة
الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 23/06/2026

امضاء المعنى

CS Scanned with CamScanner



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين شمس
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

التصريح الشرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث علمي
(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضى أسفله،

الطالب (ة): د ج و م ا د ك ه خ ع ل ح ط ذ ز س ش ص ق ك ف ي ت ث

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110031463031050008 الصادرة في تاريخ: 10/10/2023

..... دائرة: عين تمور سنت ولاية عين تمور سنت

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية.

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العام

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

فخامه برنامہ ملا جی قانچہ علامہ ری. اعلیٰ (2) / 639 فی السلوکی

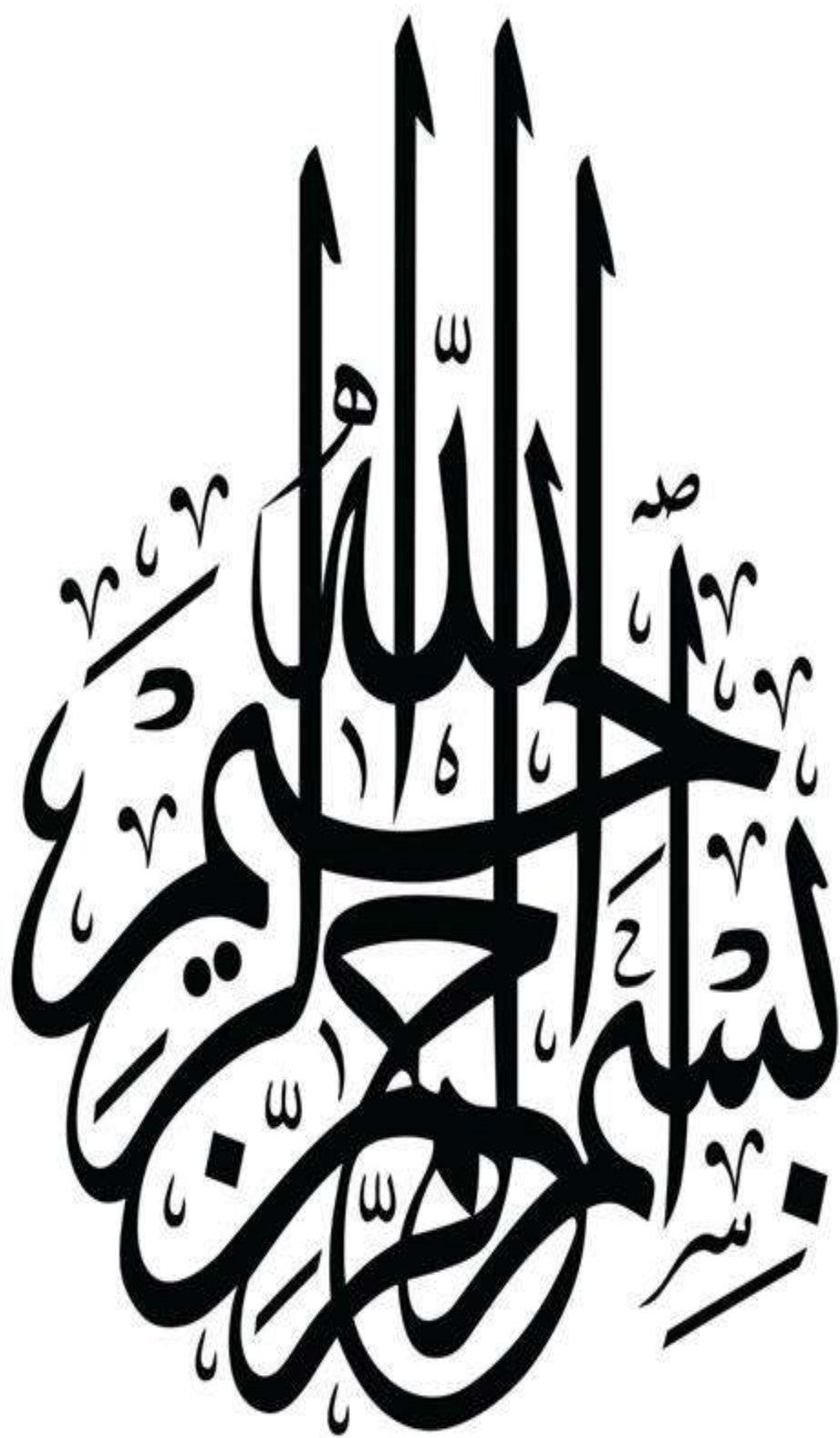
کاتھس، وال الصورت الحسمه كى طرائق الجواب الخيف دراسه
عبارت مع ذو حاله بن الحزمه الدائره شفا بن بن زرق

أصح بشرني أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 23/06/2026

امضاء المعنى





شكر وتقدير

أتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف على هذا العمل، نظير توجيهاته العلمية القيمة ومتابعته المستمرة التي كان لها بالغ الأثر في إنجاز هذه المذكرة.

كما أتوجه بالشكر إلى مدير المؤسسة الاستشفائية التي أُجري فيها التربص، على ما وفره من تسهيلات ودعم مكّنا من الاستفادة من الخبرة الميدانية داخل المؤسسة.

وأعرب كذلك عن امتناني لجميع الأساتذة الذين ساهموا في تكويننا الأكاديمي، وكان لهم الفضل، بعد الله، في الوصول إلى هذه المرحلة العلمية.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول قراءة هذه المذكرة ومناقشتها، وإلى جميع الحضور الكرام على اهتمامهم وتشجيعهم.

والحمد لله أولاً وآخراً على توفيقه وإتمام هذا العمل

الإهداء

الحمد لله حبا وامتنانا على البدء والختام
إلى أُمي، نبض القلب وسند الروح،
إلى من علّمتني أن الحلم لا يشيخ وأن الصبر طريق النجاح،
لك من هذا الجهد زهرة وفاءٍ لا تذبل.
وإلى أختي، رفيقة الدرب ودفء الأيام،
وإلى شيرين وشاهين، بسمة الحياة وبراءة الأمل،
أنتم تفاصيل الفرح في زحام التعب.
وإلى جدتي، بركة البيت ونور الدعاء،
أطال الله في عمرها وجعل وجودها سكينَةً وطمانينة،
فيها يكتمل المعنى وتطيب الحياة.
وإلى جدي رحمه الله،
الذي رحل جسداً وبقي أثره نوراً لا يغيب،
ترك لنا المأوى وترك في قلوبنا محاسن لا تُنسى،
فكان الغياب جسداً والحضور أثراً خالداً.
وإلى نفسي الطموحة، التي لم تنكسر رغم الطريق،
والتي آمنت أن لكل تعبٍ ثمرة، ولكل صبرٍ وصول،
إليكِ هذا الإنجاز، خطوة في طريق لا يزال طويلاً، لكنه ممكن.

الإهداء

الحمد لله

فلولا فضل الله لما كنت هنا اليوم

كل الامتتان لأساتذتي الكرام. شكرا لعطائكم الذي لا يقاس، كنتم لنا نورا وقدوة نهتدي بها
وفي هذا اليوم العظيم أقف وأنا أعلم أن أعظم انجاز في حياتي هو أنك أبي أنا اليوم لا أقول
تخرجت بل أقول نجحت لأنك أبي.

أمي الغالية أنظرالى عينيك الآن وأرى فيها تاريخ من التضحية النجاح هو نجاحك فأنا مجرد
وسيلة.

أهدي تخرجي الى روح أخي الطاهرة محمد عبد الرحمان رحمه الله
الى جدي الذي سندني بدعائه وآمن بي ودعمني ماديا ومعنويا
والى من قال فيهم سنشد عضدك بأخيك سليم وعماد

ملاك

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف، ونظرا لطبيعة الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي على عينة مكونة من ثلاث (3) حالات، تمثلت في حالة لذكر وحالتين اناث، كما تم توظيف مجموعة من الأدوات تمثلت في: المقابلة والملاحظة العيادية، ومقياس الصورة الجسمية لمحمد علي محمد النوبي (2009) والمكيف على البيئة الجزائرية من طرف اسيا عبازة (2014)، إضافة الى البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي المقترح، وقد أظهرت النتائج المتوصل اليها في هذه الدراسة الى وجود فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف وذلك لصالح القياس البعدي، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي المقترح في تحسين إدراك الصورة الجسمية لديهم.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي، العلاج المعرفي السلوكي، الصورة الجسمية، المراقبة، الجنف.

Abstract;

The current study aimed to investigate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapeutic Program(CBT) in improving body image perception among adolescents with scoliosis. Due to the nature of the study, the clinical method was adopted on a sample consisting of three(3) cases: one male and two females. A set of tools was employed, including the clinical interview, clinical observation, the Body Image Scale developed by (Mohammed Ali Mohammed Al-Noubi, 2009) and adapted to the Algerian environment by (Asia Abaza, 2014), in addition to the proposed therapeutic program based on the principles of Cognitive Behavioral Therapy. The findings of the study revealed the existence of differences between the pre-test and post-test scores in the level of body image perception among adolescents with scoliosis, in favor of the post-test measurement. This confirms the effectiveness of the proposed therapeutic program based on the principles of Cognitive Behavioral Therapy in improving their body image perception.

Keywords: therapeutic program, Cognitive Behavioral Therapy, body image, adolescence, scoliosis.

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	شكر وتقدير
ب- ج	الإهداء
د	ملخص الدراسة
د	ملخص الدراسة بالأجنبية
هـ	قائمة المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الأشكال
ي	قائمة الملاحق
1	المقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
5	إشكالية الدراسة
7	فرضيات الدراسة
7	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
8	المفاهيم الإجرائية للدراسة
الفصل الثاني: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	
10	تمهيد
10	1. نشأة العلاج المعرفي السلوكي
12	2. مفهوم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
13	3. أهداف ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي
15	4. مراحل العلاج المعرفي السلوكي

17	5. المستويات الثلاثة للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي
18	6. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
21	7. سريان العلاج المعرفي السلوكي
22	خلاصة
الفصل الثالث: صورة الجسم	
24	تمهيد
24	1. مفهوم صورة الجسم
25	2. تاريخ صورة الجسم
25	3. خصائص ومكونات صورة الجسم
27	4. أنواع اضطرابات صورة الجسم
28	5. أبعاد صورة الجسم
29	6. مراحل نمو صورة الجسم والعوامل المؤثرة فيها
30	7. العوامل المؤثرة في تشكل صورة الجسم
32	8. النظريات المفسرة لصورة الجسم
34	خلاصة
الفصل الرابع: المراهقة ومرض الجنف	
36	تمهيد
36	1. المراهقة
36	1.1. تعريف المراهقة
37	2.1. طبيعة المراهقة وماهيتها
38	3.1. خصائص المراهقة ومظاهر النمو فيها
40	4.1. أشكال ومشكلات المراهقة
41	5.1. حاجات المراهق
41	2. مرض الجنف
41	1.2. عرض تاريخي حول مصطلح الجنف
42	2.2. تعريف الجنف

43	3.2. أنواع الجنف
43	4.2. اعراض الجنف
44	5.2. مراحل الجنف
45	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات التطبيقية للدراسة	
49	تمهيد
49	1. منهج الدراسة
50	2. ادوات جمع بيانات الدراسة
62	3. مجال اجراء الدراسة
62	4. عينة الدراسة وطريقة اختيارها
الفصل السادس: نتائج الدراسة	
65	تمهيد
65	1. عرض حالات الدراسة
94	2. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات المصاغة
97	3. استنتاج عام واقتراحات
100	قائمة المراجع
107	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

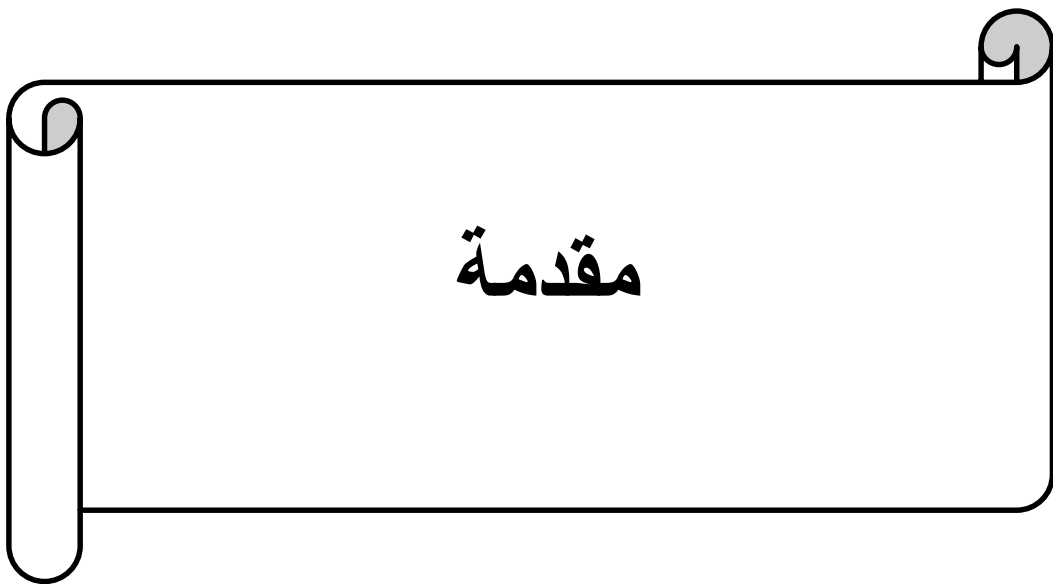
الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	سير جلسات البروتوكول العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي لتحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف	58
02	اسماء الأساتذة المحكمين ورتبهم	61
03	يوضح خصائص عينة الدراسة	62
04	سير المقابلات مع الحالة الاولى	66
05	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى(م)	76
06	سير المقابلات مع الحالة الثانية	78
07	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية(ش)	87
08	سير المقابلات مع الحالة الثالثة	89
08	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة(ن)	93

قائمة الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	القياس القبلي والبعدى للحالة الاولى	76
02	القياس القبلي والبعدى للحالة الثانية	87
03	القياس القبلي والبعدى للحالة الثالثة	93

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	القياس القبلي والبعدي للحالة الاولى	105
02	القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية	107
03	القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة	109
04	رخصة التربص	111



مقدمة:

تعد الصحة النفسية أحد أهم مجالات البحث في علم النفس المعاصر نظرا لما تشهده المجتمعات الحديثة من تزايد في الاضطرابات النفسية المرتبطة بصورة الذات والجسم، خاصة لدى فئة المراهقين الذين يعيشون مرحلة نمو حساسة تتسم بتغيرات جسدية ونفسية واجتماعية متسارعة، وتعتبر صورة الجسم من المفاهيم الأساسية في علم النفس، إذ تعكس الطريقة التي يدرك بها الفرد مظهره الجسدي ويقيم من خلالها ذاته، وهو إدراك يتأثر بشكل مباشر بالتجارب الشخصية والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة.

وفي هذا السياق يبرز اضطراب صورة الجسم كأحدى المشكلات النفسية التي تؤثر سلبا على تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي، حيث قد يؤدي تشوه الإدراك الجسدي إلى ظهور مشاعر القلق وعدم الرضا عن المظهر الخارجي، مما ينعكس على السلوك اليومي والعلاقات الاجتماعية للفرد. وتزداد هذه الإشكالية تعقيدا عند ارتباطها ببعض الحالات الجسدية المرضية، مثل مرض الجنف (Scoliosis)، الذي يتمثل في انحراف غير طبيعي في العمود الفقري مما يؤدي إلى تغير واضح في الشكل الخارجي للجسم، وقد يسبب ضغوطا نفسية وانفعالية خاصة خلال مرحلة المراهقة.

ومن جهة أخرى شهد العلاج النفسي تطورا ملحوظا في العقود الأخيرة، حيث برز العلاج المعرفي السلوكي كأحد أهم المداخل العلاجية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع العديد من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك الاضطرابات المرتبطة بصورة الجسم. ويقوم هذا الاتجاه العلاجي على مبدأ أساسي مفاده أن الأفكار والمعتقدات غير العقلانية تلعب دورا محوريا في تشكيل الانفعالات والسلوكيات، وأن تعديل هذه الأفكار يمكن أن يؤدي إلى تحسين الحالة النفسية للفرد وإعادة التوازن النفسي لديه.

وانطلاقا من هذا جاءت هذه الدراسة بهدف الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي في تحسين إدراك صورة الجسم لدى المراهق المصاب بالجنف، باعتبار أن هذه الفئة تعاني من تحديات مزدوجة تتعلق بالتغيرات النمائية من جهة، والتشوه الجسدي من جهة أخرى، مما يجعلها أكثر عرضة لاضطرابات صورة الجسم وعدم التوافق النفسي.

وقد تم بناء هذه الدراسة في إطار منهج دراسة الحالة بهدف التعمق في فهم الظاهرة محل البحث وتحليلها بشكل دقيق، حيث تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات العلمية لجمع البيانات وتحليلها، بما يسمح بتقييم فعالية البرنامج العلاجي المقترح في تحسين إدراك صورة الجسم لدى الحالة المدروسة.

وتتفرع هذه المذكرة إلى ستة فصول رئيسية، تتمثل في:

الفصل الأول تم تناول فيه الإطار العام للدراسة من خلال عرض الإشكالية، الفرضيات، الأهداف، الأهمية، والمفاهيم الإجرائية.

الفصل الثاني للجانب النظري المتعلق بالبرنامج العلاجي والعلاج المعرفي السلوكي من حيث نشأته، أهدافه، مبادئه، مراحله، ومستوياته الثلاث للتدخل، وتقنياته، وأخيرا سريان العلاج.

الفصل الثالث فقد تناول مفهوم صورة الجسم من حيث تاريخ مفهومه، خصائصه ومكوناته، وأنواعه، إضافة إلى ابعاده والعوامل المؤثرة فيه والنظريات المفسرة له.

في حين خصص الفصل الرابع لدراسة مرحلة المراهقة ومرض الجنف، من خلال التطرق إلى خصائص النمو في هذه المرحلة، اشكالها ومشكلاتها، إضافة إلى تعريف الجنف وأنواعه، اعرضه ومراحلها.

أما الفصل الخامس فقد تناول الجانب المنهجي للدراسة من حيث المنهج المستخدم، أدوات جمع البيانات، ومجال الدراسة وتحديد عينة الدراسة وطريقة اختيارها.

وأخيرا خصص الفصل السادس لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات المصاغة، مع تقديم استنتاج عام ومقترحات.

وبناءً على ما سبق فإن هذه الدراسة تسعى إلى الإسهام في فهم العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي وإدراك صورة الجسم لدى المراهق المصاب بالجنف، وإبراز أهمية التدخلات النفسية العلاجية في تحسين التوافق النفسي والجسدي لهذه الفئة.

الإطار العام للدراسة

الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

إشكالية الدراسة

فرضيات الدراسة

اهداف الدراسة

أهمية الدراسة

المفاهيم الإجرائية للدراسة

اشكالية الدراسة:

تعد مرحلة المراهقة من بين أهم المراحل النمائية في حياة الإنسان، لما تشهده من تغيرات وتحولات متسارعة وشاملة على المستويات المعرفية والانفعالية وحتى الاجتماعية، والتي تسهم بصورة جوهرية في بناء الشخصية وتبلور الهوية النفسية للفرد، حيث خلال هذه المرحلة يكتسب الجسد مكانة مركزية في تشكيل تقدير الذات، الأمر الذي يجعل المراهق أكثر عرضة وقابلية للتأثر بالاضطرابات الانفعالية والمعرفية المرتبطة بالمظهر الخارجي، وفي ظل التغيرات الهرمونية المتلاحقة ومظاهر النمو الجسدي السريع قد تبرز لدى المراهقين مجموعة من الاضطرابات النفسية التي من بينها القلق، وانخفاض تقدير الذات، وفرط الحساسية اتجاه نظرة الآخرين، واضطراب ادراك الصورة الجسمية.

يزداد الاهتمام بهذه الفئة خاصة عندما يقترن النمو النفسي بوجود اضطرابات جسدية أو تشوهات خلقية وبنوية تؤثر في القوام العام للجسم، إذ تتخذ هذه التشوهات اشكالا متعددة كعدم تناسق القوام العام الذي يظهر في اختلاف مستوى الكتفين، أو بروز أحدهما بصورة أوضح، أو انحراف محور الجذع، فضلا عن التشوهات التي تصيب شكل الظهر نتيجة الانحناءات الغير الطبيعية للعمود الفقري.

تعد هذه التشوهات من العوامل ذات التأثير القوي في إدراك المراهق لجسده، إذ تسهم في زيادة حساسيته اتجاه مظهره الخارجي، وتقام مشاعر عدم الرضا عن الذات، ومن أبرز هذه التشوهات مرض الجنف المتمثل في انحناء جانبي وغير طبيعي في العمود الفقري يؤدي إلى تغيرات ملحوظة في القوام العام للجسم، ويؤثر في التناسق البنيوي والمظهري للفرد.

لا تقتصر آثار هذا الاضطراب على الجانب الجسدي فحسب بل تمتد لتشمل الجوانب حتى الجوانب النفسية والاجتماعية وهذا ما اكدته دراسة ماتمالاس وآخرون (Matamalas, et al, 2014) التي اشارت الى أن الجنف يساهم في معاناة المراهق من صعوبات في تقبل مظهره الخارجي، وما يرافق ذلك من اضطرابات انفعالية واجتماعية.

أكدت العديد من الدراسات إلى أهمية صورة الجسم خصوصا في مرحلة المراهقة، والتي من بينها دراسة مصطفى وسالي محمد عبد الفتاح وآخرون (2018) اين اوضحت ان صورة الجسم لدى المراهقين تتأثر بعدة عوامل اجتماعية ونفسية، كما ابرزت ايضا دراسة غونزاليس زاباتا وآخرون (González, Z, et al, 2019) على أهمية تقييم إدراك الجسم لدى الأطفال والمراهقين مبرزة ان ادراك هذه الفئات العمرية لوزنهم وشكل أجسامهم غالبا ما يكون غير دقيق، خاصة عند الأطفال الاصغر سنا (حسب تقييم آبائهم)، ويعد هذا الخلل في ادراك الجسم عاملا معيقا

للتعرف المبكر على زيادة الوزن أو السمنة، كما يؤثر سلباً في سلوكياتهم الغذائية ونشاطهم البدني، وهذا ما يجعل تقييم إدراك الصورة الجسمية أداة مهمة للوقاية والتدخل المبكر.

بهذا يمكن القول إن اضطراب صورة الجسم لا يقتصر على التغيرات الجسدية الظاهرة فقط، بل يمتد إلى ابعاد من ذلك ليشمل الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته والافكار والمعتقدات التي يحملها اتجاه جسده، وهو ما يبرز اهمية التدخلات العلاجية النفسية لا سيما تلك القائمة على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي باعتبارها اكثر الأساليب فعالية في إعادة بناء الإدراك الواقعي للجسم وتعديل الافكار والمعتقدات السلبية المرتبطة به، وقد دعمت ذلك عدة دراسات من بينها دراسة عبد الرحمان (2017) التي اثبتت فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعزيز قدرة الأطفال ذوي الاضطرابات الجسدية على التكيف النفسي والاجتماعي من خلال مساعدتهم على تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بحالتهم الصحية و تحسين مهارات المواجهة لديهم، ودراسة نجم (2018) التي أوضحت بوضوح فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم من خلال المساهمة في تعديل الأفكار السلبية و تعزيز نظرة اكثر إيجابية و تقبلاً للجسم لدى عينة من المراهقين، اضافة الى ما اشار اليه كاش (Cash, 1990) الى ان صورة الجسم تمثل ادراك الفرد لمظهره الجسمي، كما بينت دراسات لاحقة ان العلاج المعرفي السلوكي يسهم بفعالية في تقليل اضطراب صورة الجسم وتحسينه.

رغم ما اشارت اليه هذه الدراسات من فعالية في تحسين الصورة الجسمية والتكيف النفسي، الا انها تناولت اضطراب صورة الجسم بصورة شمولية دون التركيز الكافي على فئة المراهقين المصابين بمرض الجنف، بمعنى ان هذه التدخلات لم تصمم بشكل كافي بما يراعي طبيعة التشوه البنيوي المرتبط بالجنف، وما يفرضه من تحديات نفسية واجتماعية خصوصاً خلال مرحلة المراهقة، الامر الذي يستدعي تطوير برامج علاجية موجهة تسهم في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى هذا المراهق المصاب بالجنف في اطار يراعي خصائصه النمائية والنفسية.

وبناء عليه وبالنظر الى حساسية هذه المرحلة العمرية وتشابك العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية المرتبطة باضطراب صورة الجسم لدى هؤلاء المراهقين المصابين بالجنف جاءت هذه الدراسة للكشف عن فعالية برنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي في تحسين إدراك صورة الجسم لدى المراهق المصاب بالجنف من خلال دراسة على ثلاث حالات تخضع للعلاج على مستوى مستشفى ابن زرجب بولاية عين تموشنت، وانطلاقاً من ذلك نطرح التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى إدراك صورة الجسم لدى المراهق المصاب بالجنف؟

- ما فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف؟

فرضيات الدراسة:

- توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف لصالح القياس البعدي.
- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف.

اهداف الدراسة:

- هدفت الدراسة الى الى:
- تحديد مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم المعرفي السلوكي في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف.
- الكشف عما إذا كانت هناك فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف.

اهمية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهمية كبيرة من الناحية العلمية اذ تعد إضافة نوعية في مجال الدراسات النفسية التطبيقية من خلال توسيع نطاق استخدام العلاج المعرفي السلوكي لشملة فئة المراهقين المصابين بالجنف، وهو ما يثري المعرفة العالمية حول العلاقات بين الجوانب النفسية والادراك الجسدي ويفتح افاق جديدة للبحث في جمال الصحة النفسية والجسدية المتكاملة.

اما من الناحية العملية فتساهم نتائج هذه الدراسة في مساعدة الاخصائيين النفسيين والمعالجين على تطبيق برامج علاجية فعالة لتحسين إدراك الصورة الجسدية وتعزيز التقبل الذاتي لدى المراهقين المصابين بالجنف بما ينعكس إيجاباً على تكيفهم النفسي الاجتماعي وجودة حياتهم.

المفاهيم الإجرائية للدراسة:

- **البرنامج العلاجي:** يعرف اجرائيا في هذه الدراسة على انه مجموعة من الجلسات المعرفية والسلوكية المطبقة على المراهق المصاب بالجنف وفق خطة زمنية محددة، وباستخدام فنيات معرفية سلوكية تستهدف تحسين إدراك صورة الجسم ورفع مستوى التقبل الذاتي لدى حالات الدراسة.
- **العلاج المعرفي السلوكي:** يعرف اجرائيا في هذه الدراسة على انه أسلوب علاجي نفسي يدمج بين تعديل الأفكار غير العقلانية (البعد المعرفي) وتغيير السلوكيات الغير سوية (البعد السلوكي) من خلال التركيز على العلاقة التفاعلية بين التفكير والمشاعر بهدف تحسين التكيف النفسي وصورة الجسم لدى المراهق المصاب بالجنف.
- **صورة الجسم:** تعرف صورة الجسم اجرائيا على انها الدرجة التي يتحصل عليها المراهق المصاب بالجنف في مقياس صورة الجسم المستخدم، والتي تعكس مدى ادراكه وتقييمه لمظهره الجسدي ومشاعره اتجاه التشوه الناتج عن هذا الانحناء الفقري، بحيث تشير الدرجات المنخفضة الى عدم تقبل صورة، في حين تشير الدرجات المرتفعة على تقبل للصورة الجسمية.
- **المراهق المصاب بالجنف:** يقصد به في هذه الدراسة على انه المراهق الذي يعاني من انحناء جانبي في العمود الفقري بدرجة ملحوظة، مما ادي به إلى تشوه في استقامة الظهر أو الكتفين أو الحوض، وترتب عنه معاناة نفسية تتمثل في انخفاض تقدير الذات وقلق اجتماعي، واضطراب صورة الجسم، والذي يزاول العلاج بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بولاية عين تموشنت.

الفصل الثاني: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

تمهيد

1. نشأة العلاج المعرفي السلوكي
2. مفهوم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
3. أهداف ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي
4. مراحل العلاج المعرفي السلوكي
5. المستويات الثلاثة للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي
6. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
7. سيران العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة

تمهيد:

يعد العلاج السلوكي المعرفي من أبرز الاتجاهات الحديثة في مجال العلاج النفسي، حيث يجمع بين مبادئ العلاج السلوكي الذي يركز على تعديل السلوك الظاهر والعلاج المعرفي الذي يهتم بدراسة العمليات الذهنية والأفكار التي تؤثر في سلوك الفرد وانفعالاته، وقد جاء هذا التوجه نتيجة لتطورات علم النفس خلال القرن العشرين خاصة مع إدراك الدور المحوري الذي تلعبه الأفكار والتصورات في تشكيل الخبرة النفسية للفرد. يقوم هذا النوع من العلاجات على افتراض أساسي مفاده أن الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد تؤثر بشكل مباشر في مشاعره وسلوكياته، وبالتالي فإن تعديل هذه الأفكار السلبية أو غير العقلانية من شأنه أن يساهم في تحسين الحالة النفسية، والتخفيف من الاضطرابات المختلفة، كما يتميز أيضا بكونه منهجا منظما قصير المدى نسبيا يركز على الحاضر أكثر من الماضي، مع الاعتماد على التعاون الفعال بين المعالج والمريض. سيتم في الفصل عرض بعض النقاط الأساسية المتعلقة بهذا الموضوع بدءا بتحديد مفهوم البرنامج العلاجي ومفهوم العلاج السلوكي المعرفي ونشأته، بالإضافة إلى أهم أهدافه ومبادئه، مع التطرق إلى مراحله الأساسية والتقنيات المستخدمة فيه، وذلك بهدف تقديم إطار نظري يساعد على فهم كيفية توظيف هذا النوع من العلاج في الممارسة النفسية.

1. نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

نشأ العلاج السلوكي المعرفي في الستينات من القرن العشرين كتطور للنظرية السلوكية والعلاج العقلاني، اذ يعزى تأسيسه بشكل رئيسي لعدد من العلماء والمعالجين الذين عملوا على تجميع ودمج العناصر السلوكية والمعرفية في نموذج واحد.

اشار بيك (Beck) الى ان الفرد يقوم بتحريف الواقع بناء على افتراضات خاطئة وتنشأ عن تعلم خاطئ خلال مراحل النمو المعرفي له. (بومجان، 2019، ص 6)

كما أكد الفيلسوف ابىكتيتيس (Epictete) أن الناس في القرن الأول ميلادي لم يعانون من الاضطراب بسبب الأشياء المحيطة، ولكن كان السبب هو وجهات نظرهم تجاه تلك الأشياء، وتشير "ألفت كحلة" إلى أن الفلاسفة الطاويين (Taoism) والبوذيين يؤكدون وجود حقيقتين أساسيتين-الأولى هي أن الانفعالات البشرية لها جذور معرفية، والثانية هي أنه عندما نرغب في تغيير أو التحكم في مشاعر الفرد يكون من الأفضل تغيير أفكاره أولا قبل أن نحاول تغيير المشاعر الناتجة عن تلك الأفكار-.

هذا وقد ظهرت في القرن العشرين تطورات كبيرة في مجال العلاج النفسي، والتي تمثلت في ظهور العديد من الأبحاث والتطبيقات، حيث ساهمت هذه التطورات بشكل عام في تأسيس مجال العلاج النفسي الحديث، ومنها نشأ العلاج المعرفي «ومن ثم العلاج المعرفي السلوكي».

أشار فرويد (Freud) في أعماله إلى أن هناك عددا كبيرا من الظواهر الهستيرية التي يمكن أن تكون ذات طابع فكري يقصد بهذا أن بعض الأعراض التي تعاني منها الأفراد في حالات الهستيريا.

بعد ذلك في السبعينات أسهم العالم النفسي الأمريكي أرون بيك في تطوير العلاج السلوكي المعرفي من خلال تقديم نموذج التفكير المعرفي الثلاثي الذي يعتبره الفرد للأحداث الأفكار وأشار إلى أن الاعتقادات والتفسيرات المعرفية للأحداث تؤثر على المشاعر والسلوك.

هذا وقد ساعدت التطورات في مجال الحاسب الآلي الباحثين في علم النفس على وضع تصورات للوظائف العقلية حيث يشبه البعض المعالجات في المخ البشري بالمعالجات التي تتم في الحاسب الآلي على شكل مدخلات عمليات مخرجات تغذية مرتدة... وهكذا. (الشناوي، 1998، ص 212) بمرور الزمن تطورت النظريات والتقنيات في العلاج السلوكي المعرفي بواسطة عدد من العلماء والمعالجين البارزين مثل آرون بيك (Aaron Beck) وجوديث (Judith) ومارتن سيلجمان (Martin Seligman) وألبرت باندورا (Albert Bandura) وألبرت غولدرن (Albert Ellis) وغيرهم. وأصبح العلاج السلوكي المعرفي واحدا من النماذج العلاجية الأكثر شيوعا وفعالية في مجال العلاج النفسي.

2. مفهوم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

1.2. مفهوم البرنامج العلاجي:

البرنامج العلاجي هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة التي تسير وفق تسلسل منطقي بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض. (شهادة، 2020، ص 90)

ويعرف ايضا على انه يمثل مجموعة من الإجراءات والتقنيات المنظمة التي تبنى وفق إطار نظري محدد، وتهدف إلى تعديل السلوك أو تحسين التوافق النفسي لدى الفرد. (عبد الستار، 2010، ص 45)

ويعرفه صلاح الدين بأنه تدخل منظم يقوم على تشخيص المشكلة، ثم تصميم مجموعة من الأنشطة والإجراءات العلاجية بهدف تحسين الأداء أو علاج الاضطراب. (تغليت، 2012، ص 47)

2.2. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أهم الاتجاهات الحديثة في ميدان العلاج النفسي، إذ يركز على فكرة أساسية مفادها أن طريقة إدراك الفرد للأحداث والمواقف هي التي تحدد بشكل كبير طبيعة استجاباته النفسية والسلوكية. فالفرد لا يتأثر بالمشاعر الخارجية بشكل مباشر فقط، بل إن تفسيره لهذه المشاعر ومعالجته الذهنية لها يلعب دوراً محورياً في تشكيل سلوكه وانفعالاته. وبناءً على هذا التصور، فإن الأفكار التي يحملها الشخص عن نفسه وعن الآخرين، إضافة إلى معتقداته واتجاهاته الداخلية إذ تعد عناصر أساسية تتحكم في نمط سلوكه سواء كان سوية أو مضطرباً، حيث أن هذه البنى المعرفية تتكون عبر الخبرات السابقة والتعلم الاجتماعي، وتؤثر بشكل مستمر في طريقة تعامل الفرد مع المواقف المختلفة في حياته اليومية. (أبو سعد، 2009، ص 57)

ومن منظور علم النفس التجريبي ينظر إلى العلاج المعرفي السلوكي باعتباره تطبيقاً مباشراً للمبادئ العلمية المستمدة من البحث التجريبي في فهم السلوك الإنساني وتعديله، حيث يعتمد على استخدام أسلوب علمي منظم يهدف إلى تحليل الاضطرابات النفسية وتفسيرها، ثم العمل على تعديلها من خلال تدخلات علاجية قائمة على الأدلة. ويهدف هذا النموذج إلى مساعدة الفرد على إعادة بناء طريقة تفكيره بما يتماشى مع الواقع، مما يساهم في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين جودة الحياة النفسية للفرد. (EIAHC, 2012, Pp 12)

كما يرى مكدرموت (McDermott) أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أكثر الأساليب العلاجية استخداماً وفعالية في التعامل مع اضطرابات القلق، حيث أثبتت الدراسات الحديثة نجاحه في تقليل حدة هذه الاضطرابات بشكل ملحوظ. ويتميز هذا النوع من العلاج بكونه أقل تكلفة مقارنة بغيره من العلاجات النفسية والطبية، إضافة إلى كونه أكثر تركيزاً على الحلول العملية والتطبيقية التي تساعد المريض على مواجهة مشكلاته بشكل مباشر. (بطرس، 2008، ص 46)

وفي السياق ذاته يعرف العلاج المعرفي السلوكي أيضاً على أنه مجموعة من المداخل العلاجية التي تهدف إلى تخفيف أو تعديل الاضطرابات النفسية من خلال العمل على تصحيح الأفكار غير العقلانية والمفاهيم الخاطئة التي يمتلكها الفرد، والتي تؤثر بشكل سلبي على حالته النفسية وسلوكه اليومي. فهذه المداخل العلاجية تسعى إلى إعادة تنظيم البناء المعرفي للفرد بما يسمح له بتبني أنماط تفكير أكثر واقعية وتكيفاً. (العناني، 2002، ص 285)

كما يشير بعض الباحثين في علم النفس المعرفي إلى أن هذا النموذج العلاجي يعتمد بشكل كبير على التصورات المعرفية الخاطئة والعمليات الذهنية غير التكيفية التي تساهم في ظهور الاضطرابات النفسية. وقد تم تطوير هذا النموذج بشكل أساسي من قبل آرون بيك، حيث يركز على تعديل الأفكار التلقائية السلبية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وواقعية، مع اعتماد دور نشط للمعالج في توجيه المريض ومساعدته على إعادة بناء طريقة تفكيره. (إبراهيم، 2008، ص 145)

كما ينظر إلى العلاج المعرفي السلوكي باعتباره إطاراً نظرياً وتطبيقياً يقوم على مجموعة من المبادئ التي تفسر السلوك الإنساني، حيث يفترض أن العمليات المعرفية مثل التفكير، التخيل، التذكر، والإدراك ترتبط ارتباطاً وثيقاً بظهور السلوك غير التكيفي. كما أن تعديل هذه العمليات المعرفية يعد عاملاً أساسياً في إحداث التغيير السلوكي المطلوب، لأن السلوك المضطرب غالباً ما يكون ناتجاً عن أنماط تفكير مشوهة أو توقعات غير واقعية. (الخالدي، 2009، ص 82)

ومن جهة أخرى يعتبر العلاج المعرفي السلوكي نموذجاً علاجياً يجمع بين الأسس المعرفية والسلوكية، حيث يركز على تعديل البنى الفكرية التي تقف وراء الاضطراب النفسي، وفي الوقت نفسه يستخدم تقنيات سلوكية عملية تهدف إلى إحداث تغيير مباشر في السلوك. وعلى الرغم من أن هذا النموذج ينطلق من فهم معرفي للاضطراب النفسي، إلا أنه يعتمد أيضاً على استراتيجيات سلوكية متنوعة تُستخدم بشكل تكاملي لتحقيق أهداف العلاج. (الغامدي، 2013، ص 125-126)

يمكن القول إن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أكثر المداخل العلاجية تكاملاً وفعالية، إذ يعتمد على مجموعة من الأساليب والتقنيات المنظمة التي تستهدف إحداث تغيير في أفكار الفرد وسلوكياته وانفعالاته بطريقة متوازنة، ولا يقتصر هذا العلاج على تعديل الأفكار السلبية والغير عقلانية فحسب بل يتجاوز ذلك إلى تنمية مهارات عملية تساعد على تحليل أفكاره السلبية واستبدالها بأفكار واقعية وإيجابية، إضافة إلى توظيف تقنيات مثل التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق بهدف خفض مستوى الخوف والتوتر المرتبط بها، الأمر الذي يساهم في تعزيز التوافق النفسي والاجتماعي وتحسين جودة حياة الفرد.

3. أهداف ومبادئ العلاج السلوكي المعرفي:

1.3. أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج السلوكي المعرفي (CBT) هو نوع من العلاج النفسي يستخدم لعلاج مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية والصحية العقلية، والذي تتمحور حول تغيير الأنماط السلوكية والتفكيرية غير الصحية التي قد تكون مصدراً للمشاكل والمعاناة النفسية، حيث تشمل أهداف العلاج السلوكي المعرفي ما يلي: (الغامدي، 2013، ص 128)

تحدي الأفكار السلبية: يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى مساعدة الأشخاص على التعرف على الأفكار السلبية والتكهنات السلبية التي تؤثر على مزاجهم وسلوكهم. يعمل المعالج مع الشخص لاختبار صحة هذه الأفكار وتحديها بأدلة أكثر توازناً وإيجابية.

تطوير مهارات التحكم السلوكي: يعمل العلاج السلوكي المعرفي على تعليم الأشخاص كيفية التعامل مع التحديات والمواقف الصعبة بطرق أكثر صحة وفعالية يتضمن ذلك تعلم استراتيجيات التحكم في الضغط وحل المشكلات وتنمية المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعلات العلائقية

تغيير السلوك الغير الصحي: يسعى العلاج السلوكي المعرفي إلى تحقيق تغيير في السلوكيات غير الصحية أو التي تزيد من المشاكل النفسية. يشجع المعالج الشخص على تحديد السلوكيات الضارة وتعلم سلوكيات جديدة وأكثر إيجابية.

تحسين التحكم العاطفي: يعمل العلاج السلوكي المعرفي على مساعدة الأشخاص على تحسين قدرتهم على التعامل مع العواطف السلبية وتنظيمها بطرق صحية. يركز العلاج على تطوير استراتيجيات التفكير الإيجابي وتحسين التحكم في التوتر والقلق والاكتئاب.

الوقاية من الانتكاسات: يسعى العلاج السلوكي المعرفي إلى تزويد الأشخاص بالأدوات والمهارات الضرورية للوقاية من الانتكاسات في المستقبل. يتعلم الأفراد كيفية التعرف على العلامات المبكرة للانتكاس وتطبيق استراتيجيات للتعامل معها قبل أن تتفاقم المشكلة، حيث يجب أن يتم تخصيص أهداف العلاج السلوكي المعرفي لتناسب الاحتياجات الفردية لكل شخص، ويعتمد ذلك على نوع وشدة المشكلة النفسية التي يواجهها الشخص. اذ يعمل المعالج بالتعاون مع الفرد لتحديد وتحقيق هذه الأهداف عبر جلسات العلاج المنتظمة والمهام الواجب تنفيذها خارج الجلسات لتطبيق التغييرات في الحياة اليومية.

2.3. مبادئ العلاج السلوكي المعرفي:

يركز العلاج السلوكي على مجموعة من مبادئ تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما ترتبط بكل منهما من جوانب وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي: (إبراهيم، 2008، ص 23)

- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض ليقوم المعالج بتعديلها كلما حصل على معلومات جديدة.

- أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل للحلول.

- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الانساني.

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في العلاج، وتبنى هذه العلاقة من خلال حسن الاستماع الاحترام المتبادل والقدرة على التعارف والاهتمام.

- من المهم وجود التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وإعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهما علاقة متبادلة على نحو سببي.
- أن الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بها.
- أن العمليات المعرفية تتدمج في نماذج سلوكية.
- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية، ويستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة، وردود أفعالهم للمواقف المدرس والأب الصديق الزميل ولذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة خلالها.
- التركيز على التجربة الفردية: يعتبر العلاج السلوكي المعرفي مبنياً على فهم العلاقة بين التفكير والسلوك والمشاعر في سياق الحياة الفردية للشخص يهدف العلاج إلى مساعدة الشخص على فهم تجربته الفردية وتطبيق التغييرات اللازمة في حياته اليومية.
- التغيير المعرفي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي لنجاح العلاج. (أبو زعيزع، 2013، ص 59)
- أن العلاج المعرفي لديه أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير المعارف إلى تغيير السلوك، وبالتالي فالعلاج المعرفي عنده تأكيد على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك لم يغفل دور تغيير الانفعالات والتفكير، وعلى هذا فهو يستند إلى النظرية المعرفية استناداً إلى أساليب تعديل السلوك.

4. مراحل العلاج السلوكي المعرفي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي منهجاً علاجياً موجهاً زمنياً لعلاج مشكلات واضطرابات مختلفة يعاني منها الأفراد، حيث يستخدم هذا النهج قوة ثلاثية تتألف من استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية، ويتم تحديد عدد الجلسات العلاجية والمدة التي يستغرقها البرنامج بناءً على شدة وتعقيد المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه الفرد، بالإضافة إلى رغبته في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج يمر البرنامج العلاجي عادة بمراحل التالية: (فائد، 2003، ص 237-241)

- أ. الجلسات التمهيدية ويتم خلالها إرساء دعائم العلاقة العلاجية والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطوير العملية العلاجية وفي تحقيق ما يخطط له من أهداف ويتم خلال هذه المرحلة مايلي:
- تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد.
- تقييم العوامل التي تسهم في تطور مشكلة العميل وتعمل على استمرارها.

- مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها.
- ويتم ذلك باستخدام المقابلات التشخيصية كما ويتم اللجوء إلى التقسيم السيكميومتري للمشكلات العميل وما قد ترتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.
- ب. المرحلة الثانية من العملية العلاجية ويتم خلالها تدريب المريض على استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي يمكن أن تساعد على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية، ويمكن الهدف خلال هذه المرحلة في تعزيز سلوك العميل وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبث الأمل فيه حول إمكانية التغيير.
- ت. في المرحلة الثالثة: يقوم المعالج بتقديم صياغة مفصلة للأعراض المرضية التي يشعر بها العميل والتي تميز الاضطراب الذي يعاني منه. يتم خلال هذه المرحلة إجراء مناقشات متعددة تتناول إسهام المفاهيم والمعاني التي يحملها الفرد بشأن الأحداث والتجارب الخاصة به.
- وبالتالي تركز المراحل اللاحقة على استكشاف الأعراض المرضية ومحاولة التعامل معها عن طريق تشكيل مفاهيم واعتقادات وأفكار بديلة تتعلق بطبيعة تلك الخبرات.
- يتم تأسيس هذه الأفكار والمفاهيم على أساس الواقع، بهدف تحرير المريض من الضيق والكرب والتوتر الذي يعاني منه، وتعزيز محاولاته لاستعادة التوازن من خلال إعادة بناء المعرفة. يتم ذلك عن طريق التخلص من الأفكار السلبية التلقائية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية ومنطقية. يمكن أيضا استخدام استراتيجيات المواجهة والاعتقادات الأخرى التي تكون أكثر عقلانية وتلعب دورا أساسيا في التعامل مع مشكلة المريض أو اضطرابه.
- ث. المرحلة الأخيرة تركز على إنشاء وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد، مع التركيز على إعادة تدريب المريض على عادات جديدة يتم تقديم استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية وتشجيع المريض على تنفيذها خلال هذه المرحلة بهدف منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج. يُعرف هذا النهج بمرحلة الإغلاق أو انتهاء البرنامج، حيث يتم تعزيز الاستقرار وتوفير الأدوات والمهارات اللازمة للمريض للتحكم في المشكلة بشكل فعال بعد انتهاء البرنامج.
- وتتكون جلسات العلاج المعرفي السلوكي من عدة مكونات، وهي على النحو التالي:
- يوضع جدول لما يدور بالجلسة ثم يوضح المعالج للمتعالج ما يود عمله خلال الجلسة، ثم يشرح بعض الأمور، مثل كون الوقت محدد، ويجب أن تناقش أكثر الأمور أهمية، ويعلق المعالج على الجلسة السابقة، ويراجع الواجب المنزلي.

الأحداث السابقة بين الجلستين ويراجع المعالج الأحداث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة، والمشاكل التي اعترضت المريض خلال هذه الفترة، وخلال قيامه بالواجب المنزلي. على أن تتم مراجعتها باختصار، وبطريقة مقبولة مع إيجاد الحلول الملائمة.

الموضوعات الأساسية للجلسة الحالية يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة، وتستخدم الفنيات التي تساعد المريض على التعامل مع الأفكار السلبية، وتختلف الموضوعات التي تناقش من جلسة لأخرى.

الواجب المنزلي ويكون مرتبط بما حدث في الجلسة، ويعرض بطريقة محددة وواضحة ويكون مقبول ومفهوم لدى العميل.

التعليق آخر الجلسة حيث يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل، ويطلب منه تلخيص ما تعلمه، وكذلك رأيه في الجلسة وعلى المعالج أن يرحب بأي ملاحظات يبيدها المريض مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويشعر المريض بالأمان، أي يطلب منه التغذية الراجعة.

عادة ما تتراوح عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي اثني عشر جلسة بواقع جلستان أسبوعياً.

وقد تحتوي البرنامج العلاجي على 16 جلسة، وتنفذ البرنامج إما في صورة جلسات جماعية أو فردية، والجلسة الأولى تكون تربوية، وتركز على بناء الثقة بين الأفراد، أهمية الحفاظ على سرية المعلومات التي تتداول في الجلسات وتتراوح زمن الجلسة ما بين 30 إلى 60 دقيقة.

ويمكن تلخيص تركيب وبناء جلسة العلاج المعرفي السلوكي التي تستغرق حوالي ستين دقيقة بنظام [20/20/20] كما يلي:

- العشرين دقيقة الأولى ويتم فيها وضع جدول أعمال الجلسة، التركيز على فهم نوع مشكلة المريض (عاطفية، اجتماعية أسرية سلوكية معرفية مهنية جسدية)، التركيز على أي مدى تسببت المشكلة في الإعاقة الوظيفية، مناقشة الواجب السابق.
- العشرين دقيقة الثانية ويتم فيها مناقشة موضوع معين يطرحه المعالج حسب احتياج المريض تدريبه على مهارة جديدة، تطبيقات عملية التأكد أن المريض استوعب ما قبل في الجلسة.
- العشرين دقيقة الثالثة ويتم فيها الاستماع إلى المريض، استكشاف مدى استجابة المريض لتغيير الأفكار والسلوك السلبي، إعطاء الواجب المنزلي الجديد. (فرغلي، 2008، ص 47)

5. المستويات الثلاثة للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي:

1.5. المستوى المعرفي:

يشير المستوى المعرفي في العلاج المعرفي السلوكي إلى الطريقة التي يفكر بها الفرد ويفسر من خلالها الأحداث والمواقف التي يمر بها، حيث يتضمن مجموعة من الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية التي تؤثر على إدراكه للذات وللآخرين وللعالم، وغالبا ما تكون هذه الأفكار غير واقعية أو مشوهة خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل: الاكتئاب أو القلق، حيث يميلون إلى تفسير الأحداث بطريقة سلبية أو كارثية. وتلعب هذه البنية المعرفية دورا محوريا في تحديد الاستجابة النفسية، إذ أن تغيير طريقة التفكير يؤدي إلى تغيير باقي الجوانب النفسية، لذلك يركز العلاج المعرفي السلوكي على تعديل هذه الأفكار من خلال إعادة البناء المعرفي وتصحيح التشوهات الفكرية بهدف الوصول إلى تفكير أكثر واقعية وتوازنا. (إبراهيم وآخرون، 2011، ص 35)

2.5. المستوى الانفعالي:

يمثل المستوى الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي مجموعة الاستجابات العاطفية التي تظهر لدى الفرد نتيجة تفسيره للأحداث مثل القلق، الحزن، الغضب أو الخوف. ولا تعتبر هذه الانفعالات ناتجة عن الموقف الخارجي بشكل مباشر، بل عن المعنى الذي يعطيه الفرد لذلك الموقف من خلال أفكاره وتقييماته، فعندما تكون الأفكار سلبية أو مشوهة فإنها تؤدي إلى مشاعر انفعالية شديدة وغير متوازنة، مما يزيد من المعاناة النفسية. كما أن استمرار هذه المشاعر لفترات طويلة قد يسهم في تطور اضطرابات نفسية أكثر تعقيدا، لذلك يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل هذه الانفعالات بشكل غير مباشر من خلال تغيير أنماط التفكير، مما يساعد على تحقيق استقرار انفعالي وتحسن في الحالة النفسية. (نفس المرجع، ص 49)

3.5. المستوى السلوكي:

يشير المستوى السلوكي في العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة الأفعال والتصرفات التي يقوم بها الفرد كرد فعل لأفكاره ومشاعره، ويعد السلوك هو الجانب القابل للملاحظة المباشرة في الاستجابة النفسية، حيث يمكن أن يظهر في شكل انسحاب اجتماعي أو تجنب للمواقف، أو سلوكيات دفاعية أو اندفاعية. وغالبا ما تكون هذه السلوكيات نتيجة مباشرة للأفكار السلبية والمشاعر السلبية وقد تسهم بدورها في استمرار المشكلة النفسية أو تفاقمها. فعلى سبيل المثال تجنب المواقف المقلقة قد يمنح راحة مؤقتة لكنه يعزز الخوف على المدى الطويل، لذلك يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على تعديل السلوك من خلال تقنيات مثل التعرض التدريجي وتنشيط السلوك، بهدف مساعدة الفرد على اكتساب أنماط سلوكية أكثر تكيفا وفعالية. (نفس المرجع، ص 53)

6. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

1.6. إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring):

هذه الطريقة تركز على تعديل تفكير المسترشد وافتراضاته والاتجاهات التي تقف وراء التفكير التي تشمل عمليات التفكير المحرفة التي تؤدي إلى نظرة محرفة للعالم، وإلى انفعالات غير السارة وصعوبات ومشكلات سلوكية، حيث تعرف هذه الطرق عادة بمصطلح "الموجهة بالاستبصار"، وفي الواقع فإن هذه المجموعة الواسعة من الطرق لا تمثل طريقة أو نظرية واحدة للعلاج، بل هي علاجات مختلفة. وعلى الرغم من أنها تهتم بالجوانب المعرفية لدى المسترشدين فإن المعالجين يصورون هذه الجوانب المعرفية للمسترشدين بطرق تختلف من معالج لآخر مما يؤدي إلى أساليب علاجية متنوعة. (حسين، 2007، ص 164)

يعتبر أسلوب إعادة البناء المعرفي أحد الأساليب التدخل النفسي المعرفي الذي يهدف إلى تصحيح المعتقدات والاتجاهات المضطربة وظيفيا، والتي تؤدي إلى الاضطراب النفسي السلوكي الناتج عن خبرات ومعارف خاطئة. ويقوم هذا الأسلوب أيضا على استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة، ويشتمل إعادة البناء المعرفي على الخطوات التالية:

- التعرف على المواقف السلبية والمعتقدات الخاطئة.
- فصل وتحديد الأفكار والمعتقدات المشوهة معرفيا.
- التدعيم الإيجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح. (جلال وآخرون، 2007، ص 208)

2.6. المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي:

ويمثل دحض الأفكار اللاعقلانية خطوة هامة في هذا الاتجاه العلاجي وأساسا هاما في عملية إعادة البناء المعرفي، حيث يساعد المريض على فهم طبيعة اعتقاداته اللاعقلانية، وأن يستبدلها بأخرى أكثر عقلانية كما تساعده من ناحية أخرى على أن تكون استنتاجاته عن المواقف المختلفة أكثر دقة، ولذلك يجب أن يعمل المعالج قبل أن يشرع في جعل ال مريض يقوم بعملية الدحض تلك على تدريب ذلك المريض وتعليمه أن يفهم العلاقة بين أفكاره وانفعالاته وسلوكياته.

لذا تكون مهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات أو الذين تثقل كاهلهم مشاعر القلق الشديد أن يوضح لهم:

- ان الصعوبات التي يعانون منها تنجم إلى حد كبير من ادراكهم المشوه وتفكيرهم غير المنطقي. هناك طريقة لإعادة ترتيب ادراكاتهم وإعادة تنظيم تفكيرهم من أجل القضاء على السبب الأساسي لصعوباتهم هذه الطريقة، وعلى الرغم من بساطتها النسبية، تتطلب بذل مجهود.

تتضمن الطريقة تحليل الأفكار المشوهة والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المريض، وتحديد وتحليلها بشكل منطقي وواقعي يتعاون المعالج مع المريض في استكشاف أدلة وأفكار جديدة تدعم التفكير الصحيح وتعزز السلوك الإيجابي، حيث يتم تدريب المريض على تحدي واختبار الأفكار السلبية والمشوهة، وتبني أفكار بديلة

أكثر إيجابية ومنطقية يعمل المعالج والمريض معا على تعزيز السلوك الصحي وتطبيق التفكير الصحيح في المواقف اليومية، ويلعب التكرار والتمرين النشاط دورا مهما في تحقيق التغيير وتطبيق الطريقة بشكل فعال. يمكن أن يكون لهذه الطريقة تأثير إيجابي على حياة المريض وعلى تحسين نوعية العلاقات الشخصية والعملية. هذه هي بعض الجوانب الأساسية للطريقة التي يمكن استخدامها في إعادة تنظيم تفكير المسترشدتين وتحسين ادراكهم.

3.6. فنية الوعي الانتقائي:

يعتبر تركيز الانتباه من بين العوامل التي تؤثر بشكل كبير في النشاط الفسيولوجي لأعضاء الجسم الداخلية. يقوم توجيه افكارنا الانتباهية نحو الميكانيزمات العصبية بتحفيز وتنظيم العمليات الفسيولوجية بشكل عام فعندما نركز انتباهنا على شيء معين، فإن ذلك يمكن أن يؤثر على جميع العمليات الفسيولوجية تعتبر التأمل وبعض التدريبات الاسترخائية وسيلة واعية للتحكم في تركيز الانتباه، حيث يقوم الفرد بتوجيه وعيه نحو أشياء.

(الخطيب، 1993، ص 197)

4.6. المراقبة الذاتية (Self-Monitoring):

تعد المراقبة الذاتية من التقنيات الأساسية والمحورية في العلاج المعرفي السلوكي، حيث تعتمد على تدريب الفرد على تسجيل ومتابعة أفكاره، وانفعالاته، وسلوكياته بشكل منتظم في مواقف الحياة اليومية. ويُطلب من الفرد عادة تدوين ما يمر به من خبرات داخلية وخارجية، مع تحديد المثيرات التي سبقت السلوك والاستجابات الناتجة عنها. وتكمن أهمية هذه التقنية في كونها تساعد الفرد على رفع مستوى الوعي الذاتي لديه، إذ يصبح أكثر قدرة على ملاحظة أنماط تفكيره السلبية أو التلقائية التي قد لا ينتبه إليها في الوضع الطبيعي. كما تساهم في الكشف عن العلاقة التفاعلية بين الفكر والانفعال والسلوك، مما يمهد لمرحلة إعادة التقييم والتعديل المعرفي والسلوكي بشكل أكثر دقة وفاعلية. (زهران، 2005، ص 47)

5.6. النمذجة (Modeling):

تعتمد النمذجة على مبدأ التعلم بالملاحظة، حيث يتعلم الفرد من خلال مشاهدة نماذج سلوكية إيجابية يقوم بها الآخرون، ثم تقليدها وتبنيها تدريجيا، وتستخدم هذه التقنية بشكل واسع في العلاج المعرفي السلوكي لتعليم السلوكيات التكيفية، خاصة في الحالات التي يعاني فيها الفرد من نقص في المهارات الاجتماعية أو السلوكية. وتتمثل أهمية النمذجة في أنها توفر مثالا عمليا للسلوك المطلوب، مما يسهل عملية التعلم ويقلل من القلق المرتبط بالتجربة المباشرة. كما تساهم في تعزيز الثقة بالنفس وتحسين القدرة على التفاعل الاجتماعي، من خلال رؤية أن السلوك المرغوب قابل للتطبيق والنجاح في الواقع. (أبو حطب وصادق، 1999، ص 57)

7. سيران العلاج المعرفي السلوكي:

يسير العلاج ويطبق في مجموعة حصص من 10 إلى 25 حصة وفق البرنامج المبني أو المقترح وحسب الحالة مع احتمال حصص متابعة خاصة لمعظم الاضطرابات كالقلق المشاكل الجنسية أو الاكتئاب. (Cottraux, 1993, Pp 09)

للعلاج المعرف السلوكي أربعة مراحل:

أ. **التحليل الوظيفي:** يمكن تعريفه حسب فونتان (Fontaine, 2000, Pp 62) على أنه "تحليل أو شرح لوظيفة الفرد في نسقه الخاص، ويقوم على الملاحظة لسلوك المباشر وغير المباشر القابل للقياس، وأهدافه هي:

- تحديد شروط التثبيت وبدء السلوك.
- البحث عن عزل المشكل أو المشاكل المفتاحية، وإعطاء -الحلول من أجل تعديل السلوك بشكل ملحوظ ودائم.

- التعرف على تاريخ اكتساب المشكل.
- يدرس المعالج أفكار الصور الذهنية، الحوار الداخلي [الأفكار الآلية] كما يدرس الوضعيات، وردود الفعل التي تسبق أو تصاحب السلوك المشكل، ويتعرف في النهاية وبشكل دقيق جدا على السلوكيات الحركية أو اللفظية.

ب. تحديد أهداف العلاج:

- يجب على المعالج والحالة أن يتفقا على تحديد الفرضيات المشتركة على الاضطراب، وعوامل البدء والتثبيت.
- وضع عقد اتفاق بين المعالج والحالة، وهذا بالاتفاق على أهداف العلاج، وما تتوقعه الحالة من العلاج، ويعرف المشكل المراد علاجه على الصعيد الملموس والتطبيقي، بحيث يتفقان على وسائل تنطلق من الفرضية أن التدخل يجب أن يكون مبنيا سلفا، والتعاون العملي مع المعالج يسمح للحالة بالتخلص من السلوك المتكرر الذي تعاني منه.

ت. **تطبيق البرنامج العلاجي:** حيث يستخدم البرنامج العلاجي الأسس والتقنيات المتفق عليها مسبقا مع الحالة، فينمي المعالج عند الحالة القدرة على التعديل الذاتي لسلوكياته، وهذا ما يسمح له بتعميم التغيرات المتعلمة من الوضعية العلاجية إلى وضعيات أخرى مماثلة، وهذا ما يسمح بعدم وقوع النكسة ويشرح غياب معاودة الأعراض أين ينمي سلوكيات أكثر توافقا بعد التخلص من السلوك المشكل.

ث. **تقييم نتائج العلاج:** يكون التقييم بمقارنة المقاييس المتكررة المطبقة قبل، أثناء وبعد العلاج، المتابعة تكون على الأقل لمدة سنة بعد نهاية العلاج، وذلك بوضع نقاط التقييم في الشهر الأول، السادس وبعد سنة. (Cottraux, 1993, Pp 09-10)

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أبرز الأساليب العلاجية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في التعامل مع مختلف الاضطرابات النفسية، حيث يقوم على التكامل بين البعدين المعرفي والسلوكي في تفسير السلوك الإنساني وتعديله، اذ يركز هذا النوع من العلاجات على فكرة أساسية مفادها أن الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد تؤثر بشكل مباشر في مشاعره وسلوكياته، وبالتالي فإن تعديل هذه الأفكار غير العقلانية أو السلبية يؤدي إلى تحسين الحالة النفسية والتخفيف من الاضطرابات. كما يتميز العلاج المعرفي السلوكي بكونه منهجاً منظماً يركز على الحاضر، ويعتمد على التعاون الفعال بين المعالج والمريض مع استخدام مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي ومستدام. كما تبين أن هذا العلاج لا يقتصر على معالجة الأعراض فقط بل يسعى إلى تزويد الفرد بمهارات واستراتيجيات تمكنه من مواجهة مشكلاته بشكل مستقل، والوقاية من الانتكاسات مستقبلاً. ويظهر ذلك من خلال اعتماده على التدريب على إعادة البناء المعرفي وتعديل السلوك، وتنمية مهارات التكيف وعليه فإن العلاج المعرفي السلوكي يمثل إطاراً نظرياً وتطبيقياً مهماً في هذا البحث، خاصة فيما يتعلق بتحسين إدراك صورة الجسم لدى المراهق، من خلال مساعدته على تعديل أفكاره السلبية المرتبطة بذاته وجسده، وتعزيز توافقه النفسي والاجتماعي.

الفصل الثالث: صورة الجسم

تمهيد

1. مفهوم صورة الجسم
2. تاريخ مفهوم صورة الجسم
3. خصائص ومكونات صورة الجسم
4. أنواع اضطرابات صورة الجسم
5. ابعاد صورة الجسم
6. مراحل نمو صورة الجسم والعوامل المؤثرة فيها
7. العوامل المؤثرة في تشكّل صورة الجسم
8. النظريات المفسرة لصورة الجسم

خلاصة

تمهيد:

يمثل موضوع صورة الجسم أحد المحاور الأساسية في علم النفس العيادي نظرا لارتباطه الوثيق بالصحة النفسية والتكيف النفسي والاجتماعي للفرد، خاصة خلال مراحل النمو الحساسة مثل مرحلة المراهقة، إذ تعد صورة الجسم تمثلا ذهنيا وانفعاليا يدرك من خلاله الفرد مظهره الخارجي، ويتأثر هذا الإدراك بعوامل نفسية واجتماعية وثقافية متعددة مما يجعلها قابلة للتغير والاضطراب، ويقدم هذا الفصل مفهوم شامل حول صورة الجسم مروراً بخصائص صورة الجسم ومكوناتها، الى مراحل نموها وتشكلها، ومن ثم العوامل المؤثرة في تشكل صورة الجسم والنظريات المفسرة لها.

1. مفهوم صورة الجسم:

عرفتها كيوسك (Cuseck, 2000, Pp 23) بأنها اتجاه الذات متعدد الأبعاد نحو جسم الفرد، خاصة ما يتعلق بحجمه وشكله وجماله، وهو تعريف يبرز البعد التقييمي والانفعالي المرتبط بالإدراك الجسدي. كما يشير جابر وكفاي (1989) إلى أن صورة الجسم تمثل صورة ذهنية شاملة يكونها الفرد عن جسده، تشمل الخصائص الفيزيائية والوظيفية، إلى جانب الاتجاهات النفسية نحو هذه الخصائص حيث تتكون هذه الصورة من مصادر شعورية ولاشعورية، وتشكل جزءا أساسيا من مفهوم الذات. (النوبي، 2010، ص 22) ويعرفها تومسون (Thompson, 1990) بأنها التمثيل الذهني الذي يبنه الفرد حول حجم وشكل وتركيب جسمه، بالإضافة إلى المشاعر المرتبطة بهذا التمثيل، ويتفق هذا الطرح مع ما قدمه روزين وآخرون (Rosen et al, 1991) حيث يرون أن صورة الجسم قد تكون إيجابية أو سلبية، وتنعكس من خلال سلوكيات الفرد المرتبطة بمظهره الجسدي. (الدسوقي، 2006، ص 2) أما شقير (2009، ص 121) فتري أن صورة الجسم هي بناء ذهني متكامل يشمل إدراك الفرد لمظهره الخارجي وأعضائه الداخلية، إضافة إلى قدرته على استخدام جسده بكفاءة، وما يصاحب ذلك من اتجاهات ومشاعر قد تكون إيجابية أو سلبية.

وفي سياق آخر يؤكد شيلدر (Schilder) على البعد الاجتماعي لصورة الجسم، حيث يرى أنها تتشكل وتتطور من خلال التفاعل الاجتماعي، وأن صورة الفرد عن جسده لا تتفصل عن صورة الآخرين، إذ تلعب آليات مثل التقليد والإسقاط دورا مهما في تشكيلها. (العاسمي، 2015، ص 24)

كما تعرف الرابطة الوطنية لاضطرابات الأكل (National Eating Disorders Association, 2005) صورة الجسم بأنها الإدراك الواقعي لشكل الجسم وأجزائه، مع الإيمان بتفرد كل جسد من حيث الشكل والهيئة.

تعد صورة الجسم من المفاهيم الأساسية في علم النفس، حيث تشير إلى البناء المعرفي والانفعالي الذي يكونه الفرد حول جسده، وقد تناول العديد من الباحثين هذا المفهوم من زوايا مختلفة مما يعكس طبيعته المركبة والمتعددة الأبعاد.

وبناء على هذه التعريفات يمكن أن نعرف صورة الجسم على أنها تصور ذهني إدراكي وانفعالي متكامل يشكله الفرد حول جسده، ويتأثر بعوامل نفسية واجتماعية وثقافية، وقد يكون إيجابيا أو سلبيا، ويؤثر بشكل مباشر في تقدير الذات والصحة النفسية والسلوك.

2. تاريخ مفهوم صورة الجسم:

يعد مفهوم صورة الجسم من المفاهيم التي شهدت تطورا ملحوظا عبر الزمن، حيث ارتبط ظهوره في البداية بالدراسات العصبية والطبية، قبل أن يتوسع ليشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية.

يرى فيشر (Fisher, 1986-1990) أن الدراسات الأولى ركزت على المرضى الذين يعانون من اضطرابات عصبية حيث تم إدخال مفهوم صورة الجسم في هذا السياق، إلا أن الاهتمام بالجوانب النفسية ظل محدودا في تلك المرحلة. ومع منتصف القرن العشرين، بدأ علماء مثل شيلدر وشونتز وويتكن وشيرير (Schilder, Schontz, Witkin, Scherer) في توسيع هذا المفهوم ليشمل التجارب النفسية اليومية. (الدسوقي، 2006، ص 16)

كما ارتبطت بدايات دراسة صورة الجسم بمجال النيورولوجيا والطب النفسي حيث ساهم بونر (Bonner) وبيك (Beck) في دراسة اتجاهات الفرد نحو جسمه، بينما يعتبر هنري هيد (Head) من أوائل من وضعوا أسسا نظرية لفهم تكامل صورة الجسم، وقد عمق شيلدر (Schilder) هذا المفهوم من خلال دراسات تحليلية تناولت الفروق الفردية بين المرضى. (فرج وآخرون، 1997، ص 52)

وفي أواخر القرن العشرين ازداد الاهتمام بصورة الجسم بشكل كبير خاصة مع ظهور اضطرابات الأكل، مما أدى إلى توسع البحث العلمي في هذا المجال وربطه بالصحة النفسية.

3. خصائص ومكونات صورة الجسم:

1.3. خصائص صورة الجسم:

تتميز صورة الجسم بعدد من الخصائص التي تعكس طبيعتها الديناميكية والمعقدة:

- تعد صورة الجسم خبرة ذاتية وليست موضوعية، إذ تعبر عن إدراك الفرد وتقييمه لجسده وما يرتبط به من مشاعر وأفكار. (مشاعل، 2010، ص 15)

- كما أنها ليست ثابتة بل تتغير باستمرار نتيجة التفاعل مع البيئة الاجتماعية والتغيرات البيولوجية والنفسية. (المطيري، 2008، ص 3)
- تؤثر صورة الجسم بشكل مباشر في السلوك، مثل العناية بالمظهر أو تجنبه، وقد ترتبط بتقدير الذات أو الشعور بعدم الرضا.
- تلعب دورا في العمليات المعرفية، حيث تؤثر في طريقة معالجة الفرد للمعلومات المتعلقة بمظهره.
- كما أن لها بعدا اجتماعيا واضحا، حيث تُسهم في تكوين الانطباعات الأولى لدى الآخرين. (فرغلي، 2007، ص 13)

2.3. مكونات صورة الجسم

قسم روزين وآخرون (Rosen et al, 1991) صورة الجسم إلى:

- مكون إدراكي: يتعلق بإدراك حجم وشكل الجسم.
- مكون ذاتي: يشمل الرضا أو القلق تجاه الجسم.
- مكون سلوكي: يتمثل في تجنب المواقف المرتبطة بالمظهر.
- كما يشير كفاي والنيال (1995، ص 21-22) إلى وجود:
- المثال الجسمي: وهو النموذج المثالي للجسم.
- مفهوم الجسم: ويتضمن الأفكار والمعتقدات المرتبطة به.
- أما شاهين (2003، ص 349) فيقسمها إلى:
- المكون المعرفي: حيث يشير هذا المكون لصورة الجسم إلى مجموعة المعارف والإدراكات التي يكونها الفرد حول خصائصه الجسدية، حيث يتضمن التصورات الذهنية المتعلقة بشكل الجسم وحجمه، وطوله، ووزنه، وتناسقه، ويعكس هذا المكون الطريقة التي يدرك بها الفرد جسده ويصفه، سواء بشكل موضوعي أو متحيز، كما يتأثر هذا الإدراك بعوامل متعددة مثل الخبرات السابقة والمقارنات الاجتماعية، والمعايير الثقافية السائدة للجمال.
- وقد يكون هذا الإدراك دقيقا أو مشوها حيث يميل بعض الأفراد إلى المبالغة في إدراك عيوب جسدية غير ملحوظة، مما يؤدي إلى تكوين صورة معرفية سلبية عن الجسم.
- المكون الوجداني: يرتبط المكون الوجداني بصورة الجسم بالمشاعر والانفعالات التي يحملها الفرد تجاه جسده، سواء كانت مشاعر إيجابية مثل الرضا والقبول أو مشاعر سلبية مثل القلق، الخجل، وعدم الرضا، ويعد هذا المكون من أكثر المكونات تأثيرا في الصحة النفسية، إذ يعكس درجة التوافق أو الصراع الداخلي الذي يعيشه

الفرد مع مظهره الجسدي، كما يتأثر هذا الجانب بالتجارب الاجتماعية مثل التعليقات أو النقد من الآخرين، وكذلك بالمعايير الجمالية التي يفرضها المجتمع، مما قد يؤدي إلى تعزيز أو تقويض الرضا عن الجسم

- المكون التقييمي: يشير المكون التقييمي إلى الأحكام التي يصدرها الفرد على جسده، سواء كانت هذه الأحكام ذاتية نابعة من تقييمه الشخصي أو متأثرة بتقييمات الآخرين ومعاييرهم، ويتضمن هذا المكون عملية إصدار حكم عام على مدى جاذبية الجسم أو قبوله، ويعد نتيجة تفاعل بين المكونين المعرفي والوجداني، كما أن هذا التقييم قد يكون إيجابياً يعزز الثقة بالنفس أو سلبياً يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات واضطرابات نفسية مرتبطة بصورة الجسم وتمثل هذه المكونات إطاراً متكاملًا لفهم صورة الجسم كظاهرة نفسية متعددة الأبعاد.

4. أنواع اضطرابات صورة الجسم:

نعد اضطرابات صورة الجسم من الاضطرابات النفسية المعقدة متعددة الأبعاد، حيث تتداخل فيها العوامل المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية، مما يجعلها تأخذ أشكالاً وأنماطاً مختلفة من حيث الشدة والتعبير. ورغم هذا التنوع، فإن جميع هذه الاضطرابات تشترك في خاصية أساسية تتمثل في وجود خلل أو تشوه في إدراك الفرد لصورته الجسدية، مصحوب بانشغال مفرط بالمظهر الخارجي، الأمر الذي يؤثر بشكل مباشر على تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي للفرد.

ويعد اضطراب تشوه الجسم (Body Dysmorphic Disorder - BDD) من أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً، حيث يتميز بانشغال مرضي ومستمر بوجود عيب أو أكثر في المظهر الخارجي، يكون في الغالب غير ملحوظ أو مبالغاً فيه مقارنة بواقع الحال. ويقضي الفرد وقتاً طويلاً في التفكير في هذا العيب، مع محاولات متكررة لإخفائه أو تصحيحه، سواء من خلال استخدام مستحضرات التجميل أو اللجوء إلى الإجراءات التجميلية، دون الوصول إلى شعور حقيقي بالرضا، مما يؤدي إلى معاناة نفسية واضحة واضطراب في الأداء اليومي.

أما تشوه العضلات (Muscle Dysmorphia أو Bigorexia) فيعتبر شكلاً خاصاً من اضطراب تشوه الجسم، حيث ينشغل الفرد بشكل قهري بفكرة أن جسمه غير عضلي بما فيه الكفاية أو يبدو ضعيفاً ونحيفاً، حتى وإن كان يتمتع ببنية جسدية قوية. ويظهر هذا الاضطراب بشكل خاص لدى الذكور، وخاصة فئة المراهقين والشباب، حيث يدفعهم إلى الانخراط في تدريبات رياضية مكثفة ومبالغ فيها، واتباع أنظمة غذائية صارمة، وقد يتجه البعض إلى استخدام مكملات أو مواد ضارة، في محاولة للوصول إلى صورة جسدية مثالية متخيلة.

ومن بين الأشكال الأقل شيوعاً اضطراب تشوه الجسم بالوكالة (Delusional BDD) حيث لا يقتصر التشوه الإدراكي على الذات، بل يمتد ليشمل إدراك الفرد لمظهر شخص آخر، إذ يعتقد بشكل جازم وثابت أن هذا

الشخص يعاني من عيوب جسدية واضحة، رغم عدم وجودها في الواقع. ويكون هذا الاعتقاد ذا طابع وهمي، وقد يؤثر سلباً على العلاقات الاجتماعية والأسرية، نظراً لإصرار الفرد على صحة معتقده.

كما ترتبط اضطرابات صورة الجسم ارتباطاً وثيقاً باضطرابات الأكل، مثل فقدان الشهية العصابي، حيث يعاني الفرد من خلل واضح في إدراك وزنه وشكل جسمه، فيرى نفسه بديناً رغم النحافة الشديدة التي قد يعاني منها. ويؤدي هذا التشوه الإدراكي إلى تبني سلوكيات غذائية غير صحية، كالتقليل المفرط من الطعام أو الامتناع عنه، أو اتباع حميات قاسية، مما ينعكس سلباً على الصحة الجسدية والنفسية، وقد يصل في بعض الحالات إلى مضاعفات خطيرة.

ولا تقتصر مظاهر هذه الاضطرابات على الجوانب المعرفية والانفعالية فقط، بل تتجلى أيضاً في مجموعة من السلوكيات المميزة، مثل الفحص المتكرر للمظهر أمام المرآة أو تجنبها بشكل كلي، والانشغال المستمر بالمقارنة مع الآخرين، والسعي الدائم إلى تعديل المظهر من خلال وسائل مختلفة دون الشعور بالرضا. كما قد يظهر القلق الاجتماعي وتجنب المواقف التي تتطلب الظهور أمام الآخرين، نتيجة الخوف من تقييمهم. (MSD Manual , 2022)

5. أبعاد صورة الجسم:

يتفق الباحثون في صورة الجسم على نحو متزايد أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد ويشير كاش وبيروزينساي (Cash & Pruzinsky, 1990) إلى أن صورة الجسم تتعلق بموقف الذات متعدد الأبعاد نحو جسم الفرد التي تركز على المظهر بالذات. (الأشرم، 2008، ص 60)

ووضع كل من الكفاي والنبال (1995، ص 64) أربعة أبعاد الصورة الجسم وهي كالتالي:

- بعد يتعلق بالوزن.

- بعد يتعلق بالجاذبية الجسمية.

- بعد يتعلق بالتأزر العضلي.

- بعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم.

بينما ترى (شقيز، 2004) أن صورة الجسم تنقسم إلى سنة أبعاد:

- الجاذبية الجسمية -التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية -التأزر بين أشكال الوجه وباقي أعضاء الجسم

الخارجية والداخلية -المظهر الشخصي العام -التناسق بين الجسم والقدرة على الأداء الأعضاء الجسم المختلفة.

- التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير .

ووضع فايد (1999، ص 201) أربعة أبعاد تمثلت في:

- بعد عن الرضا عن الوزن.
- بعد النحافة كصفة جيدة للحياة.
- بعد الرسائل البين شخصية عن الحياة.
- بعد تقدير وممارسة تمارين الرياضة.
- ويرى أنور أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد هي: صورة أجزاء الجسم -والشكل العام للجسم -والكفاءة الوظيفية للجسم -والصورة الاجتماعية للجسم.
- ويشير جمال فايد أنها تنقسم إلى ثلاث أبعاد:
- الرضا عن مظهر الجسم.
- الرضا عن ملامح الوجه والشكل الخارجي.
- الرضا عن المظهر بصفة عامة.
- يتضح مما سبق أن اغلب الباحثين يتفقون على أن الصورة الجسم متعددة الأبعاد، ولكن يختلفون من حيث طبيعتها، حيث أن أغلبها يشير الى المظهر الخارجي وجاذبيته الشكل، الوزن المظهر...

6. مراحل نمو صورة الجسم والعوامل المؤثرة فيها:

نمو صورة الجسم يبدأ الفرد في تكوين ذاته بأفكار واتجاهات ومعاني ومدرجات حول نفسه وتنمو لديه صورة ذهنية نحو جسمه متضمنة الخصائص الفيزيائية والخصائص الوظيفية واتجاهاته نحو هذه الخصائص. (العاسمي، 2015، ص 71)

- مرحلة قبل الولادة:

أشار ستار وفيشر (Starr & Fisher) إلى أن تطورات صورة الجسد تبدأ قبل الولادة وتتضمن الصورة المسبقة التي يكونها الوالدين عن المولود الجديد ويحبان أن تكون هذه الصورة تامة بشكل وبآخر تتأثر بالصورة الجسدية للوالدين. فعندما يولد الطفل تتم المقارنات بين الصورة المتخيلة والصورة الحقيقية عن الطفل أي صورة الوالدين المثالية وصورة الطفل الفعلي، فعندما تكون الصورتين متفاريقتين نوعاً ما فإنهما سيستقبلان الطفل بمحبة إضافة الى اشباع حاجاته المادية والمعنوية، وكل هذا سوف يؤدي إلى إحساس الطفل بقيمته وهذا الشعور بالمقابل هو الأساس للصورة الجسد الآمنة في المستقبل. (العاسمي، 2015، ص 73)

- مرحلة الطفولة:

ينظر الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة الى جسمه بشكل عام وكلّي فهو لا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسمه، ولكن إدراكه يتطور مع نهاية هذه المرحلة ثم يبدأ في المقارنة بين جسمه من حيث الشكل والحجم وأجسام أقرانه وينتبه بصفة خاصة الى الطول والقوة البدنية. (كفاي وجابر، 1989، ص 24)

ويكون شكل الأبوة مهما أثناء هذه المرحلة لأن الاتجاهات والمواقف الأبوية تشكل بصمة وانطباع المفهوم الطفل عن ذاته وجسمه ووظائفه.

عندما يدخل الطفل للمدرسة لأول مرة فإنه يحتك بأقرانه وهؤلاء الأقران يلعبون دورا مهما في تطوير صورة الجسم. (العاسمي، 2015، ص 76)

- مرحلة المراهقة:

تعرف المراهقة بمرحلة البلوغ وتغيرات النمو وأثناء هذه المرحلة يواجه المراهقون زيادة الوعي عن أجسامهم بسبب التغيرات البدنية التي تحدث، ويصبح المراهق أكثر إدراكا لنفسه وفحصا لذاته وحيرة حول جسمه النامي. (أحميدان، 2009، ص 41)

كما ينظر المراهق لكل عضو من أعضاء جسمه وكأنه جزء قائم بذاته، وتتأثر صورة الجسم لدى المراهق بتعليقات وتقييمات الآخرين. كما أشار ديون Deyon بتحديد معيار الجاذبية في هذه المرحلة من خلال إقبال الآخرين على تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية مع المراهق. (كفاي وجابر، 1989، ص 24)

- مرحلة الرشد:

يصل الفرد الى مرحلة الرشد وهي مرحلة هدوء نسبي، يتوافق بصورة جسمه ويقتنع بها من حيث الطول وملامح الوجه ولكن توجد درجة عدم الرضا عن الذات الجسمية فيما يخص الوزن عند النساء. (العاسمي، 2015، ص 78)

- مرحلة الشيخوخة:

يدرك المسن التغيرات التي تطرأ على جسمه ولكنها لا تمثل محورا جادا في تفكيره بقدر ما يشغله سلامة صحته وأن يجد من يرعاه ويهتم به، فترجع صورة الجسم في مرحلة الشيخوخة الى الشكل الكلّي العام وتبتعد عن الخصوصية والجزئية. (كفاي وجابر، 1989، ص 25)

7. العوامل المؤثرة في نمو صورة الجسم:

من خلال عدة دراسات أجراها باحثون لاحظوا أن صورة الجسم في تكوينها تتأثر بعدة عوامل تعيق عملية نموها السليم من بينها عوامل بيولوجية أسرية والأصدقاء والإيذاء الجنسي.

- عوامل بيولوجية:

تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دورا هاما في نمو صورة الجسم كما أن بعض الاضطرابات العصبية يمكن أن تؤثر على طريقة إدراك الأفراد لأجسامهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة فالبلوغ والسمات الأخرى من النضج الجسمي في المراهقة تزيد مشاعر الارتباك والرغبة وهذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعبا على نمو الإناث بالذات، لذا المحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد.

لجسمه كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلا إلى صورة الجسم الهشة فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة بالطريقة التي يبدو بها الجسم تقرر بشكل رئيسي بالجينات الوراثية من الآباء والأجداد. (عبد الفتاح، 2018، ص 264)

- عوامل أسرية:

إن الملاحظات السلبية من قبل أفراد العائلة لها تأثير سلبي على صورة الجسم بالإضافة إلى أن المضايقة والتعليق على عادات الأكل لدى الطفل يؤدي إلى نمو علاقات غير صحية مع الطعام، كما أن ملاحظات الأسرة عن وزن الطفل دائما بشكل سلبي يرسلون بذلك رسائل قوية توحى بالقلق والانزعاج مما يجعلهم يشعرون شعورا سلبيا اتجاه أجسامهم ومن العوامل الأخرى المؤثرة هي التوقعات الغير منطقية من قبل الأسرة فعندما لا تتحقق مثل هذه التوقعات يشعر الأطفال بعدم الكفاءة والإحباط والإحساس بالذنب وقد يفرغون هذه الشحنات السلبية عن طريق الحمية أو التمارين الشاقة كوسائل للسيطرة على أجسامهم. (فرغلي، 2003، ص 226)

- الأصدقاء:

المراهقين والمراهقات من أكثر الفئات ضعفا للقضايا التي تتصل بصورة الجسم المراهقين في سن المراهقة يكافحون من أجل العثور على هويتهم في الوقت الذي غالبا ما يحدد مظهر دائرتهم الاجتماعية ويؤثر على ثقتهم بأنفسهم وربما تتشكل تصوراتهم وسلوكياتهم استنادا إلى أصدقائهم في دائرتهم الاجتماعية.

ووجد راينر (Rayner) أن المراهقين الذين يتعرضوا إلى الضغوط الأسرية التي تسبب لهم اضطراب صورة الجسم ليست وحدها بل أيضا ضغط الأصدقاء يؤثر على صورة الجسم فالضغط من الأصدقاء للوصول إلى المثالية يؤدي إلى عدم الرضا عن الجسم. (عبد الفتاح، 2004، ص 266)

- الايذاء الجنسي:

يذكر الكثير من الباحثين أن صورة الجسم يمكن أن تتأثر بالصدمات النفسية مثل الاعتداء الجنسي، إذ يحصل اضطراب في صورة الجسم من خبرة الوقوع ضحية للاعتداء الجنسي لأن الجسم هو موقع الصدمة الأصلية

وبذلك يصبح تطوير تقدير صحي للجسم أمرا صعبا وفي ضوء ذلك ليس من الغريب أن تطور العديد من النساء صورة جسمية سلبية. (العزاوي، 2004، ص 31)

المرحلة العمرية التي يمر بها الشخص حيث أن صورة الجسم في العشرينات ليست كصورة الجسم في الأربعينيات.

مخزون الذاكرة والحواس: حيث تتأثر الصورة الجسمية بما هو مخزن في الذاكرة من صور ترى وسائل الإعلام. آراء وتعليقات الآخرين حيث يبدأ تأثيرها من عمر صغير من خلال تعليقات الأهل ثم الزملاء في المدرسة والعمل أو الطرف الآخر.

الثقافة السائدة في المجتمع وتتعلق مثلا بالفرد البدن الذي يجد صعوبة في الدراسة والعمل وحتى الزواج نظرا لتهكم الغير عليه حيث يعتبر رمزا للقبح والغباء.

القيم الاجتماعية السائدة ويتعلق الأمر بشكل وحجم الجسد المرغوب حيث أصبحت الرشاقة رمزا للإثارة والنجاح. الحالة المزاجية حيث تتأثر صورة الجسم بالحالة المزاجية خاصة لدى النساء فهن يملن إلى رؤية أجسادهن أقل جاذبية وأكثر ضخامة عندما يكن في مزاج سيء.

تغيرات الجسم المحددة بيولوجيا التي تحدث أثناء البلوغ والحمل وكذلك الناتجة عن عاهة أو مرض بتر الثدي جراء مرض السرطان أو حادث.

إحساس الشخص اتجاه نفسه وتقديره لذاته، وكذلك ما يتعرض له من عنف نفسي. (النوبي، 2010، ص 31)

8. النظريات المفسرة الصورة الجسم:

نظرا لتشعب موضوع صورة الجسم اختلفت التفسيرات النظرية باختلاف نظرة العلماء وتخصصهم من بينها:

- النظرية البيولوجية:

يعتبر طبيب الأعصاب هنري هيد (Head) الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسم وأول من وصف مفهوم صورة الجسم، وهذه الصورة هي اتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ. ولاحظ هيد "أن الحركات السلسلة وتوافق مواضع الجسم يدل ضمنا على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل وتكوين الجسم، وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم كما درس تأثير المخ وضرر الجسم على مخطط الجسم. (الأشرم، 2008، ص 26)

ويرى كليف (Kliff) أن صورة الجسم يمكن أن تقسم الى خلاف خارجي للجسم والحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، ويعتبر الجسد غلافا للجسم ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية، ويعتقد أن حجم أو قضاء

الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم. (أحميدان، 2009، ص 38)

- النظرية الإنسانية:

عند روجرز (Rogers) الذات المحور الأساس للشخصية، إذ تتضح شخصية الفرد بناء على ادراك ذاته، فالخبرات التي يمر بها أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير الفرد لذاته، فإن الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات على ضوء فيما إذا كانت تشعره بالتقدير الإيجابي للذات، فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد الصورة جسمه كما لها تأثيراً قوياً وفعالاً على توافق الشخصية، بحيث يعتقد "روجرز" أن لكل فرد حقيقته وصورته عن ذاته كما خبرها وأدركها هو، لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية.

- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي تكون من مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، والتي تكون صورته عن جسمه ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثراً بجو الأسرة وبعبارات الذم والمدح، وبتعليقات الوالدين وبتقييمهم لأجسام أبناءهم، فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضاً تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه. (الجبوري، 2007، ص 356)

- نظرية التحليل النفسي:

أوضح فرويد (Freud) في نظريته عن الليبيدو إلى أن مناطق الاستثارة الجنسية هي مناطق الجسم ومناطق الحساسية الجسمية أن شخصية الفرد تتطور بحسب تتابع سيطرة الاحساسات الجسمية، ويبدأ الفرد في تكوين صورة جسمه عن طريق نمو الأنا التي تهىء الليل له ليكون قادراً على التمييز بين ذاته وبين الآخرين. وتشير نظرية التحليل النفسي إلى أن اضطراب صورة الجسم لدى الفرد واختلال الشخصية تعود كلها إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من العمر. (المرجع السابق، ص 535)

ركز "فرويد" في مفهوم صورة الجسم على مفهومين هما تطور الأنا والجنس، إذ يرى الصورة الجسم دلالات وإن تطور الأنا المبكر يحدث بسبب مفاهيم تعلم الطفل ادماج الاحساسات من سطح جسمه، واستعمال هذه الاحساسات قاعدة للتمييز بين العالم الخارجي وعالمه الداخلي. (طالب، 2001، ص 53)

كما أوضح "فرويد أيضا في نظريته عن الليبيدو أن مناطق الاستثارة الجنسية هي المناطق الحساسة في الجسم، وأن شخصية الفرد تتطور وفق تتابع الاحساسات الجسمية ويبدأ الفرد في تكوين صورة جسمه عن طريق نمو الأنا التي تهىء السبل له ليكون قادرا على التمييز بين ذاته والآخرين، ووفق نظرية "فرويد" فإن اضطراب صورة الجسم الذي يحدث لدى الأفراد واختلال شخصياتهم تعود الى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمرهم. (خوجة، 2011، ص 24-25)

ويرى أدلر (Adler) أن أسلوب الحياة يتشكل كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها الفرد سواء أكانت مشاعر حقيقية أو وهمية، فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائما على تدني نظريته الى نفسه تضطرب صورة جسمه مما يؤثر على توازن الشخصية بكاملها، كما أن الفرد عندما يكون له عضوا ذا قيمة دنيا من حيث الشكل لأسباب قد تكون عضوية، فإن هذا الفرد يعمل جاهدا كي يطور أحاسيسه المعمقة بالنقص ويحاول بشتى الطرق تعويض النقص الجسمي لديه باستعمال عضو آخر، أو من خلال تكثيف استعمال العضو ذي القيمة الدنيا وذلك لكي يتقبل صورة جسمه ويتخلص من سيطرة الإحساس بالنقص والنظرة الدونية، وأن العيب لن يؤثر في مفهومه عن جسمه بل العكس بعد قوة دافعة وسببا في كل ما يحققه الانسان من تفوق.

ويتكلم أنزيو (Anzieu) عن أهمية الجلد في صورة الجسم والذي يلعب دورا مهما في الشعور بوحدة الجسم، وفي تكوين الأنا التي أطلق عليها أنا الجلد الذي يستعمله الطفل خلال مراحل النمو الأولى كي يمثل نفسه عن طريق تجاربه الجسمية. (الجبوري، 2007، ص 535)

خلاصة:

استنادا إلى ما سبق ذكره تبين أن الصورة الجسمية لها أهمية بالغة في تحقيق التوازن النفسي لدى الفرد، فهي تتكون تدريجيا منذ الميلاد وتخضع إلى تغيرات وتطورات تتزامن مع مراحل النمو، وهي تختلف من حيث النوعية بين صورة جسمية جيدة وصورة جسمية هشة وتتأثر بعوامل مختلفة، ونظرا لهذه الأهمية فإن أي خلل أو إصابة عضوية يؤدي إلى اضطرابات نفسية وعدم الرضى عن الصورة يحدث تشوه وهشاشة فهي أساس اكتساب الفرد الثقة بنفسه بناء على ما يكونه في ذهنه عن جسمه.

الفصل الرابع: المراهقة ومرض الجنف

تمهيد

1. المراهقة

1.1. تعريف المراهقة

2.1. طبيعة المراهقة وماهيتها

3.1. خصائص المراهقة ومظاهر النمو فيها

4.1. اشكال ومشكلات المراهقة

5.1. حاجات المراهق

2. مرض الجنف

1.2. عرض تاريخي حول مصطلح الجنف

2.2. تعريف الجنف

3.2. انواع الجنف

4.2. اعراض الجنف

5.2. مراحل الجنف

خلاصة

تمهيد:

تعد مرحلة المراهقة من أهم المراحل النمائية في حياة الإنسان، لما تتميز به من تغيرات شاملة تمس مختلف الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية. فهي تمثل حلقة انتقالية بين الطفولة والرشد، ينتقل فيها الفرد من الاعتماد على الغير إلى الاستقلال النسبي، ومن البساطة في التفكير إلى النضج المعرفي والانفعالي. وتتسم هذه المرحلة بمجموعة من التحولات السريعة والمتلاحقة، حيث يشهد المراهق نمواً جسمياً واضحاً، وتطوراً في قدراته العقلية، إضافة إلى تغيرات انفعالية قد تتسم بعدم الاستقرار، نتيجة البحث عن الهوية وبناء صورة الذات. كما تبرز في هذه الفترة أهمية العلاقات الاجتماعية، وتأثير نظرة الآخرين، خاصة فيما يتعلق بصورة الجسم والمظهر الخارجي.

وتكتسب دراسة مرحلة المراهقة أهمية خاصة في هذا البحث، نظراً لارتباطها الوثيق بالمتغيرات المدروسة، حيث يكون المراهق أكثر حساسية تجاه أي تغير جسدي قد يؤثر على إدراكه لذاته وتوازنه النفسي. وعليه، فإن فهم خصائص هذه المرحلة يساهم في تفسير العديد من السلوكيات والانفعالات، ويمهد لدراسة تأثير بعض الاضطرابات الجسدية، مثل الجنف، على صورة الجسم لدى المراهق.

1. المراهقة:

1.1. تعريف المراهقة:

لغويًا: كلمة المراهقة في معناها اللاتيني هو الاقتراب والتدرج نحو النضج، أما المراهقة بمعناها الدقيق فهي المرحلة التي تسبق وتصل بالفرد إلى النضج وذلك حتى يصل عمر الفرد إلى 21 سنة، وهي بهذا المعنى تمتد من البلوغ إلى الرشد. (فؤاد البهي السيد، 1975، ص23)

اصطلاحًا: المراهقة هي مرحلة تسبق مرحلة الرشد أي هي المرحلة الانتقالية بين الطفولة والنضج، والتي تتميز بعدة تغيرات جسمية بالإضافة إلى تغيرات وجدانية مصاحبة لها.

تعرف المراهقة أيضاً بأنها مرحلة انتقالية في حياة الفرد تبدأ مع البلوغ وتنتهي ببداية مرحلة الرشد، وتشهد تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية وعقلية كبيرة. وتتميز هذه المرحلة بظهور الحاجة إلى الاستقلالية، وبناء الهوية الذاتية، وتطور التفكير المجرد، إضافة إلى تقلبات انفعالية نتيجة التغيرات الهرمونية والنفسية. كما تعتبر المراهقة مرحلة حساسة في تكوين الشخصية، حيث يتأثر فيها الفرد بشكل كبير بالبيئة الاجتماعية والعلاقات الأسرية والأقران. (الزغول، 2012، ص 45-48)

كما تعتبر المراهقة مرحلة نمائية حاسمة تمتد بين الطفولة والرشد، يتم فيها حدوث تغيرات سريعة على مستوى النمو الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي. ويكتسب الفرد خلالها قدرات التفكير المنطقي المجرد، كما تتطور

لديه القيم والمفاهيم الاجتماعية، ويبدأ في البحث عن الهوية وتحديد مكانته داخل المجتمع. كما تتميز هذه المرحلة بزيادة الصراعات الداخلية نتيجة محاولة التوازن بين رغبات الفرد وتوقعات المجتمع. (حامد زهران، 2005، ص 372)

وايضا تعرف بأنها مرحلة النمو التي ينتقل فيها الفرد من الاعتماد الكامل على الأسرة إلى مرحلة من الاستقلال النسبي، حيث تحدث فيها تغيرات بيولوجية مرتبطة بالبلوغ، وتغيرات نفسية تتعلق بتكوين الهوية، وتغيرات اجتماعية تتعلق بالعلاقات مع الآخرين. وتعد هذه المرحلة من أكثر المراحل حساسية في حياة الإنسان بسبب ما يرافقها من اضطرابات انفعالية وصراعات داخلية. (عبد الله، 2010، ص 60-65)

من خلال ما سبق تعرف المراهقة إجرائيا بأنها مرحلة عمرية انتقالية يعيشها الفرد بين الطفولة والرشد، تتميز بتغيرات جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية متسارعة نتيجة النضج البيولوجي والانفعالي. وخلال هذه المرحلة يبدأ الفرد في البحث عن هويته الشخصية وبناء استقلاليته عن الأسرة، مع ظهور ميول نحو الاعتماد على الذات وتوسيع العلاقات الاجتماعية خارج الإطار العائلي. كما تتسم المراهقة بزيادة الحساسية الانفعالية والتقلبات المزاجية نتيجة التغيرات الهرمونية والنفسية، مما يجعلها مرحلة مهمة في تكوين الشخصية وتحديد ملامحها المستقبلية.

2.1. طبيعة المراهقة وماهيتها:

تتميز بداية المراهقة بحدوث تغيرات بيولوجية عند الذكور والإناث، وهي التي تميز الانتقال من الطفولة إلى مرحلة النضج، ومن وجهة نظر العلماء فإن هذه المرحلة تقع بين مرحلتين:

- مرحلة الطفولة: التي يتحمل فيها المجتمع وخاصة الأسرة مسؤولية كاملة تجاه الطفل.
- مرحلة الرشد: التي تمثل الاستقلالية والاعتماد على النفس.

المراهقة المتوافقة: من سماتها العامة الاعتدال، الهدوء النسبي، الميل إلى الاستقرار، الاتزان العاطفي، التوافق الاجتماعي، الرضا عن النفس.

المراهقة الانسحابية: سماتها العامة: الانطواء، الاكتئاب، العزلة، السلبية، التردد، الخجل.

المراهقة العدوانية: سماتها العامة: التمرد، الثورة ضد الأسرة والمدرسة، العدوان على الآخرين، التخريب.

المراهقة المنحرفة: سماتها العامة: الانحلال الخلقي، الجنوح، السلوك المضاد للمجتمع.

فالمراهقة تعتبر مرحلة غامضة في حياة الفرد تتداخل فيها الأمور التي يعيشها ولا بد أن يشرع الآباء عندها وبعدها في التحقيق من حدة سيطرتهم على أبنائهم، وأهمية هذه المرحلة تعتمد على الظروف الاجتماعية السائدة

قد يطول أمدّها أو يقصر في هذا المجتمع، وقد تتحول هذه الفترة إلى أزمة اجتماعية يعيشها المراهق ويواجه فيها صعوبات وتحديات توافقية يتحكم التغلب عليها واجتيازها بنجاح. (قشقوش، 1989، ص 15)

3.1. خصائص المراهقة ومظاهر النمو فيها:

1.3.1. الخصائص:

من أهم خصائص مرحلة المراهقة مايلي:

- النمو الواضح والمستمر في كافة مظاهر وجوانب الشخصية لمواقف ولفرص التي تتوافر فيها الكثير من المحاكات التي تظهر قدراته.
- النقد نحو النضج الإنفعالي.
- تحمل المسؤولية وتوجيه لذات، وذلك بتعرف الفرد على قدراته، وتخاذ لقرارات بنفسه.
- مواجهة نفسه والحياة في لحاضر والتخطيط للمستقبل. (زهران، 1995، ص 38)

2.3.1. مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

- **مظاهر النمو الجسمي والفيزيولوجي:** عندما تنطق أماننا "مراهقة" يخطر ببالنا لأول وهلة نمو الجسم الذي تزداد سرعته وكذلك التغيرات الداخلية التي ستجعل الكائن الحي قادرا على القيام بمهام النضج، حيث من السهل أن نلاحظ ما يمثله نمو الجسم في المراهقة، فالطفل يمر بسرعة كبيرة في تول الأمر فيتضاعف متوسط حول القامة فيما بين الولادة وسن الخامسة عشر.

في بداية المراهقة تطاول الساقين بسرعة وتزداد الحركة في منطقة المفاصل حتى أن الجلد يكاد لا يصل الى نفس النمو فتحدثت عند الركبتين وتسمى تشفعات النمو، ولكل جزء من الأطراف سرعة نمو خاصة به ويظهر نمو مماثل في الأحشاء إذ يبلغ الحد الأقصى من النقل عند المراهقة وتثبت ملامح وجه الشباب وتحدد معالمه، كما أن زيادة وزن الجسم تفوق زيادة الطول، وفي نهاية مرحلة المراهقة يمكن القول أن الجسم قد جاوز حالة الطفولة الى حالة قريبة من النضج.

- **مظاهر النمو الجنسي:** إلى جانب التغيرات الجسمية توجد تغيرات ترتبط بتطور الخلايا التناسلية، وهي أكثر أهمية وتحدد ما يسمى بالبلوغ وإحدى العلامات لمميزة هي ظهور الشعر وخاصة في المنطقة التناسلية، فهي حوالي الثانية عشر من العمر ينمو عند الفتاة، وبعد ذلك بسنة واحدة عند الولد، وتمر سنة أخرى قبل أن يظهر ظل شعر الإبطين وفي حوالي سن السادس عشر يظهر ظل شارب فوق الشفة ويغزو الشعر منطقة الدقن عند الولد. كما يظهر حب الشباب وتغير الصوت تنمو الحنجرة عند البلوغ «يزداد طول الأحبال الصوتية ويكتمل الحدث الهاء عند الفتاة، وهو ظهور الطمث الأول في اللحظة التي تبدأ فيها الدورة الشهرية لنمو البويضات ولا

يوجد عند الولد علامة محددة تدل على ظهور الوظيفة التناسلية، فهي لحظة التي ترى فيها حيوانات منوية في السائل المنوي، وهكذا نجد أن تكوين البويضة إفراز الحيوانات المنوية حدثان أساسيين يرتبطان بالبلوغ ويصاحبها نمو موازي في الغدد التناسلية.

- مظاهر النمو العقلي:

الذكاء: ينمو الذكاء وهو القدرة العقلية: وتظهر الفروق بشكل واضح ويقصد بها أن توزيع الذكاء يختلف من شخص لآخره وفترة المراهقة هي فترة القدرات الخاصة وذلك لأن النمو العام يسمح لها بالكشف عن ميوله التي غالبا ما ترتبط بقدرة خاصة.

إنتباه المراهق: تزداد مقدرة المراهق علي شيء ما في مجال الإدراكي (المقصود بالشعور العقل الظاهر) وأما المجال الإدراكي فهو لحيز المحيط بالذات.

تذكر المراهق: يصاحب نمو قدرة المراهق على الإنتباه نموا مقابلا في لقدرة على التقليد والتذكر والتعلم وتذكر المراهق على استنتاج العلاقات الجديدة بين الموضوعات المتذكّرة ولا يتذكر موضوعا إلا إذا فهمه تماما وربط بغيره مما سبق أن مر به في خبراته السابقة.

تخيل المراهق:

الإستدلال والتفكير: يتجه خيال لمراهق نحو الخيال المجرد المبني على الألفاظ تهدف في عملية التربية إلى مساعدة التلاميذ على اكتساب القدرة على التفكير الصحيح في جميع مشاكلهم. (عبد الفتاح دويدار، 1996، ص 251)

- **مظاهر النمو الإجتماعي:** تتميز العلاقات الإجتماعية في مرحلة المراهقة بأنها أكثر تمايزا وأكثر اتساعا وشمولا في مرحلة الطفولة، وباتساح دائرة العلاقات الإجتماعية خلال التفاعل الاجتماعي يتخلص المراهق من بعض جوانب الأنانية التي تطبع سلوكه في مرحلة الطفولة، وأثناء تفاعل المراهق وتعامله تتأكد لديه مظاهر الثقة بالنفس وتأكيد الذات ولذا نجد ميل المراهق للعناية بمظهره وطريقة حديثه، ويتولد لدى المراهق شعور بالولاء والانتماء لجماعة لرفاق ويتأثر النمو الإجتماعي لسوي الصحيح في المراهقة بالتنشئة الإجتماعية من جهة ويتصف النمو الإجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية، خصائص أساسية وتبدو هذه المظاهر في تألق المراهق مع الأفراد الآخرين أو في نفوره، ويتضح ذلك فيما يلي:

الميل للجنس الآخر، الخضوع لجماعة النظائر، يدرك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين، واتباع دائرة التعامل الاجتماعي والتمرد، والسخرية والتعصب. (نفس المرجع، ص 251)

- **مظاهر النمو الإنفعالي:** إن المراهقة مرحلة شديدة الحساسية من الناحية الانفعالية، حيث تعتري نفسية المراهق تغيرات انفعالية تتسم بالعنف والاندفاع وعدم الاستقرار، كما يساوره شعور بالضيق والتوتر والقلق أحيانا.

وقد اختلف الباحثون في تفسير بواعث هذه الاضطرابات الانفعالية التي تسود حياة المراهق خلال هذه المرحلة. ويكاد النمو الانفعالي في هذه الفترة أن يؤثر في سائر مظاهر النمو الأخرى في مختلف جوانب الشخصية، ومن أبرز مظاهره: نجد التذبذب في المزاج بين الفرح والحزن دون أسباب واضحة أحياناً، إضافة إلى سرعة الانفعال والغضب نتيجة ضعف التحكم في الدوافع الانفعالية. كما يظهر لدى المراهق شعور بالقلق والتوتر خاصة في المواقف الاجتماعية أو الدراسية، إلى جانب الميل إلى الانسحاب الاجتماعي أو التمرد في بعض الحالات كوسيلة للتعبير عن الذات. كذلك يتميز المراهق بزيادة الحساسية تجاه النقد، والرغبة في إثبات الذات والاستقلالية عن سلطة الأسرة، مما يجعله يعيش صراعات داخلية بين الاعتماد على الآخرين والرغبة في الاستقلال. وتؤثر هذه التغيرات الانفعالية بشكل مباشر على بقية جوانب النمو، سواء الجسدي أو العقلي أو الاجتماعي، مما يجعل هذه المرحلة من أكثر مراحل النمو تعقيداً وحساسية في حياة الفرد. (زهران، 2005، ص 375)

4.1. أشكال ومشكلات المراهقة:

4.1.1. أشكال المراهقة:

المراهقة تختلف من فرد إلى آخر ومن بيئة جغرافية إلى أخرى، كما تختلف أيضاً باختلاف الأنماط الحضارية التي يتربي في وسطها المراهق، لذا ليس هناك شكل أو نوع واحد من المراهقة فكل فرد نوع خاص حسب ظروفه الجسمية والاجتماعية والنفسية والمادية، وحسب استعدادته، كما أيضاً يتأثر بما يمر من خبرات في مراحل السابقة التي نعني بها الطفولة فهناك أشكال مختلفة للمراهقة وهي:

- **المراهق المتوافق:** من سماتها العامة: الاعتدال والهدوء النسبي، الميل إلى الاستقرار، الإشباع المتزن الكامل لحاجاته، التوازن العاطفي، الخلو من العنف والتوترات الانفعالية الحادة، التوافق مع الوالدين، الأسرة، التوافق الاجتماعي، الرضا عن النفس، الاعتدال في الخيالات، عدم المعاناة في شكاوى دينية.

العوامل المؤثرة: العوامل الأسرية التي تتسم بالحرية، الفهم، احترام رغبات المراهق، وتوفير جو الاختلاط بالجنس في حدود الأخلاق والدين، وحرية التصرف في الأمور الخاصة والاستقلال النسبي، وعدم تدخل الأسرة في شؤونه الخاصة.

- **المراهق الانسحابي:** من سماته العامة: الانطواء، الاكتئاب، العزلة، السلبية، التردد، الخجل، والشعور بالنقص.

العوامل المؤثرة: اضطراب الجو النفسي في الأسرة، الأخطاء الأسرية، التسلط وسيطرة الوالدين، الحماية الزائدة، وما يصاحب ذلك من تكوين شخصية المراهق، الفشل المدرسي.

- **المراهق العدوانى:** من سماته العامة: التمرد، الثورة ضد الأسرة والمدرسة والسلطة عموماً، الانحرافات الجنسية، العدوان على الإخوة والزملاء، العناد، الانتقام خاصة من الوالدين، تحطيم الأدوات المنزلية، والإسراف الشديد.

العوامل المؤثرة: التربية الضاغطة، تركيز الأسرة على النواحي الدراسية فحسب، قلة الأصدقاء.

- **المراهق المنحرف:** من سماته العامة: الانحلال الخلقي التام، الانهيار النفسي، الجنوح، والسلوك المضاد للمجتمع، الانحرافات الجنسية

العوامل المؤثرة فيها: المرور بخبرات شاذة، صدمات عاطفية عنيفة، قسوة الرقابة الأسرية أو تساهلها وضعفها، القسوة في معاملة المراهق في الأسرة، تجاهل رغباته. (زهران، 2005، ص 380)

2.4.1. مشكلات المراهقة:

- مشكلات تتعلق بالصحة والنمو: الشعور بالتعب بسرعة، عدم الاستقرار النفسي، الشعور بالقلق.
- مشكلات خاصة بالشخصية: الشعور بالنقص، عدم تحمل المسؤولية، نقص الثقة بالنفس، الشعور بعدم المحبة من طرف الآخرين.

5.1. حاجات المراهق:

- **الحاجة إلى التقبل الاجتماعي:** شعور المراهق بتقبل الوالدين له وتقبله في المدرسة والمجتمع من أهم عوامل نجاحه، كما أن شعوره بالنبذ أو الكره من قبل مؤسسات اجتماعية يعد من أسباب فشله. (الزعيبي، 2001، ص 381)

- **الحاجة إلى الاستقلال:** يحتاج المراهق في هذه المرحلة إلى الاستقلال العاطفي والمادي والاعتماد على النفس في اتخاذ القرارات التي تتعلق به، نتيجة اتساع عالم المراهق وخبراته.

- **الحاجة إلى الانتماء:** حاجة المراهق إلى الانتماء تعني وجود من ينتمي إليه ويعتز به، ويمكن أن ينتمي للوطن أو لمجموعة.

- **الحاجة إلى المكانة:** تعتبر المكانة من أهم حاجات المراهق، فهو يريد أن تكون له مكانة في جماعته وأن يتم الاعتراف به.

2. مرض الجنف:

1.2. عرض تاريخي حول مصطلح الجنف(السكوليوز):

يعد مصطلح الجنف (Scoliosis) من المصطلحات الطبية التي ارتبطت منذ القدم بوصف التشوهات التي تصيب العمود الفقري، حيث تشير الكلمة إلى الانحناء الجانبي غير الطبيعي الذي يؤدي إلى فقدان التماثل الطبيعي للعمود الفقري. وقد عرف هذا الاضطراب عبر التاريخ إلا أن فهمه العلمي وتحديد طبيعته التشريحية لم يتبلور إلا بشكل تدريجي مع تطور الطب الحديث.

تاريخيا كانت التشوهات المرتبطة بالعمود الفقري تلاحظ منذ العصور القديمة، لكنها لم تكن تفسر تفسيراً علمياً دقيقاً، إذ غالباً ما كانت تنسب إلى عوامل غيبية أو تعتبر عيباً شكلياً دون دراسة طبية منهجية. ومع تطور الفكر الطبي في العصور الكلاسيكية بدأ الاهتمام بوصف هذه التشوهات بشكل أكثر دقة، خاصة مع تطور علم التشريح في الحضارات اليونانية والرومانية، حيث ظهرت أولى المحاولات لتفسير انحناءات العمود الفقري وربطها بوظائف الجسم.

وفي القرن الثامن عشر شكل الطبيب الفرنسي نيكولا أندريه (Nicolas Andry) نقطة تحول مهمة في تاريخ فهم التشوهات العظمية، حيث صاغ مصطلح "جراحة العظام" (Orthopédie) سنة 1741 في مؤلفه الذي ركز فيه على الوقاية من التشوهات الجسدية عند الأطفال وتصحيحها. وقد اعتمد أندريه على رمز الشجرة الملتوية التي يتم تثبيتها وتقويمها، وهو رمز يعكس إمكانية تصحيح التشوهات الجسدية إذا تم التدخل المبكر خلال مرحلة النمو. وقد ساهم هذا التصور في وضع الأسس الأولى لعلم تقويم العظام، وبالتالي فهم أعمق لتشوهات العمود الفقري مثل الجنف. (Andry, 1741, Pp 205-207)

لاحقاً ومع بداية القرن التاسع عشر بدأ الاهتمام الطبي يتجه نحو تفسير هذه التشوهات من منظور تشريحي وعضوي أكثر دقة، وفي هذا السياق قدم الطبيب الفرنسي جاك ماثيو ديلبيش (Jacques Mathieu Delpech, 1828) أعمالاً علمية مهمة حول تشوهات العمود الفقري، حيث ركز على الطابع البنيوي لهذه التشوهات مشيراً إلى أن الانحرافات ليست سطحية فقط، بل ترتبط بتغيرات هيكلية في الفقرات نفسها خصوصاً التشوه الإسفيني في أجسام الفقرات. (Delpech, 1828, Pp 18-19)

وقد ساهمت هذه الأطروحات المبكرة في الانتقال من التفسير العضلي البسيط إلى فهم أكثر تعقيداً يعتمد على البنية التشريحية للعمود الفقري، خاصة مع انتشار أمراض عصبية وعضلية في تلك الفترة مثل شلل الأطفال، مما دفع الأطباء إلى دراسة العلاقة بين الجهاز العصبي والهيكل العظمي في حدوث التشوهات، ومع تطور العلوم الطبية في القرنين العشرين والحادي والعشرين أصبح الجنف يفهم اليوم باعتباره اضطراباً ثلاثي الأبعاد يصيب العمود الفقري خلال مرحلة النمو، ويتأثر بعوامل متعددة منها الوراثية والعصبية، والعضلية، إضافة إلى العوامل البيوميكانيكية، كما تطورت أساليب تشخيصه باستخدام الأشعة والتصوير الطبي المتقدم وتنوعت طرق

علاجه بين العلاج الطبيعي والأجهزة التقويمية، والتدخل الجراحي في الحالات الشديدة. (Weinstein et al, 2008, Pp 1527–1537)

2.2. تعريف الجنف (Scoliose):

يعرف الجنف في الأدبيات الطبية الحديثة بأنه انحراف جانبي غير طبيعي للعمود الفقري في المستوى الأمامي (Coronal plane) حيث غالبا ما يكون مصحوبا بدوران في الفقرات، ويظهر بشكل منحنى يأخذ شكل حرف "C" أو "S"، ويشخص عادة عندما يتجاوز الانحناء 10 درجات وفق قياس زاوية كوب (Cobb angle). وقد أشار واينشتاين وآخرون (Weinstein et al, 2008, Pp 1527-1537) إلى أن الجنف هو اضطراب نمائي يصيب العمود الفقري خلال فترة النمو، يتميز بتغيرات ثلاثية الأبعاد تشمل الانحراف الجانبي والدوران والتشوه السهمي، وقد يكون مجهول السبب في معظم الحالات.

ويعرفه أيضا لونشتاين (Lonstein, 1995) بأنه تشوه هيكلي تدريجي في العمود الفقري يحدث غالبا خلال فترة المراهقة، ويتميز بزيادة غير طبيعية في الانحناء الجانبي مع إمكانية تطوره مع النمو إذا لم يتم التدخل العلاجي المناسب.

3.2. أنواع الجنف (Scoliose):

يصنف الجنف طبيا إلى عدة أنواع رئيسية اعتمادا على السبب، ويعد هذا التصنيف أساسيا لفهم الحالة وتحديد أساليب العلاج المناسبة لكل نوع.

- **الجنف مجهول السبب (Idiopathic Scoliosis):** يعتبر هذا النوع الأكثر شيوعا حيث يمثل حوالي 80% من حالات الجنف، ويتميز بعدم وجود سبب واضح لحدوثه، والذي يظهر غالبا خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة خاصة أثناء فترات النمو السريع، وقد يرتبط بعوامل وراثية أو هرمونية أو بيئية، رغم عدم وجود سبب محدد، كما يمكن أن يتطور تدريجيا إذا لم يتم التدخل العلاجي المناسب. (Weinstein et al, 2008, Pp 1527)
- **الجنف الخَلقي (Congenital Scoliosis):** ينتج هذا النوع عن تشوهات في تكوّن الفقرات أثناء الحياة الجنينية، مثل عدم اكتمال الفقرات أو اندماجها بشكل غير طبيعي. يظهر منذ الولادة، وقد يتفاقم مع النمو، كما قد يرتبط باضطرابات أخرى في أجهزة الجسم. (Ewan, 2022, Pp 1)

- **الجنف العصبي العضلي (Neuromuscular Scoliosis):** يحدث نتيجة اضطرابات عصبية أو عضلية تؤثر على التحكم في العضلات، مثل الشلل الدماغي أو ضمور العضلات. يتميز بسرعة تطوره وشدة مقارنة بالأنواع الأخرى، وقد يؤثر على وظائف الجسم الحيوية. (American Academy of Orthopaedic Surgeons, [AAOS], n.d)

- **الجنف التنكسي (Degenerative Scoliosis)** : يظهر هذا النوع عند البالغين نتيجة التغيرات التنكسية المرتبطة بالتقدم في العمر، مثل تآكل الأقراص الفقرية، وهذا ما يؤدي إلى آلام في الظهر وصعوبة في الحركة. (Spine-health, 2017)

- **الجنف الوظيفي (Functional Scoliosis)** : يعد نوعاً غير بنيوي حيث يكون العمود الفقري سليماً، لكن الانحناء يحدث نتيجة عوامل خارجية مثل اختلاف طول الساقين أو التشنجات العضلية. يزول هذا النوع عند علاج السبب. (Ewan, 2022)

4.2. أعراض الجنف (Scoliose):

تتباين الأعراض السريرية للجنف (Scoliosis) تبعاً لدرجة انحراف العمود الفقري وسرعة تطور الحالة، وقد تكون في المراحل المبكرة غير واضحة أو غير ملحوظة من قبل المريض أو المحيطين به، مما يجعل التشخيص المبكر يعتمد غالباً على الفحص السريري الدقيق. ومع تقدم الحالة تبدأ مجموعة من العلامات الجسدية في الظهور بشكل تدريجي.

من أبرز الأعراض الشائعة عدم تماثل مستوى الكتفين حيث يظهر أحد الكتفين أعلى من الآخر بشكل ملحوظ، وهو من العلامات الأولى التي يمكن ملاحظتها خارجياً، كما يلاحظ بروز أحد لوح الكتف أكثر من الآخر، وهو ما يعكس اختلالاً في توازن العضلات والهيكل العظمي في منطقة الظهر العلوي، إضافة إلى ذلك يظهر عدم تناسق في مستوى الخصر أو الحوض، حيث يميل أحد الجانبين إلى الارتفاع أو الانخفاض مقارنة بالجانب الآخر، مما يؤدي إلى تغير في الشكل العام للجذع. ومع تطور الانحناء، يصبح العمود الفقري أكثر وضوحاً في الانحراف الجانبي، ويمكن ملاحظة ذلك بشكل أفضل عند قيام المريض بالانحناء إلى الأمام، حيث يظهر ما يعرف بـ "اختبار الانحناء الأمامي" الذي يكشف عدم تماثل جانبي واضح في الظهر. كما قد يعاني بعض المرضى من آلام في منطقة الظهر رغم أن الألم ليس عرضاً أساسياً في جميع الحالات إلا أنه يزداد احتمال ظهوره مع تقدم العمر أو زيادة شدة الانحناء، وفي الحالات المتوسطة إلى الشديدة، قد يؤدي الجنف إلى تأثيرات وظيفية على الجهاز التنفسي نتيجة الضغط غير الطبيعي على القفص الصدري والرئتين مما قد يسبب صعوبة في التنفس أو نقصاً في السعة التنفسية، كما يمكن أن يلاحظ تغير في وضعية الوقوف أو المشي، حيث يميل الجذع إلى أحد الجانبين بشكل غير طبيعي، مما يؤثر على التوازن الحركي العام للفرد. إضافة إلى ذلك، قد تظهر آثار نفسية واجتماعية غير مباشرة، نتيجة التغير في شكل الجسم، خاصة لدى المراهقين، حيث قد يشعر الفرد بعدم الارتياح تجاه مظهره الخارجي، مما قد يؤثر على تقدير الذات والصورة الجسمية لديه. (American

(Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], n.d)

5.2. مراحل الجنف (Scoliose):

يصنف الجنف (Scoliosis) إلى عدة مراحل تبعاً لدرجة انحراف العمود الفقري والتي يتم قياسها من خلال زاوية كوب (Cobb Angle) وهي المعيار الطبي الأكثر استخداماً لتحديد شدة الحالة، ويساعد هذا التصنيف الأطباء على تقييم مدى تقدم الانحناء واختيار الأسلوب العلاجي المناسب لكل حالة.

تعد المرحلة الخفيفة أولى مراحل الجنف حيث تتراوح درجة الانحناء بين 10 و 25 درجة، وغالباً ما تكون هذه المرحلة غير مصحوبة بأعراض واضحة، وقد يتم اكتشافها صدفة أثناء الفحوصات الروتينية، ولا تستدعي هذه المرحلة عادة تدخلاً علاجياً مباشراً، بل يتم الاكتفاء بالمراقبة الطبية المنتظمة لمتابعة تطور الحالة خاصة خلال فترات النمو السريع.

أما المرحلة المتوسطة فتتراوح درجة الانحناء فيها بين 25 و 40 درجة، وتبدأ خلالها العلامات الجسدية في الظهور بشكل أكثر وضوحاً مثل عدم تماثل الكتفين أو بروز أحد جانبي الظهر، وفي هذه المرحلة قد يوصى باستخدام الدعامات الطبية بهدف الحد من تفاقم الانحناء خصوصاً لدى الأطفال والمراهقين الذين لا يزالون في مرحلة النمو.

في حين تمثل المرحلة الشديدة أعلى درجات الجنف حيث تتجاوز زاوية الانحناء 40 درجة وقد تصل إلى أكثر من 50 درجة، وتكون الأعراض في هذه المرحلة واضحة بشكل كبير، وقد تشمل تشوها ملحوظاً في شكل الجذع، إضافة إلى تأثيرات وظيفية محتملة على الجهاز التنفسي نتيجة ضغط القفص الصدري على الرئتين. وغالباً ما يتطلب هذا المستوى تدخلاً جراحياً لتصحيح الانحناء ومنع المضاعفات.

ويستخدم هذا التصنيف بشكل واسع في الأدبيات الطبية، حيث يشير العديد من الباحثين إلى أن تحديد شدة الجنف اعتماداً على زاوية كوب يعد أساسياً في توجيه الخطة العلاجية وتقييم تطور الحالة. (Weinstein et al, 2008, Pp 1527-1537)

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل يتضح أن مرحلة المراقبة تعد من بين أهم المراحل النمائية التي يمر بها الفرد، لما تتسم به من تغيرات شاملة تمس الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والمعرفية، حيث يسعى المراهق خلالها إلى بناء هويته وتحقيق نوع من الاستقلال، ويولي أهمية كبيرة لصورة جسده ونظرة الآخرين إليه، مما يجعله أكثر حساسية تجاه أي تغير قد يطرأ على مظهره الخارجي.

وفي هذا السياق يظهر اضطراب الجنف كأحد الاضطرابات الجسدية التي قد تؤثر بشكل واضح على توازن المراهق النفسي نظراً لما يسببه من تغير في شكل الجسم ووضعيتها القائمة، وقد ينعكس ذلك على إدراك المراهق

لصورة جسمه فيؤدي إلى مشاعر القلق أو عدم الرضا عن الذات، وقد يصل إلى الانسحاب الاجتماعي أو ضعف الثقة بالنفس.

وعليه فإن فهم خصائص مرحلة المراهقة يعد أمراً أساسياً لتفسير التأثيرات النفسية المصاحبة للجنف خاصة ما يتعلق بصورة الجسم، كما يبرز ذلك أهمية التدخلات النفسية لاسيما العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة المراهق على تعديل أفكاره السلبية وتحسين تكيفه النفسي والاجتماعي مع حالته.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الخامس: الإجراءات التطبيقية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. ادوات جمع بيانات الدراسة
3. مجال اجراء الدراسة
4. عينة الدراسة الاساسية وطريقة اختيارها

تمهيد:

تعد الإجراءات المنهجية الركيزة الأساسية التي يقوم عليها أي بحث علمي، إذ تمكن الباحث من تنظيم خطوات دراسته وضبط متغيراتها وفق نسق علمي دقيق يضمن مصداقية النتائج وموضوعيتها، كما تكتسي هذه الإجراءات أهمية بالغة في كونها تمثل الجسر الذي يربط بين الإطار النظري والتطبيق الميداني، حيث يتم من خلالها اختبار الفرضيات والتحقق من مدى تحقيق أهداف الدراسة في الواقع.

يهدف هذا الفصل الى عرض مختلف الإجراءات التطبيقية التي تم اعتمادها على مستوى هذه الدراسة بدءا بتحديد المنهج المتبع بما يتلائم مع طبيعة الدراسة، ثم عرض ادوات الدراسة المستخدمة، مع تحديد مجال اجراء الدراسة، وختاما بوصف عينة الدراسة وخصائصها.

وعليه نسعى من خلال هذا الفصل الى تقديم صورة متكاملة حول الكيفية التي يتم بها تنفيذ الدراسة ميدانيا بما يعزز من موثوقية النتائج المتوصل اليها، ويسهم في الإجابة عن تساؤلات البحث وتحقيق اهدافه وفق إطار علمي منهجي مضبوط.

1. منهج الدراسة:

المنهج (Method) هو الاسلوب الذي يتبعه الباحث بهدف دراسة المشكلة التي طرحها، ومن خلالها يتمكن من التوصل الى الاهداف المحددة في البحث، فالمنهج يسهل عمل الباحث ويمكنه بلوغ هدفه بشكل مباشر ومحدد، وزيادة على ذلك فالمنهج هو الطريقة او الاسلوب الذي ينتجه بالعالم في بحثه او دراسة المشكلة والوصول الى حلول لها والى بعض النتائج. (العيسوي، 1997، ص 13)

ونظرا لطبيعة هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي (The Clinical Method) لملائمته موضوع الدراسة، والتي تتمثل في دراسة فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف، حيث يعد هذا المنهج من انسب المناهج في الدراسات النفسية ذات الطابع العلاجي، حيث يركز على دراسة الحالة بشكل معمق وشامل، مع الاخذ بعين الاعتبار مختلف الابعاد النفسية والانفعالية والجسمية للفرد.

يعرف المنهج العيادي بأنه أحد المناهج الأساسية في علم النفس حيث يهدف إلى دراسة الحالة الفردية دراسة معمقة وشاملة من خلال التركيز على تاريخها الشخصي وظروفها النفسية والاجتماعية، مع الاعتماد على مجموعة من الأدوات مثل المقابلة العيادية والملاحظة والاختبارات النفسية، وذلك بغرض فهم طبيعة الاضطراب وتشخيصه وتحديد أساليب التدخل العلاجي المناسبة. ويتميز هذا المنهج باهتمامه بالفروق الفردية، وسعيه إلى

تفسير السلوك الإنساني في سياقه الخاص، بدلاً من تعميم النتائج على جميع الحالات. (إبراهيم، 2008، ص 23)

2. أدوات جمع بيانات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات المنهجية التي تم اختيارها بعناية بما يتلائم مع طبيعة الموضوع وأهدافه، وذلك بهدف جمع بيانات دقيقة وشاملة حول عينة الدراسة، وقد تنوعت هذه الأدوات بين أساليب كمية وكيفية بما يتيح فهما أعمق لادراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف، وكذا تقييم فعالية البرنامج العلاجي المطبق، وتشمل أدوات الدراسة كلا من: المقابلة العيادية (Clinical Interview)، الملاحظة (Observation)، مقياس الصورة الجسمية (Body Image Measure)، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (A therapeutic Program Based On The Cognitive Behavioral Therapy-CBT).

1.2. المقابلة العيادية (Clinical Interview):

تعد المقابلة العيادية أداة أساسية في المنهج العيادي، وهي تفاعل لفظي منظم يتم بين الأخصائي النفسي والعمل، يهدف إلى جمع معلومات دقيقة حول الحالة النفسية للفرد، وفهم مشكلاته وسلوكياته في سياقها الشخصي والاجتماعي. تعتمد المقابلة على مهارات التواصل الفعال مثل الإصغاء الجيد وطرح الأسئلة المناسبة، كما تستخدم لأغراض متعددة تشمل التشخيص والتقييم، وبناء العلاقة العلاجية، وتوجيه التدخل النفسي. وتتميز المقابلة العيادية بمرونتها حيث يمكن أن تكون موجهة أو نصف موجهة أو حرة، تبعاً لأهداف الدراسة وطبيعة الحالة. (المرجع السابق، ص 65)

تعرف المقابلة العيادية أيضاً بأنها وسيلة علمية منظمة تهدف إلى استكشاف الجوانب النفسية والسلوكية للفرد من خلال الحوار المباشر، حيث تمكن الأخصائي من ملاحظة الانفعالات والتعبيرات غير اللفظية مما يساعد في تكوين صورة شاملة عن الحالة. (الشاذلي، 2001، ص 78)

تم الاعتماد على المقابلة العيادية في دراستنا نظراً لكونها من أهم الأدوات المنهجية في المنهج العيادي، حيث تتيح للباحث إمكانية جمع معطيات نوعية دقيقة وشاملة حول الحالة المدروسة من خلال التفاعل المباشر مع المفحوص، فهي لا تقتصر على الحصول على معلومات سطحية، بل تسمح بفهم عميق لمختلف الجوانب النفسية والانفعالية والسلوكية للفرد في سياقها الواقعي.

2.2. الملاحظة العيادية (Clinical Observation):

تعد الملاحظة العيادية إحدى الأدوات الأساسية في المنهج العيادي فهي أسلوب علمي يعتمد على مراقبة السلوك الإنساني كما يظهر في وضعياته الطبيعية أو شبه الطبيعية دون تدخل مباشر من الباحث، وذلك بهدف تسجيله وتحليله تفسيرياً، حيث تسمح هذه التقنية بجمع معلومات دقيقة حول السلوك الظاهر للفرد خاصة الجوانب غير اللفظية مثل تعابير الوجه، حركات الجسم، نبرة الصوت، وردود الفعل الانفعالية، مما يساعد على فهم أعمق للحالة النفسية المدروسة. (ربيع، 2009، ص 06)

تم اختيار هذه التقنية لأنها تتميز بكونها أداة مرنة يمكن استخدامها في مختلف السياقات العيادية سواء داخل العيادة النفسية أو في البيئة الطبيعية للفرد، كما يمكن أن تكون ملاحظة منظمة تعتمد على معايير محددة مسبقاً أو غير منظمة حسب طبيعة الحالة وأهداف الدراسة. كما تعد هذه التقنية مكملية للمقابلة العيادية إذ تساهم في التحقق من صحة المعلومات المصرح بها من طرف المفحوص، وتوفر معطيات سلوكية مباشرة تدعم عملية التشخيص النفسي .

3.2. مقياس الصورة الجسمية (Body Image Measure):

1.3.2. وصف المقياس: تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس الصورة الجسمية المعد من طرف محمد علي محمد النوبي (2009) والمعدل والمكيف على البيئة الجزائرية من طرف آسيا عبازة (2014) والذي يهدف إلى قياس مستوى إدراك الفرد لصورة جسمه من خلال التعرف على مدى تقبله لمظهره الجسدي وتقييمه له، وكذا تمثالاته النفسية والاجتماعية المرتبطة به.

يتكون مقياس صورة الجسم في صورته المعدلة والمكيفة من (21) عبارة موزعة على خمسة (05) ابعاد رئيسية، بحيث يضم كل بعد مجموعة من العبارات، وهي كالتالي:

- البعد الأول -تقبل اجزاء الجسم المعيبة (05 عبارات)
- البعد الثاني -التناسق العام لاجزاء الجسم (04 عبارات)
- البعد الثالث -المنظور النفسي لشكل الجسم (04 عبارات)
- البعد الرابع -المنظور الاجتماعي لشكل الجسم (04 عبارات)
- البعد الخامس -منظور المحتوى الفكري لشكل الجسم (04 عبارات). (عبازة، 2014، ص 97-98)

2.3.2. طريقة التصحيح: فيما يتعلق بطريقة تصحيح هذا المقياس فقد تم الاعتماد على سلم ليكرت الرباعي الذي يتضمن اربعة (04) بدائل للإجابة، حيث أمام كل عبارة البدائل التالية (كثيرا -أحيانا -نادرا -أبدا).

تمنح العبارات الموجبة درجات تصاعدية من (0 الى 3)، بينما تعكس في حال العبارات السلبية، وبذلك تتراوح الدرجات الاجمالية والكلية للمقياس بين (00-63)، حيث تشير الدرجات المرتفعة الى إدراك سلبي للصورة الجسمية وعدم الرضا عن المظهر الجسمي، بينما تدل الدرجات المنخفضة الى إدراك إيجابي للصورة الجسمية وتقبل أكبر لمظهر الجسم.

3.3.2. الخصائص السيكمترية للمقياس:

- صدق المقياس (Scale Validity):

يقصد بالصدق في القياس النفسي مدى قدرة الأداة أو الاختبار على قياس ما صمم لقياسه فعلا، أي درجة دقة الأداة في تمثيل الظاهرة أو السمة المراد دراستها دون انحراف أو خطأ منهجي. ويعد الصدق من أهم الخصائص السيكمترية للأدوات البحثية لأنه يضمن أن النتائج المستخلصة تعكس الواقع النفسي أو السلوكي للفرد بشكل صحيح، ويتحقق الصدق من خلال عدة مؤشرات مثل الصدق الظاهري والصدق البنائي، وصدق المحتوى، وكلها تهدف إلى التأكد من أن الأداة تقيس البعد المستهدف بدقة. (عودة، 2010، ص 132)

من بين الدراسات التي شهدت تكييف مقياس صورة الجسم ل محمد علي محمد النوبي (2009) على مستوى البيئة الجزائرية دراسة آسيا عبازة (2014) بعنوان: صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي-دراسة ميدانية بمدينة ورقلة-على عينة مكونة من (550) مراهقا متمدرسا بالسنة الثانية ثانوي موزعين على ثلاث ثانويات، اين قام الباحث باجراء تعديل على عبارات المقياس لتتناسب اكثر مع البيئة المحلية، حيث عدلت بعض الفقرات التي احتوت على بعض المصطلحات الغير مفهومة ككلمة "هندام"، وبسّطت الصياغة اللغوية لفقرات اخرى وجدت مركبة، إضافة على ذلك عمل الى تقليص عدد البنود المتشابهة مما ادى الى حذف بعض الفقرات والتي حددت ب(08) فقرات حتى لا تكون الاداة طويلة ومملة، خصوصا اذا مثلت عينة الدراسة فئة المراهقين الذين يتميزون بمجموعة خصائص قد تجعلهم ينفرون من الاسئلة الكثيرة او المتكررة، وهذا ما جعل الأداة تشمل (22) في صورتها المعدلة. (آسيا عبازة، 2014، ص 98)

وللتحقق من صدق المقياس اعتمد الباحث في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب تمثلت في صدق المحتوى بشقيه (صدق المحتوى باستشارة المحكمين وصدق المحتوى بطريقة الاتساق الداخلي) إضافة الى الصدق التمييزي.

فيما يتعلق بصدق المحتوى باستشارة المحكمين فقد قام الباحث بتوزيع (15) استمارة تحكيم على عدد من الاساتذة المتخصصين في مجال علم النفس، وقد تم استرجاع (11) استمارة مقيمة، اذ طلب منهم ابداء آرائهم حول: مدى انتماء الفقرات للابعاد، وتحديد مدى محافظة الفقرات المعدلة على اتجاهها، وأخيرا التأكد من

الصياغة اللغوية لل فقرات، اين أوضحت نتائج التقييم ان البندين رقم (13) و (15) قد سجلا نسبة الاتفاق حولهما بلغت (45%) وذلك بسبب الصياغة الغير السليمة وهي نسبة اقل من (50%) مما استدعى الى إعادة صياغتهما، عدا هذا فقد تجاوزت نسبة الاتفاق على باقي البنود اكثر من (50%)، اما بالنسبة للبنود المعدلة صياغتها (4-6-7-14-21-27) فقد بلغت نسبة الاتفاق عليها اكثر من (50%) في التعديل المحدث وفي الصياغة اللغوية وانتفاء الفقرات للابعاد، وكذلك المحافظة على اتجاه الفقرة، كما تبين ان جميع البنود المحذوفة (9-12-20-22-23-26-28-29) قد تجاوزت نسبة الاتفاق عليها (50%) وهذا ما اكد عدم صلاحيتها وموثوقيتها ضمن المقياس.

اما فيما يتعلق بصدق المحتوى بطريقة الاتساق الداخلي فقد تم حساب معاملات الارتباط (Correlation Coefficients) بين درجة على كل بند والدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت معاملات ارتباطها ما بين (-0.28-0.78) وكلها دالة عند (0.01) ما عدا البند (20) الذي لم يكن دالا احصائيا مما استدعى حذفه لجعل الأداة أكثر تماسكا وترابطا واتساقا في بينها ولتقيس نفس المتغير، وهذا ما يعد مؤشرا معقولا على صدق الأداة. اما بالنسبة لحساب صدق المقياس عن طريق الصدق التمييزي فقد تم ترتيب النتائج تنازليا، والمقارنة بين (27) فردا من افراد المستوى العلوي، و (27) فردا من افراد المستوى السفلي، وبعد ذلك استعمال اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، اين تبين ان القيمة المحسوبة ل "ت" بلغت (9.79) وهي اكبر من "ت" المجذولة التي بلغت (2.78) عند درجة الحرية (52) ومستوى الدلالة (0.01)، وعليه فان الفرق دال دلالة جوهريه، ومنه فبنود المقياس تميز تميزا واضحا بين مستوى العلوي والسفلي، وهذا ما يدل على صدق الاداة. (المرجع السابق، ص 100-105)

- ثبات المقياس (Scale Reliability):

يشير الثبات في القياس النفسي إلى مدى اتساق نتائج الأداة واستقرارها عند إعادة تطبيقها في ظروف متشابهة، أي أن تعطي نفس النتائج أو نتائج متقاربة عند استخدامها أكثر من مرة على نفس الأفراد. ويعد الثبات شرطا أساسيا في جودة الأدوات البحثية، إذ يدل على خلو الأداة من الأخطاء العشوائية، ويعكس درجة الاعتماد عليها في القياس والتشخيص، وتتبع طرق قياس الثبات مثل إعادة الاختبار والتجزئة النصفية، ومعامل ألفا كرونباخ. (عودة، 2010، ص 135)

فيما يتعلق بثبات مقياس صورة الجسم نجد نفس نتائج دراسة آسيا عبازة (2014) بعنوان-سبق ذكر عنوان وعينة الدراسة-والتي تقدير ثبات المقياس فيها باستخدام طريقة (ثبات التجزئة النصفية، ثبات الاتساق الداخلي).

فيما يخص حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية فقد تم تجزئة المقياس إلى نصفين، بحيث يعطى كل فرد درجة في كل نصف من المقياس، وبعد تطبيق المقياس نقسمه إلى صورتين متكافئتين، ثم حساب معامل الارتباط (Correlation Coefficients) بينهما، والتي أسفرت نتائجها على أن معامل الثبات بلغ (0.89) وهو معامل مرتفع مما يدل على ثبات الأداة.

أما فيما يتعلق بثبات الاتساق الداخلي فقد تم حساب معامل ألفا كرونباخ (Cronbachs Alpha) للتحقق من تجانس فقرات المقياس حيث بلغت قيمته (0.91) وهو معامل مرتفع ويدل على ثبات الأداة. بناءً على نتائج الخصائص السيكومترية والتي كانت جيدة، أصبحت أداة صورة الجسم تتكون من (21) فقرة يجيب عنها المراهق المتمدرس ضمن (4) بدائل، وعليه فإن درجة الأفراد على الأداة تتراوح فيها ما بين (0-63)، وتمثل درجة القطع النقطة (31.5)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى عدم الرضا عن صورة الجسم. (المرجع السابق، ص 107)

4.2. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral therapeutic Program - CBT):

1.4.2. التعريف: يعد على أنه برنامج تدخل نفسي قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي موجه لتحسين إدراك صورة الجسم لدى المراهق، والمكون من (10) جلسات علاجية، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع، حيث تبلغ مدة كل جلسة حوالي (60) دقيقة، باستثناء الجلسة الأخيرة التي تمتد إلى (90) دقيقة والمخصصة للتقييم البعدي ومنع الانتكاس.

يتميز هذا البروتوكول بالترتيب والتنظيم، إذ يبدأ ببناء العلاقة العلاجية وجمع المعطيات الأولية، ثم ينتقل إلى التنقيف النفسي وفهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ليركز بعدها على تحديد وتعديل الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم وتنظيم الانفعالات، كما يتضمن مراحل تهدف إلى تصحيح التصورات الاجتماعية، وتعديل الحوار الداخلي، وتعزيز تقبل الذات والجسم.

وفي المراحل المتقدمة يعتمد هذا البروتوكول على تقنيات سلوكية مثل التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية ولعب الأدوار هدفها تقليل القلق الاجتماعي المرتبط بصورة الجسم وتعزيز التكيف، ويختتم في الأخير بتثبيت المكتسبات العلاجية وتدعيم المهارات المكتسبة، مع وضع استراتيجيات للوقاية من الانتكاس، وهذا ما يجعله يهدف إلى إحداث تغيير معرفي - انفعالي وسلوكي متكامل يساعد هذا المراهق على تحسين نظريته لذاته وجسده، وتعزيز توافقه النفسي والاجتماعي.

2.4.2. أهداف البرنامج العلاجي: يهدف هذا البرنامج العلاجي إلى مساعدة المراهق المصاب بالجنف على تحسين إدراكه لصورة جسمه من خلال تعديل أفكاره السلبية المرتبطة بمظهره، والتقليل من مشاعر القلق

والخجل، وتعزيز تقبله لذاته وجسده، إضافة إلى تنمية قدرته على تنظيم انفعالاته وتحسين تفاعله الاجتماعي عبر تقليل سلوكيات التجنب وتدريبه على المواجهة. ومن الناحية العلمية فإننا نسعى إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في تحسين إدراك صورة الجسم لدى هذه الفئة، وذلك من خلال قياس التغيرات التي تطرأ على الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية قبل وبعد تطبيق البرنامج، باستخدام أدوات قياس مناسبة (قبلي/بعدي)، بما يسمح بتحديد مدى نجاح هذا التدخل العلاجي والإسهام في إثراء الجانب التطبيقي في علم النفس العيادي.

3.4.2. التقنيات المستخدمة في البرنامج: يتضمن هذا البرنامج العلاجي مجموعة من التقنيات والأساليب المستمدة من مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، والتي تم اختيارها بما يتلائم ويتناسب مع طبيعة الدراسة وأهدافها، والتي تهدف إلى مساعدة المراهق المصاب بالجنف على تعديل أفكاره السلبية المرتبطة بالصورة الجسمية لديه، وتنمية استجابات سلوكية وانفعالية أكثر توافقاً، وذلك من خلال تطبيقها بشكل منظم ومتدرج خلال جلسات البرنامج العلاجي، وتتمثل هذه التقنيات في:

✓ **المقابلة العيادية:** تعرف المقابلة العيادية بأنها تقنية أساسية في العمل النفسي العيادي تقوم على تفاعل مباشر ومنظم بين الأخصائي النفسي والمفحوص بهدف جمع معلومات دقيقة وشاملة حول الحالة النفسية والسلوكية والاجتماعية للفرد، وتستخدم هذه الأداة في التشخيص والتقييم وفهم طبيعة الاضطراب، كما تسمح بالكشف عن الخبرات الذاتية والانفعالات والأفكار التي لا يمكن الحصول عليها بوسائل أخرى. وتمتاز المقابلة العيادية بمرونتها إذ يمكن أن تكون موجهة أو نصف موجهة أو غير موجهة حسب أهداف الفحص. (ابراهيم، 2008، ص 65)

✓ **بناء العلاقة العلاجية:** تعد العلاقة العلاجية من العناصر الأساسية في نجاح العملية العلاجية فهي العلاقة المهنية التي تنشأ بين المعالج والعميل، والتي تقوم على الثقة والاحترام والتقبل غير المشروط. إذ تهدف هذه العلاقة إلى خلق مناخ نفسي آمن يسمح للمفحوص بالتعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية، مما يسهل عملية التشخيص والتدخل العلاجي. كما تعتمد على التفاعل الإيجابي والاستماع الفعال والتعاطف، والحفاظ على السرية المهنية، وهي عوامل تساهم في تعزيز التعاون بين الطرفين وتحقيق أهداف العلاج. (الشاذلي، 2001، ص 78)

✓ **الإصغاء الفعال:** يقصد بالإصغاء الفعال قدرة المعالج على الاستماع الجيد للمريض مع إظهار الاهتمام والتفهم لمشاعره، مما يعزز العلاقة العلاجية. ويُستخدم مع المراهق المصاب بالجنف لمساعدته على التعبير عن مشاعر الخجل وعدم الرضا عن جسده، مما يخفف من التوتر النفسي. (المرجع السابق، ص 72)

✓ **الحوار والمناقشة:** تعتمد هذه التقنية على التفاعل اللفظي بهدف استكشاف أفكار المريض وتصحيحها، وتستخدم مع المراهق الجنف لمناقشة تصوراتهِ حول مظهرهِ ونظرة الآخرين له، مما يساعده على تعديل أفكارهِ السلبية. (الخالدي، 2009، ص 84)

✓ **طرح الأسئلة المفتوحة:** هي أسئلة تسمح للمريض بالتعبير بحرية، مما يساعد على فهم أعمق لأفكارهِ ومشاعره. وتُستخدم لاكتشاف نظرتهِ لصورة جسمهِ وتأثير الجنف على تقديرهِ لذاتهِ. (الشاذلي، 2001، ص 92)

✓ **التثقيف النفسي:** يقوم التثقيف النفسي على تزويد المراهق بمعلومات مبسطة حول حالته وتأثيرها النفسي، إضافة إلى شرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك. يستخدم هنا لتصحيح الفهم الخاطئ الذي قد يجعل المراهق يربط بين اختلاف شكل جسمهِ وقيمتهِ الذاتية، مما يساعده على إدراك أن معاناتهِ ناتجة عن تفسيراتهِ المعرفية أكثر من الحالة الجسدية نفسها. (إبراهيم، 2008، ص 95)

✓ **نموذج الفكرة - الشعور - السلوك:** يفسر هذا النموذج التفاعل الدينامي بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات، حيث تؤدي الأفكار السلبية إلى مشاعر سلبية وسلوكيات غير تكيفية، يستخدم مع المراهق المصاب بالجنف لتوضيح كيف أن اعتقاده بأن الآخرين يلاحظون تشوهِه جسده يؤدي إلى القلق الاجتماعي وتجنب التفاعل مع الآخرين. (Simply psychology, 2024)

✓ **إعادة البناء المعرفي:** تهدف هذه التقنية إلى تحديد الأفكار التلقائية السلبية وتحديدها واستبدالها بأفكار أكثر واقعية. في هذه الحالة يتم العمل مع المراهق على تعديل أفكار مثل "أنا مختلف بشكل سيء" أو "الجميع يراقب ظهري" من خلال اختبار الأدلة وإعادة صياغة التفكير بطريقة أكثر توازناً، مما يساهم في تحسين إدراكهِ لصورة جسمهِ. (المرجع السابق، ص 97)

✓ **تنظيم الانفعال:** تشير هذه التقنية إلى تدريب المراهق على التعرف على انفعالاتهِ وإدارتها بطريقة فعالة خاصة مشاعر القلق والخجل المرتبطة بمظهرهِ الجسدي. ويتم استخدامها من خلال تعليمه استراتيجيات تهدئة وتعبير انفعالي، مما يساعده على تقليل شدة التوتر عند التعرض لمواقف اجتماعية. (المرجع السابق، ص 103)

✓ **التمارين التطبيقية:** تشمل أنشطة عملية تهدف إلى تطبيق المهارات المكتسبة داخل الجلسة. وتُستخدم مع المراهق لتدريبهِ على تعديل أفكارهِ وسلوكياتهِ المرتبطة بصورة جسمهِ. (الخالدي، 2009، ص 88)

✓ **تقنية الكرسي الفارغ:** تستخدم هذه التقنية لمساعدة المراهق على التعبير عن صراعاتهِ الداخلية من خلال حوار تخيلي، كأن يتحدث مع صورته الجسدية أو مع الآخرين الذين يخشى حكمهم.

في حالة الجنف تساعد هذه التقنية على إخراج الأفكار السلبية المكبوتة وإعادة معالجتها بطريقة انفعالية ومعرفية، مما يخفف من شدة رفضه لجسده. (شيلدر، 2015، ص 41)

✓ **تحويل الانتباه من الشكل إلى الوظيفة:** تركز هذه التقنية على تقليل الانشغال بالمظهر الخارجي وتوجيه الانتباه نحو وظائف الجسم وقدراته.

تستخدم مع المراهق لمساعدته على إدراك أن جسده ليس فقط مظهرًا، بل أداة للقيام بأنشطة يومية وهو ما يعزز تقديره لذاته ويقلل من التركيز على الانحناء الجسدي. (Rosen et al, 1991, Pp 185-195)

✓ **التعرض السلوكي التدريجي (بالتخيل ولعب الأدوار) ومنع التجنب:** تعتمد هذه التقنية على تعريض المراهق تدريجياً للمواقف التي يتجنبها بسبب خجله من مظهره، سواء عبر التخيل أو تمثيل الأدوار، مع منعه من استخدام سلوكيات التجنب.

في حالة الجنف يتم تدريب المراهق على مواجهة مواقف اجتماعية مثل التحدث أمام الآخرين أو المشاركة في الأنشطة، مما يساعده على تقليل القلق وبناء الثقة. (إبراهيم، 2008، ص 110)

✓ **لعب الأدوار:** هي تقنية تعتمد على تمثيل مواقف اجتماعية داخل الجلسة، مما يساعد المريض على اكتساب مهارات جديدة. وتستخدم مع المراهق المصاب بالجنف لمساعدته على مواجهة المواقف التي يتجنبها بسبب خجله من مظهره. (المرجع السابق، ص 112-113)

✓ **الواجبات المنزلية:** تتمثل في مهام تطبيقية ينجزها المراهق خارج الجلسة مثل تسجيل الأفكار السلبية أو مواجهة مواقف بسيطة.

تم الاعتماد عليها في هذا البرنامج لتعزيز تعميم المهارات المكتسبة داخل الجلسات على الحياة اليومية، خاصة فيما يتعلق بتغيير نظرتة لصورة جسمه والتفاعل مع الآخرين. (الخالدي، 2009، ص 90)

✓ **استراتيجيات منع الانتكاس:** تهدف هذه التقنية إلى الحفاظ على النتائج العلاجية من خلال إعداد المراهق لمواجهة الصعوبات المستقبلية، يتم ذلك عبر تعليمه التعرف على بوادر عودة الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم، وتزويده باستراتيجيات للتعامل معها مما يساعده على الاستمرار في التكيف النفسي. (إبراهيم، 2008، ص 115)

تم الاعتماد على جدول يوضح سير جلسات البروتوكول العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي لتحسين ادراك صورة الجسم لدى المراهق المصاب بالجنف

الجدول(1): يوضح سير جلسات البروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي لتحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف

الجلسة	عنوانها	الهدف منها	التقنيات	المدة
01	التعارف وبناء العلاقة العلاجية	_ تقديم البرنامج العلاجي وشرح أهدافه وخطواته بشكل مبسط. _ بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة والامان النفسي. _ جمع معلومات شاملة حول الحالة النفسية والاجتماعية. _ التعرف على مخاوف الحالة المتعلقة بالصورة الجسمية وتوقعاته من البرنامج.	_ المقابلة العيادية وبناء العلاقة العلاجية. _ الاصغاء الفعال. _ الحوار والمناقشة. _ طرح الأسئلة المفتوحة.	50 دقيقة
02	التهيئة النفسية والمعرفية	_ تمكين الحالة من فهم مفهوم صورة الجسم بشكل واضح. _ تعزيز الوعي بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات. _ تحضير الحالة للتدخلات العلاجية المستقبلية من خلال تعزيز الفهم المعرفي السلوكي.	_ التثقيف النفسي. _ نموذج الفكرة - الشعور - السلوك. _ الشرح التفاعلي. _ الحوار والمناقشة.	60 دقيقة
03	تعديل الافكار السلبية وتنظيم الانفعال	_ مساعدة الحالة على التعرف على الأفكار السلبية المشوهة المرتبطة بصورة جسمه. _ تعديل هذه الأفكار لتصبح أكثر واقعية وإيجابية. _ خفض حدة المشاعر السلبية المصاحبة لهذه الافكار من خلال تنمية مهارات تنظيم الانفعال.	_ اعادة البناء المعرفي _ تنظيم الانفعال. _ الحوار والمناقشة. _ تمارين تطبيقية.(التنفس العميق)	45 دقيقة

04	تعديل التصورات الاجتماعية ومواجهة القلق	_ مساعدة الحالة على التعرف على التصورات السلبية المرتبطة بكيفية رؤية الآخرين لجسمه. _ تعديل هذه التصورات لتصبح أكثر ايجابية. _ خفض القلق الاجتماعي المرتبط بصورة الجسم. _ تقليل سلوكيات التجنب المرتبطة بالمواقف الاجتماعية وتعزيز القدرة على التفاعل بثقة.	_ اعادة البناء المعرفي. _ تنظيم الانفعال. _ التعرض السلوكي التدريجي ومنع التجنب. _ الحوار والمناقشة. _ واجب منزلي حول التعرض التدريجي والتواجد في المناسبات الاجتماعية	55 دقيقة
05	التعبير الانفعالي وتعديل الحوار الداخلي	_ مساعدة الحالة على التعبير عن مشاعره المكبوتة المرتبطة بنظرة الآخرين لجسمه. _ تعديل الحوار الداخلي السلبي وتحويله الى أفكار أكثر واقعية. _ الاستمرار في خفض القلق الاجتماعي تمهيدا للتعرض التدريجي في الجلسات القادمة.	_ تقنية الكرسي الفارغ. _ اعادة البناء المعرفي _ تنظيم الانفعال _ الحوار والمناقشة. _ واجب منزلي (كتابة الافكار على ورقة)	55 دقيقة
06	تقبل اجزاء الجسم المتأثرة بالجنف	_ مساعدة الحالة على تقبل الجزء المتأثر بالجنف كاختلاف جسدي طبيعي لا يقلل من قيمته الذاتية. _ خفض المشاعر السلبية المرتبطة بالجزء المتأثر. _ تعزيز التقييم الإيجابي للذات وبناء صورة جسمية سوية.	_ مناقشة نتائج الواجب المنزلي _ اعادة البناء المعرفي. _ تنظيم الانفعال. _ الحوار والمناقشة.	45 دقيقة

07	تحويل الانتباه من المظهر الى الوظيفة	_ تقليل التركيز المفرط على المظهر الخارجي للجسم. _ تعزيز وعي الحالة بوظائف جسمه وقدراته. _ دعم تقدير الذات وتعزيز صورة الجسم من خلال التركيز على القدرات والوظائف بدلاً من الشكل.	_ تحويل الانتباه من الشكل الى الوظيفة. _ اعادة البناء المعرفي. _ تمارين تطبيقية. (كتابة 3 اشياء يستطيع القيام بها و 2 صفات ايجابية في شخصيته بهدف تحسين صورة الذات)	55 دقيقة
08	التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية	_ مساعدة الحالة على مواجهة المواقف الاجتماعية التي كان يتجنبها بسبب صورة جسمه. _ خفض القلق الاجتماعي المرتبط بهذه المواقف. _ تعزيز الثقة بالنفس والقدرة على التفاعل الاجتماعي بشكل فعال. _ تطوير مهارات مواجهة المواقف الصعبة بطريقة تدريجية وآمنة.	_ التعرض السلوكي التدريجي ومنع التجنب. _ تنظيم الانفعال. _ الحوار والمناقشة _ لعب الأدوار _ واجب منزلي (ممارسة التنفس العميق 3 مرات في اليوم , كل مرة لمدة عشر دقائق و تسجيل مدى الشعور بالراحة بعد التمرين)	45 دقيقة
09	تعزيز الثقة وتثبيت المهارات	_ تثبيت التغيرات المعرفية والسلوكية المكتسبة خلال الجلسات السابقة. _ تعزيز ثقة الحالة بنفسه في المواقف الاجتماعية.	_ مراجعة الواجب المنزلي _ التعرض السلوكي التدريجي ومنع التجنب. _ اعادة البناء المعرفي. _ تنظيم الانفعال.	50 دقيقة

		– تنمية القدرة على التعرف والتعامل مع أفكار الانتكاس المحتملة قبل ان تؤثر على سلوكياته.		
10	التقييم البعدي ومنع الانتكاس	– مقارنة نتائج القياس القبلي والبعدي لتحديد التحسن. – تقييم مدى فعالية البرنامج العلاجي. – تثبيت المكتسبات النفسية والمعرفية المكتسبة سابقا. – تزويد الحالة باستراتيجيات فعالة للتعامل مع الضغوط المستقبلية والوقاية من الانتكاس. – تعزيز الثقة بالنفس والاستقلالية في مواجهة المواقف اليومية المتعلقة بالصورة الجسمية.	– القياس البعدي. – استراتيجيات منع الانتكاس. – الحوار والمناقشة.	60 دقيقة

4.4.2. تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapeutic Program -CBT) المقترح على مجموعة من أساتذة علم النفس بجامعة بلحاج بوشعيب-عين تموشنت، وذلك من أجل التحكيم وإبداء الملاحظات حوله بهدف تحسينه، وفيما يلي عرض لأسماء الأساتذة ورتبهم العلمية.

الجدول (2): أسماء الأساتذة المحكمين ورتبهم

إسم ولقب الأستاذ	الرتبة	جامعة الإنتماء
سني احمد	أستاذ محاضر "ب"	جامعة بلحاج بوشعيب
سعدى زينب	أستاذ محاضر "ب"	جامعة بلحاج بوشعيب
بن عيسى رجال نوال	أستاذ محاضر "ب"	جامعة بلحاج بوشعيب

بناء على نتائج التحكيم من طرف الأساتذة المتخصصين اتفق الجميع على مجموعة من التعديلات الجوهرية التي تركزت على:

– ذكر في ماذا تمثلت الواجبات المنزلية والتمارين التطبيقية.

- إعادة تعديل توقيت الجلسات والتقليل منه لتفادي ملل الحالات خصوصا انهم مقيمون بالمستشفى.

3. مجال اجراء الدراسة:

- **المجال المكاني:** تم اجراء هذه الدراسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بولاية عين تموشنت تحديدا بمصلحة اعوجاج العمود الفقري باعتبارها البيئة المناسبة للالتقاء بالحالات المدروسة، وتوفر المعطيات اللازمة لتطبيق البرنامج العلاجي ومتابعة التطور.

- **المجال الزمني:** تمت الدراسة خلال السداسي الثاني السنة الجامعية (2026/2025)، حيث شملت هذه الفترة مختلف مراحل البحث من التشخيص الأولي وتطبيق البرنامج العلاجي الى غاية التقييم البعدي.

4. عينة الدراسة وطريقة اختيارها:

تكونت عينة الدراسة من ثلاث (03) حالات من المراهقين المصابين بالجنف (Scolios)، من بينهم ذكر واحد واثنان (02) من الاناث، وقد تم اختيارهم بالطريقة القصدية (Purposive Sampling Method) بما يتلائم مع طبيعة الدراسة وأهدافها، حيث تم الاعتماد على هذا النوع من المعاينة نظرا لخصوصية الموضوع ولصعوبة توفر حالات تنطبق عليها معايير الدراسة بشكل عشوائي، مما يجعل الاختيار القصدي الأنسب لضمان ملائمة العينة لمتطلبات البحث ودقة تطبيقه، والجدول الموالي يوضح خصائص عينة الدراسة.

الجدول(3): يوضح خصائص عينة الدراسة

الحالات _ الخصائص	السن	المستوى التعليمي	نوع السكوليوز (درجة التقوس)
الحالة (م)	14	الثانية متوسط	°145
الحالة (ش)	16	اولى ثانوي	°75
الحالة (ن)	14	الثالثة متوسط	°112

يوضح الجدول(3) خصائص عينة الدراسة من حيث السن والمستوى التعليمي ودرجة تقوس العمود الفقري (Scolios)، حيث تكونت العينة من ثلاث (03) حالات لمراهقين مصابين بالجنف، والتي تراوحت أعمارهم ما بين (14-16 سنة) والموزعين بين مرحلتي التعليم المتوسط والثانوي، حيث سجلت الحالة (م) البالغة من العمر (14 سنة) أعلى درجة تقوس بلغت (°145)، بنما الحالة (ش) البالغة من العمر (16 سنة) سجلت درجة تقوس قدرها اقل مقارنة بالحالتين والتي بلغت (°75)، في حين ان الحالة (ن) البالغة من العمر (14) سجلت درجة تقوس بلغت (°112).

الفصل السادس: نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض حالات الدراسة
2. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات المصاغة
2. استنتاج عام واقتراحات

تمهيد:

يعد هذا الفصل المرحلة الختامية في هذه الدراسة، حيث يتم فيه عرض النتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق أدوات البحث وجمع البيانات وتحليلها إحصائياً أو كيفياً حسب طبيعة الدراسة، ويهدف هذا الفصل إلى تقديم قراءة علمية دقيقة لهذه النتائج من خلال عرضها بشكل منظم وواضح بما يسمح بفهم دلالاتها في ضوء إشكالية البحث وأهدافه.

ويختتم هذا الفصل بخلاصة عامة لأهم النتائج التي أسفرت عنها الدراسة بما يتيح تقديم رؤية شاملة ومركزة حول ما تم التوصل إليه، ويمهد في الوقت نفسه لتقديم الاستنتاج العام للدراسة والتوصيات المقترحة.

1. عرض حالات الدراسة:**1.1. عرض الحالة الاولى:****1.1.1. البيانات الاولى للحالة:**

- الاسم: م
- العمر: 14 سنة
- المستوى الدراسي: السنة ثمانية متوسط (كرر السنة مرتين)
- رتبة الاخوة: المتوسط
- عدد الاخوة: 5
- الولاية: برج بوعرريج
- حالة الولدين: متزوجين
- سبب الدخول: عملية تصحيح العمود الفقري
- تاريخ المرض: منذ الولادة وقد خضع لعملية في تركيا سعدته في استرجاع قدرته على المشي بعد فقدها في سن السابعة إثر حادث اثناء لعب كرة القدم. لاحقا ظهرت عليه مضاعفات استدعت اجراء عملية ثانية لكنه لم يتمكن من السفر الى تركيا فتمت اعادة العملية في المستشفى المحلي.

المظهر والسلوك العام:

- اللباس: مرتب
- بنية الجسم: متوسط وقصير القامة
- النشاط الحركي: نشطة

- التواصل البصري: جيد

كلام الحالة:

- سرعة الكلام: سريع

- كمية الكلام: كثير

- نبرة الصوت: منخفضة

- وضوح الكلام: واضح

- المزاج: متقلب

- مضمون الأفكار: يعاني من افكار سلبية وتفكير زائد في المرض والعملية

- الادراك والوعي: الوعي سليم

- الانتباه والتركيز: جيد

2.1.1. سير المقابلات مع الحالة:

تم اعتماد سلسلة من المقابلات العيادية المنظمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي بهدف تتبع تطور الحالة الأولى، وقد تم توثيق هذه المقابلات في الجدول الموالي:

الجدول(4): يوضح سير المقابلات مع الحالة الاولى

الرقم	التاريخ	المكان	المدة	الهدف
1	30-03-2026	غرفة المريض	50 دقيقة	تم استقبال الحالة في جو مريح وغير رسمي نسبيا مع استخدام أسلوب ودي لتقليل القلق(الحديث عن المدرسة أو الهوايات). قدم الإطار العلاجي بلغة بسيطة: "نحن هنا لتعلم كيف نشع براحة أكبر مع أنفسنا". تم التأكيد على السرية بطريقة تناسب عمره. استخدمت أسئلة مفتوحة ولكن مبسطة مثل: "ما الذي لا يعجبك في جسمك؟" و"متى تشعر بالانزعاج أكثر؟". في البداية، كان المراهق خجولا ويعطي إجابات قصيرة، مع بعض التردد،

				لكنه بدأ يتحدث تدريجياً عندما تم إدماج الرسم كوسيلة تعبير، حيث طلب منه رسم نفسه من خلال الرسم، عبّر عن تركيزه على شكل الظهر. تم تطبيق الإصغاء الفعال، مع تجنب الضغط عليه. في نهاية الجلسة، بدأ أكثر ارتياحاً، وبدأ يظهر استعداداً للتفاعل مما يدل على بداية تشكل العلاقة العلاجية.
2	-04-02-2026	غرفة المريض	60 دقيقة	في هذه الجلسة تم تقديم شرح مبسط للحالة حول مرض السكوليز ومفهوم صورة الجسم أي التثقيف النفسي حول المرض وكيف يؤثر على ادراكه لصورة جسمه، من خلال التعريف بطبيعة الاوجاج وكيف يؤثر على الجسم، وذلك بأسلوب تفاعلي يناسب سنه، مع طمأنته وتصحيح بعض الافكار الخاطئة المرتبطة بمرضه. تم تقديم النموذج المعرفي (فكرة-شعور-سلوك) بطريقة مبسطة باستخدام رسومات (دوائر وأسهم). قيل له: "عندما نفكر بشيء، نشعر بشعور معين، ثم نتصرف بطريقة معينة". تم تطبيق ذلك على مثال من حياته: عندما يرى نفسه في المرأة، يفكر "أنا مختلف"، فيشعر بالحزن، ثم يتجنب اللعب. تم إشراكه في إكمال السلسلة بنفسه، مما ساعد على الفهم. استخدمت الوسائل البصرية والشرح التفاعلي بدل الشرح النظري. في البداية، واجه صعوبة في التمييز بين الفكرة والشعور، لكنه مع التكرار بدأ

				يفهم العلاقة. في نهاية الجلسة، أظهر قدرة أولية على الربط بين أفكاره وسلوكه
3	-04-05-2026	غرفة المريض	45 دقيقة	تم في هذه الجلسة مساعدة الطفل على التعرف على أفكاره السلبية من خلال بطاقات تحتوي على جمل بسيطة مثل: أنا غريب أو الآخرون يضحكون علي، حيث طلب منه اختيار ما يشبهه وقد صرح بأنه يشعر بأن شكله مختلف عن باقي اقرانه. كما بين أن هذه الافكار تظهر بشكل أكبر في مواقف محددة مثل عند النظر الى المرات أو ملاحظة الآخرين له في المدرسة. كما تم شرح مفهوم التوتر والانفعال للحالة بطريقة مبسطة مع ربطه بالمواقف التي يعيشها يوميا، تم تدريبه على تقنية التنفس مع تطبيق داخل الجلسة لتنظيم انفعاله كما قال خصوصا لما قال (إذا لم أتعالج سأموت).
4	-04-07-2026	غرفة المريض	55 دقيقة	تم من خلال هذه الجلسة تطبيق تقنية التعرض التدريجي وإعادة البناء المعرفي. حيث تم تشجيع الحالة على لعب دور الممثل الرئيسي والاحصائية النفسية تلعب دور المجتمع بهدف تعزيز الثقة بالنفس والتفاعل الاجتماعي. وقد قامت المعالجة بطرح أسئلة سلبية بينما كانت الحالة تجيب بطريقة مباشرة وواثقة. ومن بين الاسئلة المطروحة (جسمك مختلف) فكانت اجابة المريض (انا جسمي مميز وهذا لا ينقص مني شيء) قالت الاخصائية: (وهل تظن انك يوما سوف تشفى) المريض: نعم انا متواجد في

				المستقى فقط لفترة قصيرة لكي اتعالج) وقد ساهمت هذه التقنية في تعزيز الثقة بالنفس، وتعديل التصورات السلبية حول الذات والقدرة على النجاح. وكجزء من البرنامج العلاجي تم توجيه الحالة لانجاز واجب منزلي يهدف الى مساعدة الحالة على التعود تدريجيا على المواقف التي يتجنبها بسبب صورة جسمه، وتقليل القلق والافكار السلبية المرتبطة بها وقد تمثل هذا الواجب في تطبيق خطوات بسيطة من التعرض التدريجي مثل النظر الى نفسه في المرآة لفترة قصيرة والتخيل انه متواجد في مواقف اجتماعية دون تجنب، مع ملاحظة مشاعره أثناء ذلك على أن تتم مراجعة مدى التزامه بالواجب خلال الجلسة القادمة.
5	04-09-2026	غرفة المريض	55 دقيقة	شرعت هذه الجلسة الى مساعدة الحالة على التعبير عن مشاعره المرتبطة بنظرته لنفسه، من خلال استخدام تقنية الكرسي الفارغ (كرسيان الاسود للافكار السلبية والابيض للافكار الايجابية) وذلك بهدف مساعدته على التعبير عن أفكاره وإعادة البناء المعرفي لها. حيث عبر في الكرسي الابيض عن افكاره السلبية ومساعدته على استبدالها بأفكار أكثر ايجابية وواقعية. أظهر الطفل استجابة انفعالية متوسطة (حزن خفيف)، ثم نوعا من الارتياح بعد التعبير و بدأ يستخدم عبارات أقل سلبية. وطلب من الحالة

				واجب منزلي وهو كتابة أي نوع فكرة تخطر على باله.
6	-04-11-2026	غرفة المريض	45 دقيقة	تم في هذه الجلسة العمل على مساعدة الحالة على تقبل جزء من جسده المتأثر. من خلال مناقشة أفكاره ومشاعره المرتبطة به حيث تم تطبيق تقنية البناء المعرفي. قمنا بتحديد الفكرة السلبية أولا وبعد مناقشة هذه الفكرة بالحوار السقراطي وساعدته لكي يقوم باستبدال الفكرة السلبية بإيجابية وقد قام المريض باستبدالها بنفسه وقد ساهم هذا التدخل في تخفيف حدة التفكير السلبي وتعزيز تقبله لمرحلة العلاج الحالية، كذلك قمنا بمراجعة الواجب المنزلي، وتعمقنا قليلا مع الحالة في الحوار والمناقشة لتعزيز التقييم الايجابي للذات وبناء صورة جسمية سوية.
7	-04-14-2026	مكتب الطبيب	55 دقيقة	تم في هذه الجلسة توجيه الحالة لتركيز على قدراته ووظائف جسمه بدل مظهره عن طريق تقنية تحويل الانتباه من الشكل الى الوظيفة واعادة بناء الافكار لتقليل التركيز المفرط على المظهر الخارجي وتعزيز وعي الحالة بوظائف جسده وقدراته. وقدمت للحالة تمرين التركيز على القدرات حيث يطلب منه يوميا كتابة 3 اشياء يستطيع القيام بها و 2 صفات ايجابية في شخصيته بهدف تحسين صورة الذات.

8	17-04-2026	غرفة المريض	45 دقيقة	ركزت هذه الجلسة على تدريب الحالة على مواجهة بعض المواقف الاجتماعية التي كان يتجنبها، من خلال لعب الأدوار وتمثيل مواقف واقعية، ومرافقتها بتقنية تنظيم الانفعال لخفض القلق الناتج عن تلك المواقف. كما تم تعليم الحالة كيفية الرد على الكلام السلبي بثقة وتطوير مهارات مواجهة المواقف الصعبة بطريقة تدريجية وامنة. وقد أبدت الحالة تفاعلا جيدا. وفي نهاية الجلسة كلف الحالة بواجب منزلي: ممارسة التنفس العميق (3 مرات يوميا) كل مرة لمدة عشر دقائق وتسجيل مدى الشعور بالراحة بعد التمرين.
9	20-04-2026	غرفة المريض	50 دقيقة	ركزت هذه الجلسة على مراجعة ما تم مناقشة وتعلمه سابقا خاصة فيما يتعلق باستراتيجيات التعامل مع الأفكار التلقائية السلبية. تم الانتقال إلى إعادة البناء المعرفي لكن بأسلوب مبسط، حيث استُخدمت بطاقات تحتوي على أفكار ورسومات مثل: الكل يضحك علي، وطلب من الحالة تصنيفها إلى فكرة صحيحة أو فكرة مبالغ فيها. ساعد هذا الأسلوب البصري على تسهيل الفهم. كما تم تدريب الحالة على مهارة الحديث الذاتي الإيجابي، من خلال تكرار عبارات مثل: أستطيع أن ألعب مثل الآخرين وليس كل الناس يركزون على ظهري. تم دمج هذه العبارات مع مواقف تمثيلية داخل الجلسة. بالإضافة إلى ذلك،

				تم التطرق إلى أفكار الانتكاس بطريقة مبسطة، عبر سؤاله: ماذا تفعل إذا شعرت بالخوف مرة أخرى؟ وتم توجيهه لاستخدام المهارات المكتسبة (التنفس، التفكير الواقعي، المحاولة مرة أخرى). أظهرت الحالة تحسناً في القدرة على التعبير عن أفكاره، وأصبح أكثر تمييزاً بين الفكرة الواقعية والمبالغ فيها. كما بدا أكثر ثقة أثناء لعب الأدوار، مع انخفاض ملحوظ في سلوك التجنب
10	23-04-2026	غرفة المريض	60 دقيقة	تم في هذه الجلسة اجراء التقييم البعدي لمقارنة النتائج مع القياس القبلي، من أجل تحديد مدى التحسن. تمت مناقشة المهارات التي تعلمها، حيث طُلب منه ذكر ما يتذكره، فذكر: التنفس، محاولة اللعب، وعدم تصديق كل الأفكار. تم تعزيز هذا التذكر باعتباره مؤشراً على اكتساب المهارات. بعد ذلك، تم العمل على منع الانتكاس بأسلوب قصصي، حيث تم تقديم موقف افتراضي لطفل يعود إليه الخوف، وسُئل: كيف يمكن أن يساعد نفسه؟ وشارك المراهق في اقتراح الحلول، مما يعزز الاستقلالية. كما تم وضع خطة بسيطة للاستمرار، تتضمن: الاستمرار في اللعب مع الآخرين، استخدام التنفس عند القلق، تذكر العبارات الإيجابية. في نهاية الجلسة، تم تقديم تغذية راجعة إيجابية، مع التأكيد على أن التقدم الذي أحرزه هو نتيجة جهده.

3.1.1. تحليل المقابلات:

من خلال المقابلات العيادية والجلسات العلاجية التي أُجريت مع الحالة (م) تبين أنها تعاني من اضطراب في صورة الجسم مرتبط بشكل الظهر والاختلاف الجسدي الذي يسببه المرض، حيث كانت الحالة تظهر انشغالا واضحا بمظهره الخارجي، خاصة عند الحديث عن اللعب مع الآخرين أو التواجد في المدرسة.

في بداية المقابلات بدا خجولا ومترددا في الحديث، وكانت إجاباته قصيرة ومقتضبة، كما لوحظ ميله إلى تجنب التواصل البصري والانطواء داخل الجلسة. وعند سؤاله عن أكثر شيء يزعجه في جسمه ركز مباشرة على شكل ظهره قائلاً: 'ظهري بزاف معوج لي يشوفني يعلق عليه'، مما يدل على أن صورة الجسم تحتل مساحة مهمة في تفكيره. كما ظهر ذلك أيضا من خلال الرسم الذي طلب منه إنجازه، حيث ركز على منطقة الظهر بشكل واضح وهو ما يعكس درجة الوعي والانشغال بالاعوجاج الجسدي.

كما بينت المقابلات أن الحالة تحمل أفكارا سلبية مرتبطة بنظرة الآخرين، إذ كان يعتقد أنهم يلاحظون اختلافه الجسدي ويركزون عليه أثناء اللعب أو التفاعل الاجتماعي وقال: 'زملائي يضحكو عليا ويميزوني'. وقد أدى ذلك إلى ظهور بعض السلوكيات التجنبية مثل التردد في اللعب الجماعي أو الشعور بعدم الارتياح وسط أقرانه. ويبدو أن هذه الأفكار كانت مرتبطة بقلق اجتماعي ناتج عن الخوف من التقييم السلبي أو السخرية. خلال الجلسات الأولى واجه صعوبة في التمييز بين أفكاره ومشاعره وسلوكياته، وهو ما يتناسب مع مرحلته العمرية، إلا أنه مع استخدام الوسائل البصرية والشرح المبسط بدأ يدرك العلاقة بين ما يفكر فيه وما يشعر به وكيف يتصرف بناء على ذلك. فعندما يفكر أنه 'مختلف عن الآخرين' يشعر بالحزن والقلق، ثم يتجنب بعض المواقف الاجتماعية.

كما أظهرت الحالة وجود حوار داخلي سلبي يتمثل في أفكار مثل: 'أنا غريب ومانيش طبيعي' و'الناس يضحكو عليا دائما، حتى لو كان ماشفتهمش بصح علابالي بلي يضحكو عليا بيناتهم'، وهي أفكار أثرت على ثقته بنفسه وتقديره لذاته. لكن مع تطبيق تقنيات إعادة البناء المعرفي والتعبير الانفعالي، بدأ الطفل تدريجيا يشكك في هذه الأفكار ويعتبر أن بعضها قد يكون مبالغاً فيه وليس حقيقة مؤكدة.

وصرح الحالة ان موعد علاجه كان في سنة 2031 ولكن لحسن الحظ تم تسبيق موعد العملية حيث صرح قائلاً: 'لو كان قعدت حتى ل سنة 2031 كون راني مت'، وذلك نظرا لدرجة الاعوجاج وتطورها بمرور الوقت. قال ايضا انه قام بعملية في 2021 في تركيا حيث قامت جمعية خيرية بجمع التبرعات له وكان يجب ان يرجع لتركيا بعد 6 اشهر للفحص ولكن نظرا لوضعهم الاقتصادي المتدهور لم يستطع ذلك، وهذا منعه من ان ينقذ سنين من العلاج وهذا يبين لنا ان الوضع الاقتصادي للعائلة متدهور. قال ايضا انه يسكن في منطقة نائية

وكان يقطع مسافة طويلة للذهاب الى المدرسة مشيا على الاقدام وهذا ما اثر أيضا على وضعه الصحي اكثر وقال: 'لوكان جينا لابس بينا او على الاقل عندنا سيارة ماكنتش لراح نوصل لهاذ الدرجة من المرض وجسمي ماكانش راح يتعوج بزاف'.

4.1.1. ملخص المقابلات:

بعد اجراء المقابلات والتعرف على الحالة (م) اتضح ان الحالة تعاني من اضطراب صورة الجسم بمستوى مرتفع، وافكار سلبية مرتبطة بنظرة الآخرين لها وحوار داخلي سلبي مع ظهور انسحاب اجتماعي وتجنب للمواقف الاجتماعية.

تم خلال الجلسات الأولى العمل على بناء العلاقة العلاجية مع الحالة في جو مريح وودي بهدف تخفيف القلق وتعزيز الشعور بالأمان داخل الجلسات، حيث تم استعمال أسلوب مبسط يتناسب مع عمر الطفل، مع تشجيعه على التعبير عن نفسه بحرية. وقد تم الاعتماد على أسئلة مفتوحة بسيطة حول نظرتة لجسمه والأشياء التي تزعجه، إضافة إلى استخدام الرسم كوسيلة تعبيرية ساعدته على الحديث عن تركيزه على شكل الظهر والانزعاج المرتبط به. كما تم تطبيق الإصغاء الفعال دون الضغط عليه مما ساعد تدريجيا على تشكل العلاقة العلاجية وظهور استعداد أفضل للتفاعل.

كما تم خلال الجلسات تقديم تثقيف نفسي مبسط حول مرض السكوليوز ومفهوم صورة الجسم من خلال شرح طبيعة الاعوجاج وتأثيره على إدراك الطفل لجسده مع تصحيح بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمرض. وتم كذلك تقديم النموذج المعرفي السلوكي (فكرة-شعور-سلوك) باستعمال الرسومات والوسائل البصرية، حيث تم ربط أفكار الطفل بمشاعره وسلوكياته اليومية، مثل شعوره بالحزن وتجنب اللعب عندما يرى نفسه مختلفاً عن الآخرين. وقد ساعد التكرار والشرح التفاعلي على تنمية قدرته الأولية على فهم العلاقة بين أفكاره وانفعالاته وسلوكياته.

وفي إطار العمل على الجانب المعرفي والانفعالي تمت مساعدة الحالة على التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم من خلال بطاقات تضمنت عبارات مثل: "أنا غريب" أو "الآخرون يضحكون علي"، حيث عبر الطفل عن شعوره بالاختلاف مقارنة ببقية الأطفال خاصة في مواقف مثل النظر إلى المرأة أو وجوده في المدرسة. كما تم شرح مفهوم التوتر والانفعال وربطه بالمواقف اليومية التي يعيشها، إلى جانب تدريبه على تقنية التنفس العميق وتنفيذها داخل الجلسة بهدف تنظيم الانفعال والتخفيف من القلق، خاصة عندما عبر عن خوفه بقوله: 'إذا ما تعالجتش نموت'. كما تم تطبيق تقنية التعرض التدريجي وإعادة البناء المعرفي من خلال لعب الأدوار، حيث لعبت الحالة دور الممثل الرئيسي بهدف تعزيز الثقة بالنفس والتفاعل الاجتماعي. وقد تم

طرح أسئلة سلبية مرتبطة بصورة الجسم والمرض، بينما حاولت الحالة الرد بطريقة أكثر ثقة وإيجابية مثل قوله: 'أنا جسمي مميز وهذا ما ينقص مني والو'، و'أنا هنا غير فترة قصيرة باش نتعالج'. كما تم تكليف الحالة بواجب منزلي تمثل في محاولة النظر إلى نفسه في المرآة لفترة قصيرة والتخيل بأنه موجود في مواقف اجتماعية دون تجنب، مع ملاحظة مشاعره أثناء ذلك.

وفي إطار التعبير الانفعالي، تم استخدام تقنية الكرسي الفارغ باستعمال كرسيين يرمزان للأفكار السلبية والإيجابية، بهدف مساعدة الحالة على التعبير عن أفكاره وإعادة بنائها معرفياً. وقد عبر عن بعض الأفكار السلبية مثل: 'ما نقدرش ننجح هاد العام' و'ما نقدرش ندير حتى حاجة لأنني مريض'، ثم تمت مساعدته على استبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية مثل: 'نقدر ننجح ونكون متفوق' و'هذه مرحلة علاج فقط ونقدر نكمل حياتي'. كما ظهر على الطفل حزن خفيف أثناء التعبير، إلا أنه بدا أكثر ارتياحاً بعد الجلسة وبدأ يستعمل عبارات أقل سلبية تجاه نفسه. وتم تكليفه بواجب منزلي يتمثل في تسجيل الأفكار التي تخطر على باله يومياً. كما تم خلال الجلسات اللاحقة العمل على تقبل الجزء المتأثر من الجسم من خلال مناقشة أفكاره ومشاعره حول المستقبل والنجاح، حيث تم تطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي بهدف استبدال الأفكار السلبية بأفكار أكثر إيجابية وواقعية. فقد صرحت الحالة في البداية بأنه لا يستطيع أن يكون ناجحاً في المستقبل، ثم تمكن بعد المناقشة من استبدال هذه الفكرة بقوله: 'راح نريح ونولي خير من قبل وننجح ونعاون عائلتي'. وقد ساعد ذلك في تخفيف التفكير السلبي وتعزيز تقبله لمرحلة العلاج الحالية.

كما تم توجيه الطفل للتركيز على قدرات جسمه ووظائفه بدل التركيز فقط على شكله الخارجي، من خلال أنشطة تعتمد على الكتابة والرسم حول الأشياء التي يستطيع القيام بها، بالإضافة إلى تدريبه على ذكر صفات إيجابية عن نفسه بشكل يومي. وقد ساهمت إعادة البناء المعرفي والتعزيز الإيجابي في تحسين صورة الذات، حيث بدأ الطفل يتحدث عن قدراته في اللعب والدراسة بدل التركيز المستمر على مظهره، كما بدا أكثر ارتياحاً وثقة مقارنة ببداية التكفل.

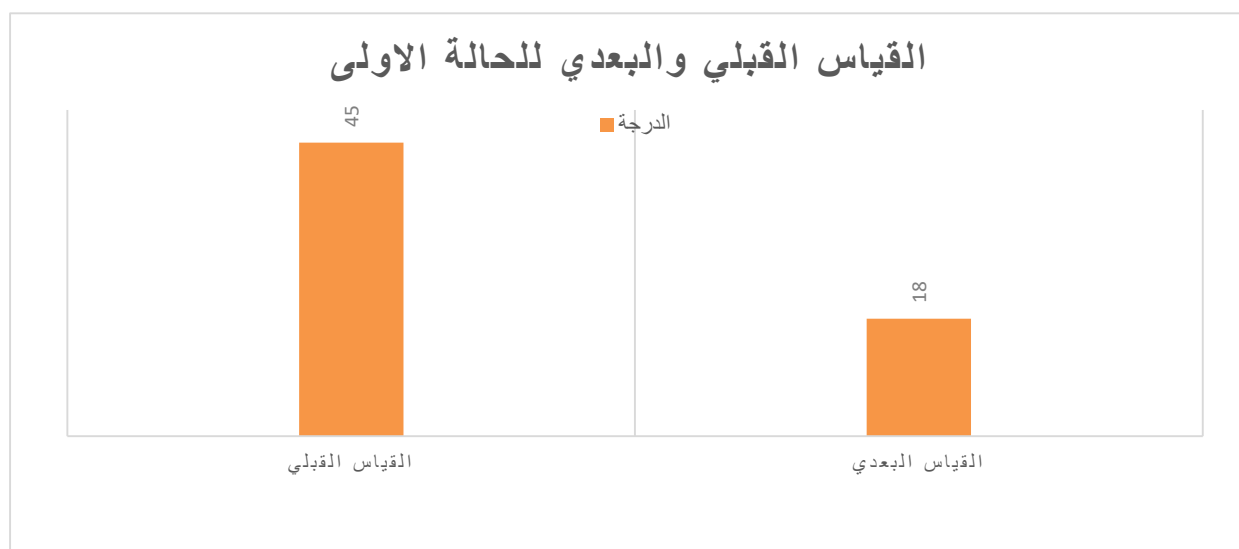
وخلال الجلسات الأخيرة تم تدريب الحالة على مواجهة بعض المواقف الاجتماعية من خلال لعب الأدوار وتمثيل مواقف واقعية، مع تعليمه كيفية الرد على الأسئلة أو التعليقات السلبية بثقة أكبر. كما تمت مراجعة التقنيات والمهارات التي تعلمها سابقاً، خاصة ما يتعلق بالتعامل مع الأفكار التلقائية السلبية، باستعمال بطاقات ورسومات تساعد على التمييز بين الفكرة الواقعية والفكرة المبالغ فيها. وتم كذلك تدريبه على الحديث الذاتي الإيجابي من خلال تكرار عبارات مثل: 'أستطيع أن ألعب مثل الآخرين' وليس 'كل الناس يركزون على ظهري'، مع دمج

هذه العبارات داخل مواقف تمثيلية. كما تم التطرق إلى أفكار الانتكاس بطريقة مبسطة وتدريبه على استعمال المهارات المكتسبة مثل التنفس والتفكير الواقعي عند الشعور بالخوف أو القلق. وفي نهاية البرنامج العلاجي تم إجراء التقييم البعدي ومقارنة نتائجه بالقياس القبلي، حيث أظهرت النتائج تحسنا واضحا في مستوى إدراك صورة الجسم وانخفاضا في القلق المرتبط بها. كما تمت مراجعة المهارات المكتسبة خلال الجلسات مثل التنفس ومواجهة الأفكار السلبية، ومحاولة اللعب والتفاعل مع الآخرين، إضافة إلى العمل على منع الانتكاس. وقد أظهرت الحالة تحسنا واضحا في مستوى التفاعل الاجتماعي وانخفاضا في سلوك التجنب والقلق المرتبط بصورة الجسم، كما بدا أكثر عفوية وثقة بالنفس وقدرة على استخدام المهارات المكتسبة بشكل تلقائي نسبيا.

5.2.1. نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة:

الجدول (5): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى(م)

القياس القبلي	القياس البعدي
45 درجة	18 درجة



الشكل (1): يوضح القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى

يظهر من خلال الجدول (5) والشكل (1) ان الحالة (م) تعاني من اضطراب الصورة الجسمية الجسمية، حيث تحصلت على (45) درجة وهو ما يصنف ضمن الدرجة المرتفعة وفقا لمعايير المقياس. يتضح من توزيع اجابات

المقياس ان معظمها تركز في الخانات المتعلقة بالنظرة السلبية لشكل جسمه، ونظرة الاخرين له، الشعور بالاحراج والقلق من مظهر جسده، العزلة الاجتماعية، وعدم الرضا عن جسمه.

هذا التوجه العام في الجابات يعكس بنية ادراكية متشائمة تعزز من حالة عدم الرضى عن الجسم، وتظهر فقدان الحالة للتقبل والتفاعل الاجتماعي والنجاح الدراسي والصراعات المتعلقة بشكل الجسم والافكار السلبية والاندماج الاجتماعي. وعليه فان هذه المعطيات تؤسس لحاجة ماسة الى تدخل نفسي يعيد تحسيت ادراك الصورة الجسمية ويقلل من حدة القلق والافكار السلبية المتعلقة بها.

بينما اظهرت نتائج القياس البعدي حدوث تحسن ملحوظ في مستوى اضطراب صورة الجسم لدى الحالة (م) حيث انخفضت الدرجة من (45 مرتفع) الى (18 منخفض) وهو ما يعكس استجابة ايجابية للتدخل العلاجي المعتمد. هذا التحول يشير الى تغير في نمط تفكيره وتحسن في ادراكه لصورة جسمه، بحيث اصبح جسمه لا يشكل له عقدة وتطورت قدراته في التمييز بين الافكار السلبية التي كانت تراوده ومدى صحتها مع تطور ملحوظ في التفاعل الاجتماعي دون التجنب مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي لتحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب المصاب بالجنف.

2.1. عرض نتائج الحالة الثانية:

1.2.1. البيانات الاولية للحالة:

- الاسم: ش
- العمر: 16 سنة
- المستوى الدراسي: السنة اولى ثانوي
- رتبة الاخوة: متوسطة
- عدد الاخوة: خمس اخوة
- الولاية: تسميلت
- حالة الوالدين: متزوجين
- سبب الدخول: عملية تصحيح العمود الفقري
- تاريخ المرض: تم اكتشاف المرض منذ السنة الاولى من عمرها
- المظهر والسلوك العام:
- اللباس: مرتب

- بنية الجسم: متوسطة وطويلة القامة

- النشاط الحركي: نشطة

- التواصل البصري: جيد

كلام المريض:

- سرعة الكلام: سريع

- كمية الكلام: متوسطة

- نبرة الصوت: منخفضة

- وضوح الكلام: واضح

- المزاج: متقلب

- مضمون الأفكار: تعاني من أفكار سلبية حول جسمها وتفكير في أشياء خصوصية.

- الإدراك والوعي: الوعي سليم

- الانتباه والتركيز: جيد

2.2.1. سير المقابلات مع الحالة

تم اعتماد سلسلة من المقابلات العيادية المنظمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي، بهدف تتبع تطور الحالة

الثانية وقد تم توثيق هذه المقابلات في الجدول الموالي:

الجدول(6): يوضح سير المقابلات مع الحالة الثانية

الرقم	التاريخ	المكان	المدة	الهدف
01	30-03-2026	غرفة المريض	50 دقيقة	تم خلال هذه المقابلة استقبال الحالة في جو مريح وهادئ بهدف التقليل من التوتر والقلق المرتبط بالمقابلة النفسية، والعمل على بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والأمان. وقد تم الاعتماد على الإصغاء الفعال والملاحظة العيادية، مع طرح أسئلة مفتوحة وبسيطة ساعدت الحالة على التعبير التدريجي عن أفكارها ومشاعرها المرتبطة بمرض السكوليوز وصورة الجسم. كما تم تشجيعها على الحديث عن

				الأشياء التي تزعجها في شكل جسمها وعن المواقف التي تشعر فيها بعدم الارتياح. وفي نهاية الجلسة تم تكليف الحالة بواجب منزلي يتمثل في محاولة ملاحظة الأفكار والمشاعر التي تراودها عندما تنظر إلى نفسها أو تتواجد مع الآخرين، بهدف مساعدتها على زيادة الوعي بمشكلاتها النفسية.
02	-04-02-2026	غرفة المريض	60 دقيقة	تم في هذه المقابلة تقديم تثقيف نفسي مبسط للحالة حول مرض السكوليز ومفهوم صورة الجسم، مع شرح تأثير الأفكار السلبية على المشاعر والسلوك بطريقة تتناسب مع عمرها ومستوى فهمها. وقد تم استعمال الشرح التفاعلي والمناقشة العلاجية، إضافة إلى توظيف النموذج المعرفي السلوكي (فكرة-شعور-سلوك) لمساعدتها على فهم العلاقة بين طريقة تفكيرها والمشاعر التي تعيشها والسلوكيات التي تقوم بها. كما تم تصحيح بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمرض ومحاولة طمأننتها بخصوص العلاج. وفي نهاية الجلسة تم إعطاؤها واجبا منزليا يتمثل في تسجيل موقف يومي شعرت فيه بالانزعاج مع محاولة تحديد الفكرة التي خطرت ببالها والمشاعر التي شعرت بها.
03	-04-05-2026	غرفة المريض	45 دقيقة	تم خلال هذه المقابلة العمل على مساعدة الحالة في التعرف على الأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بصورة الجسم والخوف من نظرة الآخرين، مع محاولة التخفيف من حدة القلق والانفعال المرتبطين بالمرض. ولهذا تم استعمال تقنية التعرف على الأفكار التلقائية

				وإعادة البناء المعرفي، كما تم تدريبها على تمارين التنفس العميق وتنظيم الانفعال بهدف مساعدتها على التحكم في التوتر والقلق، وقد تم ربط الأفكار السلبية بالمواقف اليومية التي تعيشها، خاصة تلك المتعلقة بالمرأة أو التواجد مع الآخرين. وفي نهاية الجلسة طلب منها تطبيق تمرين التنفس مرتين يوميا، مع محاولة كتابة الأفكار السلبية التي تتكرر لديها في المواقف المزعجة.
04	-04-07 2026	غرفة المريض	55 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة تطبيق تقنية التعرض بالتخيل وإعادة البناء المعرفي، نظرا لتواجد الحالة داخل المستشفى وعدم إمكانية تطبيق التعرض الواقعي. حيث طُلب منها تخيل نفسها داخل مواقف اجتماعية كانت تتجنبها مثل العودة إلى الجامعة أو الجلوس مع مجموعة من الفتيات، ثم مناقشة الأفكار والمشاعر المرتبطة بهذه المواقف، كما تم استعمال لعب الأدوار لتدريبها على الرد على التعليقات أو الأفكار السلبية بثقة أكبر. وقد ساعدت هذه التقنيات في تعزيز الثقة بالنفس والتقليل من حدة الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم، وفي نهاية الجلسة تم توجيهها إلى واجب منزلي يتمثل في تخيل نفسها داخل مواقف اجتماعية يوميا مع محاولة استعمال تمارين التنفس عند الشعور بالقلق.
05	-04-09 2026	غرفة المريض	55 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة العمل على مساعدة الحالة في التعبير عن مشاعرها المرتبطة بصورة الجسم والمستقبل من خلال استعمال تقنية الكرسي الفارغ

				بهدف مساعدتها على التعبير عن أفكارها السلبية وإعادة بنائها معرفيًا. حيث عبرت عن أفكار مرتبطة بشعورها بالنقص والخوف من نظرة الآخرين، إضافة إلى حزنها بسبب توقفها عن الدراسة الجامعية. كما تم مساعدتها على استبدال هذه الأفكار بأفكار أكثر واقعية وإيجابية باستعمال إعادة البناء المعرفي والتدعيم النفسي، وقد أظهرت الحالة تأثرا انفعاليا أثناء الجلسة ثم شعرت بنوع من الارتياح بعد التعبير عن مشاعرها. وفي نهاية الجلسة تم توجيهها إلى كتابة الأفكار السلبية التي تراودها يوميًا ومحاولة استبدالها بأفكار أكثر إيجابية.
06	11-04-2026	غرفة المريض	45 دقيقة	تم في هذه الجلسة العمل على مساعدة الحالة على تقبل الجزء المتأثر من جسمها من خلال مناقشة أفكارها ومشاعرها المرتبطة بشكل الظهر والمستقبل. وقد تم استعمال إعادة البناء المعرفي لمساعدتها على مناقشة أفكارها السلبية المتعلقة بعدم النجاح أو الشعور بالنقص، ثم تشجيعها على استبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية. كما تمت مراجعة الواجب المنزلي ومناقشة الأفكار التي قامت بتسجيلها، مع تعميق الحوار حول الصفات الإيجابية التي تمتلكها وقدرتها على النجاح رغم المرض.
07	14-04-2026	مكتب طبيب المصلحة	55 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة توجيه الحالة للتركيز على قدرات جسمها ووظائفه بدل التركيز المفرط على المظهر الخارجي، من خلال تطبيق تقنية تحويل الانتباه من الشكل إلى الوظيفة، إضافة إلى إعادة البناء المعرفي

				لتقليل الانشغال بصورة الجسم. كما تم تشجيعها على الحديث عن الأشياء التي تستطيع القيام بها رغم المرض مثل الدراسة ومساعدة عائلتها وطموحاتها المستقبلية. وفي نهاية الجلسة تم تقديم تمرين يومي يتمثل في كتابة ثلاث أشياء تستطيع القيام بها وصفتين إيجابيتين في شخصيتها بهدف تعزيز صورة الذات والثقة بالنفس.
08	17-04-2026	غرفة المريض	45 دقيقة	ركزت هذه الجلسة على تدريب الحالة على مواجهة المواقف الاجتماعية التي كانت تتجنبها بسبب الخوف من نظرة الآخرين مع استعمال التعرض بالتخيل نظرا لتواجدها بالمستشفى، حيث طلب منها تخيل نفسها داخل مواقف اجتماعية مختلفة مثل العودة إلى الجامعة أو التحدث مع زميلاتها دون محاولة إخفاء نفسها. كما تم استعمال لعب الأدوار وتمارين التنفس العميق وتنظيم الانفعال لمساعدتها على خفض مستوى القلق أثناء التخيل، إضافة إلى تدريبها على كيفية الرد على الأفكار أو التعليقات السلبية بثقة أكبر. وفي نهاية الجلسة تم تكليفها بممارسة تمارين التنفس ثلاث مرات يوميا مع تسجيل درجة الشعور بالراحة بعد كل تمرين.
09	20-04-2026	غرفة المريض	50 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة مراجعة ما تم تعلمه سابقا خاصة فيما يتعلق بالتعامل مع الأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بصورة الجسم. كما تم تطبيق إعادة البناء المعرفي بطريقة مبسطة من خلال مناقشة بعض الأفكار التي كانت تراودها مثل اعتقادها بأن

				الجميع يركز على شكل ظهرها. بالإضافة إلى ذلك تم تدريبها على الحديث الذاتي الإيجابي واستعمال عبارات أكثر واقعية أثناء المواقف التي تشعر فيها بالقلق. كما تم التطرق إلى كيفية التعامل مع الانتكاس والعودة المحتملة للأفكار السلبية، مع تشجيعها على استعمال المهارات المكتسبة مثل التنفس والتفكير الواقعي وعدم تضخيم نظرة الآخرين، وقد أظهرت الحالة تحسنا واضحا في قدرتها على التعبير عن أفكارها ومناقشتها بطريقة أكثر هدوءاً وواقعية.
10	23-04-2026	غرفة المريض	60 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة إجراء التقييم البعدي للحالة بهدف مقارنة النتائج بالقياس القبلي وتحديد مدى التحسن الذي حدث بعد تطبيق البرنامج العلاجي. كما تمت مراجعة المهارات التي تعلمتها خلال الجلسات السابقة، مثل التنفس العميق، ومواجهة الأفكار السلبية، واستعمال التفكير الواقعي بدل تضخيم نظرة الآخرين. إضافة إلى ذلك، تم العمل على منع الانتكاس من خلال مناقشة كيفية التعامل مع القلق أو عودة الأفكار السلبية مستقبلاً. كما تم وضع خطة بسيطة للاستمرار بعد انتهاء الجلسات تتضمن استعمال التقنيات المكتسبة والتركيز على الجوانب الإيجابية في شخصيتها وقدراتها. وفي نهاية الجلسة تم تقديم تغذية راجعة إيجابية للحالة وتشجيعها على مواصلة استعمال المهارات العلاجية التي تعلمتها خلال البرنامج العلاجي.

3.2.1. تحليل المقابلات:

من خلال الملاحظة العيادية والمقابلات الموجهة والنصف موجهة التي أجريت مع الحالة (ش) البالغة من العمر (16) سنة التي بدأت معاناتها مع المرض منذ السنوات الأولى من الطفولة المبكرة، تم التوصل إلى فهم شامل للحالة من مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية.

في بداية التكفل ظهرت على الحالة علامات ضيق نفسي واضحة، حيث عبرت عن شعور قوي بالملل والإنهاك هذا ما يفسر أنه بسبب الإقامة الطويلة في المستشفى في انتظار إجراء عملية تصحيح العمود الفقري، كما أبدت رفضاً واضحاً لمرضها (الجنف) خاصة وأنه رافقها منذ الطفولة المبكرة (تم اكتشافه في سن سنة واحدة)، واستمر مسارها العلاجي لسنوات طويلة ما أدى إلى تراكم مشاعر سلبية تجاه جسدها ووضعها الصحي قائلة: (من صغري وأنا نتعالج كرهت). وعلى المستوى الانفعالي صرحت الحالة بمشاعر متناقضة تجاه أخيها، حيث عبرت عن حبها له، لكنها في الوقت ذاته غير قادرة على مسامحته بسبب قراره منعها من مواصلة دراستها الجامعية نتيجة سوء فهم قائلة (خوياً نبغيه ولكن منقدرش نسامحه على الشئ لي دارهلي)، وهو ما شكل لديها شعوراً بالظلم والإحباط وفقدان السيطرة على مسار حياتها. كما كشفت عن نمط أسري يتسم باخ متسلط ومهيمن مقابل الأم تخضع لقراراته، مما يعكس دينامية أسرية غير متوازنة أثرت سلباً على استقلالية الحالة ودعمها النفسي. أما فيما يتعلق بصورة الجسم فقد أظهرت الحالة اضطراباً واضحاً في إدراكها الجسدي، حيث عبرت عن عدم رضاها عن شكل ظهرها وكتفيها بسبب الاعوجاج، وقد تسبب ذلك سلوكياً في تجنب ارتداء الملابس المكشوفة (خاصة الفساتين التي تظهر الكتفين والظهر) قالت لي: (في حياتي مقدرتش نلبس واش كنت حابة في الاعراس)، والحرص على ارتداء ملابس فضفاضة لإخفاء العيب الجسدي، إضافة إلى تجنب النظر إلى المرأة، واعتماد سلوكيات مثل إبقاء الشعر منسدلاً على الكتفين بشكل دائم لإخفاء التشوه.

كل هذه السلوكيات تشير إلى وجود قلق اجتماعي مرتبط بصورة الجسم وخوف من تقييم الآخرين، كما لوحظ وجود انسحاب من الأنشطة الاجتماعية وانخفاض في تقدير الذات خاصة بعد حرمانها من الدراسة، وهو ما عزز لديها الإحساس بفقدان الفرص والتراجع الشخصي مقارنة بأقرانها.

4.2.1. ملخص المقابلات:

بعد إجراء المقابلات الأولية والتعرف على الحالة (ش) اتضح أن الحالة تعاني من اضطراب صورة الجسم بمستوى مرتفع وافكار سلبية مرتبطة بنظرة الآخرين له وحوار داخلي سلبي مع ظهور مشاعر متناقضة بين الحب والكراهية تكنها ل أخيها، وانسحاب اجتماعي وتجنب للمواقف الاجتماعية.

تم خلال المقابلات العلاجية اعتماد مقارنة معرفية سلوكية منظمة وممتدة عبر عدة جلسات استهدفت معالجة اضطراب صورة الجسم المرتبط بالجنف، مع التركيز على الأفكار التلقائية السلبية والقلق الاجتماعي، وسلوكيات التجنب، إضافة إلى تعزيز التقبل الذاتي وإعادة بناء التقييم المعرفي للذات.

في البداية تم استقبال الحالة في إطار علاجي هادئ يهدف إلى خفض التوتر وبناء علاقة علاجية آمنة، مع تقديم التنقيف النفسي حول العلاج المعرفي السلوكي ومبادئه الأساسية، مع توضيح السرية ودور المريضة الفعال في العملية العلاجية. خلال هذه المرحلة تم استخدام الإصغاء الفعال والأسئلة المفتوحة لجمع المعطيات الأولية حول صورة الجسم وتأثير الجنف على الجانب النفسي والاجتماعي، وقد ظهرت الحالة في البداية بتردد وانسحاب تواصل قبل أن يتحسن تدريجياً مستوى الانخراط وبناء الثقة.

لاحقاً تم الانتقال إلى التنقيف النفسي حول العلاقة بين الفكرة والشعور والسلوك، حيث تم تحليل مواقف واقعية من تجربة الحالة وقد عبرت المريضة في هذا السياق عن الفكرة التالية: «عندما أرى نفسي في المرأة أشعر أنني قبيحة»، وتم تفكيكها معرفياً لتوضيح ارتباطها بمشاعر الحزن والخجل وسلوكيات التجنب، مما ساعدها على إدراك أن أفكارها ليست حقائق مطلقة بل تفسيرات ذهنية قابلة للمراجعة.

بعد ذلك تم العمل على تحديد الأفكار التلقائية السلبية المرتبطة بصورة الجسد، حيث صرحت المريضة: 'ظهري مشوه ولن يتقبلني أحد'، وتمت مناقشة هذه الفكرة عبر أسئلة إعادة البناء المعرفي من قبيل: 'ما الدليل على ذلك؟ هل حدث أن رفضك الجميع؟'، هل توجد تفسيرات أخرى؟'، مما أدى إلى بداية تراجع حدة اليقين السلبي لديها. كما تم إدخال تقنية التنفس العميق كاستراتيجية لتنظيم القلق.

في مرحلة لاحقة تم التركيز على أفكار التقييم الاجتماعي، حيث صرحت المريضة: 'أکید أي واحد يشوف ظهري راح يركز غير على الاعوجاج'، وتم العمل على التعرض التخيلي تدريجياً، مع واجب منزلي يتمثل في تخيل موقف اجتماعي (عرس ابنة عمها) مع لبس الفستان دون محاولة إخفاء الاعوجاج.

كما تم استخدام تقنية الكرسيين لاستكشاف الحوار الداخلي، حيث عبرت المريضة عن موقع الذات قائلة: 'أنا تعبت من هاد المرض من لي كنت صغيرة وأنا نتعالج'، 'كل البنات يلبسو عادي وأنا لازم نخبي ظهري'، 'أنا نكره نشوف روعي في المراية نحس روعي ناقصة.'، ثم من موقع الصوت الناقد قالت: 'أنت مختلفة الناس يلاحظوا ظهرك'، 'لازم تخبي نفسك باش ما يضحكوش عليا'، وبعد إعادة توجيهه إلى الكرسي الأصلي ظهرت استجابات أكثر واقعية مثل: 'أنا ما اخترتش المرض'، 'حتى لو عندي اعوجاج هذا ما يعينش أني إنسانة ناقصة'، 'أنا تعبت بزاف وصبرت يمكن نقدر نتقبل نفسي شوي بشوي'.

في جلسات لاحقة تم العمل على إعادة بناء مفهوم الذات، حيث تم التركيز على تقبل الجزء المتأثر بالجنف، وتوسيع إدراك القيمة الذاتية بعيدا عن الشكل الخارجي، أين صرحت المريضة قائلة: 'أنا نكره ظهري ونتمنى لو كان عادي كيما باقي البنات'، وتمت مناقشة هذه الفكرة عبر إعادة البناء المعرفي، مما أدى تدريجيا إلى ظهور جملة أكثر توازنا: 'صح ظهري ماشي كيما نحب بصح هذا ما يعنیش أني إنسانة ناقصة'.

كما تم تحويل التركيز من العيب الجسدي إلى الوظائف الجسدية، حيث صرحت: 'غير ظهري الاعوجاج اللي عندي'، ثم لاحقا بدأت تتعرف على قدراتها: 'نقدر نمشي ونقرا عادي'، 'نعاون ماما في الدار ونحب نكتب'، مع ظهور عبارات تدل على بداية التوازن المعرفي: 'صح ظهري يزعجني بصح كاين حوايج مليحة فيا ثاني'.

وفي سياق التعرض التخيلي المتكرر، تم استحضار مواقف العودة إلى الجامعة بعد العملية، حيث ظهرت استجابات قلقية مثل: 'نحس روحي خايفة'، 'نتخيل بلي البنات يشوفو فيا ويحكيو علي'، ثم لاحقا بدأت إعادة التقييم المعرفي تدريجيا: 'يمكن ماشي كامل الناس راح يركزو علي'، 'حتى إذا شافو ظهري هذا ما يعنیش بلي راح يسخروا مني'، مع تحسن القدرة على استخدام التنفس العميق واستراتيجيات المواجهة.

كما تم في الجلسات اللاحقة تعزيز المهارات المكتسبة، حيث صرحت: 'نحاول نحبس التفكير شوية... ونتنفس كيما علمتيني'، مع انخفاض تدريجي في التجنب وزيادة في القدرة على تحمل القلق أثناء التخيل، وصولا إلى استنتاجها: 'يمكن أنا نعطي للموضوع أكبر من حجمو'.

وبعد تطبيق القياس البعدي على الحالة باستعمال نفس استبيان إدراك صورة الجسم الذي تم تطبيقه في بداية التكفل، وذلك كان بهدف مقارنة النتائج القبلية والبعدية ومعرفة مدى التغير الذي حدث خلال الجلسات العلاجية. بعد الانتهاء من تطبيق القياس البعدي تم اجراء مقارنة مبدئية بين إجاباتها الحالية وإجاباتها في بداية التكفل، أين لوحظ وجود انخفاض نسبي في حدة الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم، مع تحسن في طريقة تعبيرها عن نفسها وقدرتها على مناقشة مخاوفها بشكل أكثر هدوءا وواقعية. كما بدا أن الحالة أصبحت أكثر وعيا بالعلاقة بين أفكارها ومشاعرها وسلوكها خاصة فيما يتعلق بتجنب المرأة وإخفاء الظهر، والخوف من نظرة الآخرين. وقد ظهر ذلك من خلال قولها: 'يمكن كنت نعطي للموضوع أكبر من حجمو' بعدها تحدثنا قليلا عن المستقبل وما الذي تتمناه بعد العملية، فقالت: 'نتمنى نرجع نقرا'، وعندما تم التكلم عن الدراسة بدا عليها التأثير، ثم قالت: 'مازال ما قدرتش نسامح خويا'، هنا تم محاولة التخفيف عنها والتوضيح لها أن مشاعر الغضب التي تحملها مفهومة بسبب ما مرت به، لكن من المهم ألا تبقى هذه المشاعر تستهلكها نفسيا طوال الوقت. وفي نهاية الجلسة تم سؤالها كيف تصف نفسها الآن مقارنة ببداية العلاج فقالت: 'يمكن وليت أهدأ شوية'، ثم تم شكرها على تعاونها طوال الجلسات، وأوضحت لها أن التحسن الذي وصلت إليه كان نتيجة صبرها ومحاولاتها المستمرة

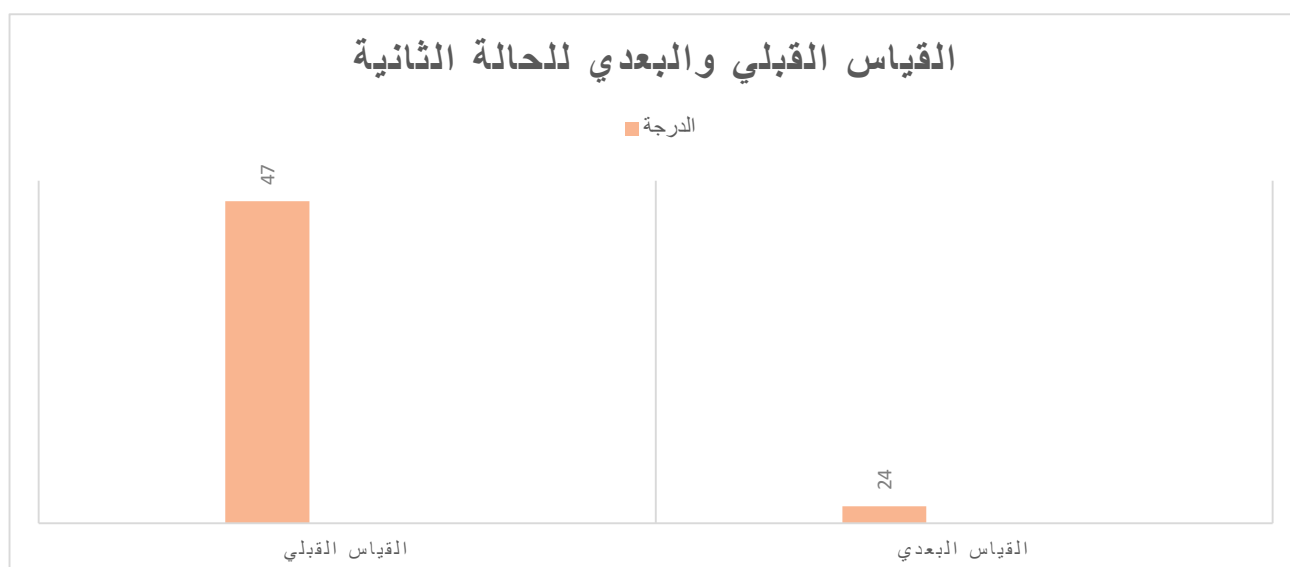
رغم التعب والظروف التي كانت تعيشها داخل المستشفى. وفي نهاية الجلسة تمت ملاحظة أن الحالة أصبحت أكثر قدرة على التعبير عن مشاعرها بطريقة هادئة، كما بدا عليها نوع من الوعي بأفكارها السلبية وكيفية التعامل معها بدل الاستسلام لها كما كان في بداية التكفل.

بشكل عام أظهرت المقابلات العلاجية تطورا تدريجيا يتمثل في انخفاض مستوى القلق المرتبط بصورة الجسم، تحسن المرونة المعرفية تراجع سلوكيات التجنب، وزيادة القدرة على استخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي، التنفس العميق، والتعرض التخيلي بشكل أكثر فاعلية، مع بقاء بعض المخاوف الاجتماعية بدرجة أقل حدة وأكثر قابلية للتنظيم مقارنة بالبداية.

5.2.1. نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة:

الجدول (7): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية(ش)

القياس القبلي	القياس البعدي
47 درجة	24 درجة



الشكل (2): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية

يظهر من خلال الجدول (7) والشكل (2) ان الحالة(ش) تعاني من اضطراب الصورة الجسمية الجسمية، حيث تحصلت في القياس القبلي على(47) درجة وهو ما يصنف ضمن الدرجة المرتفعة وفقا لمعايير المقياس. اذ يتضح من توزيع اجابات المقياس ان معظمها تركز في الخانات المتعلقة بالنظرة السلبية لشكل جسمها، ونظرة الاخرين لها، الشعور بالاحراج والقلق من مظهر جسدها، العزلة الاجتماعية وعدم الرضا عن جسمها.

هذا التوجه العام في الاجابات يعكس بنية ادراكية متشائمة تعزز من حالة عدم الرضى عن الجسم، والتي تظهر فقدان الحالة للتقبل والتفاعل الاجتماعي والنجاح الدراسي وصراعات متعلقة بشكل الجسم والافكار السلبية والاندماج الاجتماعي. وعليه فان هذه المعطيات تؤسس لحاجة ماسة الى تدخل نفسي يعيد تحسين ادراك الصورة الجسمية ويقلل من حدة القلق والافكار السلبية المتعلقة بها.

بينما أشارت نتائج القياس البعدي الى حدوث تحسن ملحوظ في مستوى اضطراب صورة الجسم لدى **الحالة (ش)** حيث انخفضت الدرجة من (47 مرتفع) الى (24 منخفض) وهو ما يعكس استجابة ايجابية للتدخل العلاجي المعتمد.

هذا التحول يشير الى تغير في نمط تفكيرها وتحسن في ادراكها لصورة جسمها، بحيث أصبح جسمها لا يشكل له عقدة وتطورت قدراته في التمييز بين الافكار السلبية التي كانت تراودها ومدى صحتها مع تطور ملحوظ في التفاعل الاجتماعي دون التجنب مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي لتحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب المصاب بالجنف.

3.1. عرض نتائج الحالة الثالثة:

1.3.1. البيانات الاولية للحالة:

- الاسم: ن
- العمر: 14
- المستوى الدراسي: السنة الثالثة متوسط (كررت السنة)
- رتبة الاخوة: الصغرى
- عدد الاخوة: 3 اخوة
- الولاية: الجلفة
- حالة الوالدين: متزوجين
- سبب الدخول: عملية تصحيح العمود الفقري
- تاريخ المرض: تم اكتشاف المرض منذ سنة الولادة
- **المظهر والسلوك العام:**
- لباس: مرتب
- بنية الجسم: رقيقة ومتوسطة القامة

- النشاط الحركي: غير نشطة

- التواصل البصري: متوسط

كلام المريض:

- سرعة الكلام: بطيئة

- كمية الكلام: قليل

- نبرة الصوت: منخفضة جدا

- وضوح الكلام: غير واضح

- المزاج: متقلب

- مضمون الأفكار: تعاني من أفكار سلبية والتفكير في أصدقائها في الحي جد متممين

- الإدراك والوعي: الوعي سليم

- الانتباه والتركيز: متوسط

2.3.1. سير المقابلات مع الحالة:

تم اعتماد سلسلة من المقابلات العيادية المنظمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي، بهدف تتبع تطور الحالة الثالثة، وقد تم توثيق هذه المقابلات في الجدول الموالي:

الجدول(8): يوضح سير المقابلات مع الحالة الثالثة

الرقم	التاريخ	المكان	المدة	الهدف
1	03/30/2026	مكتب طبيب المصلحة	30 دقيقة	تم استقبال الحالة في جو مريح وودي بهدف التقليل من القلق وبناء علاقة من الثقة، مع تقديم الطالبة لنفسها وتوضيح هدف الجلسات والتأكيد على سرية المعلومات بطريقة بسيطة تناسب عمرها. تم فتح حوار بسيط حول حياتها اليومية وعلاقتها بأسرتها حيث صرحت أنها الأصغر بين اخوتها وأن علاقتها بهم عادية. لوحظ أن كلامها كان بطيئا مع نبرة صوت منخفضة وبعض التردد لكنها بدأت تتفاعل تدريجيا مع استمرار الحديث واستعمال أسلوب

				الاصغاء الفعال دون ضغط. ونظرا لشعورها بالتعب بسبب الدواء، لم يتم التعمق كثيرا في الحوار وتم انتهاء الجلسة مع مراعاة حاجتها الصحية.
2	02/04/2026	غرفة المريض	50 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة تقديم تتقيف نفسي مبسط للحالة حول مرض السكوليز، حيث تم شرح معنى المرض بطريقة تناسب عمرها مع توضيح أنه عبارة عن انحناء في العمود الفقري ولا يعني وجود نقص في قيمتها كشخص مع طمأننتها بأن العديد من الأطفال يستطيعون التعايش معه بشكل طبيعي. كما تم التطرق الى مفهوم صورة الجسم وكيف يمكن للأفكار السلبية حول شكل الجسم أن تؤثر على المشاعر والسلوك والثقة بالنفس باستعمال أسلوب تفاعلي مبسط يناسب سنّها. تم كذلك ادخال نموذج العلاقة بين الفكرة والشعور والسلوك بطريقة سهلة وتفاعلية باستعمال الرسومات والشرح السهل مع تطبيقه على بعض المواقف اليومية التي تعيشها الحالة حتى تتمكن من فهم العلاقة بين أفكارها ومشاعرها وتصرفاتها. في البداية واجهت الحالة بعض الصعوبة في التمييز بين الفكرة والشعور، لكنها مع التوضيح والتكرار بدأت تستوعب النموذج بشكل أفضل وتشارك في التفاعل. وقد أبدت اهتماما جيدا أثناء الجلسة وظهرت لديها قدرة أولية على الربط بين أفكارها وسلوكها.
3	05/04/2026	غرفة المريض	45 دقيقة	تم خلال هذه الجلسة مساعدة الحالة على التعرف أكثر على الأفكار والمشاعر المرتبطة بالمواقف المزعجة التي تتعرض لها خاصة المرتبطة بالتمتر

ونظرة الآخرين إليها، وذلك من خلال الحوار واستعمال بطاقات تحتوي على جمل بسيطة تساعدها على التعبير عن أفكارها بطريقة سهلة ومناسبة لعمرها. كما تم تشجيعها على الحديث بحرية عن المواقف التي تشعر فيها بالازعاج مع توفير جو من الأمان والدعم النفسي حتى تتمكن من التعبير دون خوف أو تردد. تم كذلك شرح مفهوم التوتر والانفعال بطريقة مبسطة مع ربطه بالمواقف اليومية التي تعيشها الحالة وكيف يمكن أن يؤثر على مشاعرها وسلوكها. كما تم تدريبها على تقنية التنفس والاسترخاء بشكل تطبيقي داخل الجلسة لمساعدتها على تنظيم انفعالاتها والتقليل من القلق والتوتر، وقد أبدت الحالة تفاعلا جيدا أثناء الجلسة، كما تمكنت من التعبير عن مشاعرها بشكل أوضح مقارنة بالجلسات السابقة. ونظرا لخضوع الحالة لعملية جراحية في اليوم الموالي تم تطبيق القياس البعدي ولم يكن بالامكان اكمال باقي جلسات البروتوكول العلاجي.				
---	--	--	--	--

3.3.1. تحليل المقابلات:

من خلال المقابلات العيادية والجلسات العلاجية التي أجريت مع الحالة (ن) تبين أن الحالة تعاني من اضطراب في صورة الجسم مرتبط بمرض الجنف وتأثيره على شكل الظهر، حيث كانت تظهر انشغالا واضحا بمظهرها الخارجي وبمنظرة الآخرين إليها، خاصة في المواقف الاجتماعية والمدرسية. وقد بدا ذلك من خلال حديثها المتكرر عن خوفها من ملاحظات الآخرين وتعليقاتهم حول شكل ظهرها مما أثر على ثقتها بنفسها وشعورها بالراحة وسط أقرانها.

في بداية المقابلات بدت الحالة خجولة ومتريدة في الحديث، مع بطء في الكلام ونبرة صوت منخفضة، وكانت إجاباتها مختصرة نسبيا، إلا أنها بدأت تتفاعل تدريجيا مع استمرار الحوار وتوفير جو من الأمان والدعم النفسي،

وهو ما ساعد على بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة. كما صرحت بأنها الأصغر بين إختوتها وأن علاقتها بهم عادية، غير أن المرض وما يرتبط به من نظرة الآخرين كان يشكل مصدر انزعاج نفسي واضح بالنسبة لها. كما بينت الجلسات أن الحالة تحمل مجموعة من الأفكار السلبية المرتبطة بصورة جسمها، حيث كانت تعتقد أن الآخرين يركزون على شكل ظهرها ويلاحظون اختلافها الجسدي، وقد ظهر ذلك من خلال تصريحاتها مثل: "أکید راهم یضحکو علیا ویقولون ضهري معوج" و "أنا ماشي كيما باقي البنات". وقد انعكس ذلك على حالتها الانفعالية، حيث كانت تشعر بالحزن والانزعاج والعزلة، إضافة إلى ميلها لتجنب بعض المواقف الاجتماعية والخروج خوفاً من تعليقات الآخرين أو تعرضها للتنمر. فعندما تفكر أن الآخرين يسخرون منها تشعر بالحزن والقلق، ثم تميل إلى الانسحاب وتجنب التفاعل مع الأطفال.

كما أظهرت المقابلات أن الحالة تعاني من تأثيرات نفسية ناتجة عن تعرضها لبعض أشكال التنمر من طرف الأطفال في الحي، حيث صرحت بأنها تشعر بالحزن والانزعاج عندما تتعرض لتعليقات مؤذية قالت: "البنات یقولولي روحي لداركم نتي مریضة ما تلعبیش معانا" و "اكدت والدتها صحة الكلام وأنها أحياناً تتجنب الخروج أو اللعب خوفاً من نظرة الآخرين".

4.3.1. ملخص المقابلات:

بعد اجراء المقابلات الاولية والتعرف على الحالة(ن) اتضح ان الحالة تعاني من اضطراب صورة الجسم بمستوى مرتفع مع وجود أفكار سلبية حول شكل الظهر ونظرة الآخرين إليها، إضافة إلى شعور بالقلق والإحراج وميل إلى الانسحاب الاجتماعي وتجنب بعض المواقف خوفاً من التعليقات والتنمر.

تم خلال الجلسات الأولى العمل على بناء العلاقة العلاجية في جو مريح وودي مع تقديم الدعم النفسي والتأكيد على السرية واستعمال أسلوب مبسط يتناسب مع عمر الحالة. كما تم فتح حوار حول حياتها اليومية وعلاقتها بأسرتها ومشاعرها المرتبطة بالمرض، حيث بدت في البداية خجولة ومتردة مع بطء في الكلام ونبرة صوت منخفضة، لكنها بدأت تتفاعل تدريجياً مع استمرار الحوار والشعور بالأمان داخل الجلسات.

تم تقديم تثقيف نفسي مبسط حول مرض السكوليوز ومفهوم صورة الجسم من خلال شرح طبيعة المرض والتأكيد أنه لا ينقص من قيمتها كشخص، مع تصحيح بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة به. وتم كذلك تقديم نموذج العلاقة بين الفكرة والشعور والسلوك بطريقة بسيطة، حيث تم ربط أفكار الحالة بمشاعرها وتصرفاتها اليومية، خاصة في المواقف المرتبطة بنظرة الآخرين أو التعرض للتنمر.

وفي إطار العمل على الجانب المعرفي والانفعالي تم مساعدة الحالة على التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم، مثل اعتقادها أن الآخرين يركزون على شكل ظهرها أو يسخرون منها، مع تدريبها على استعمال

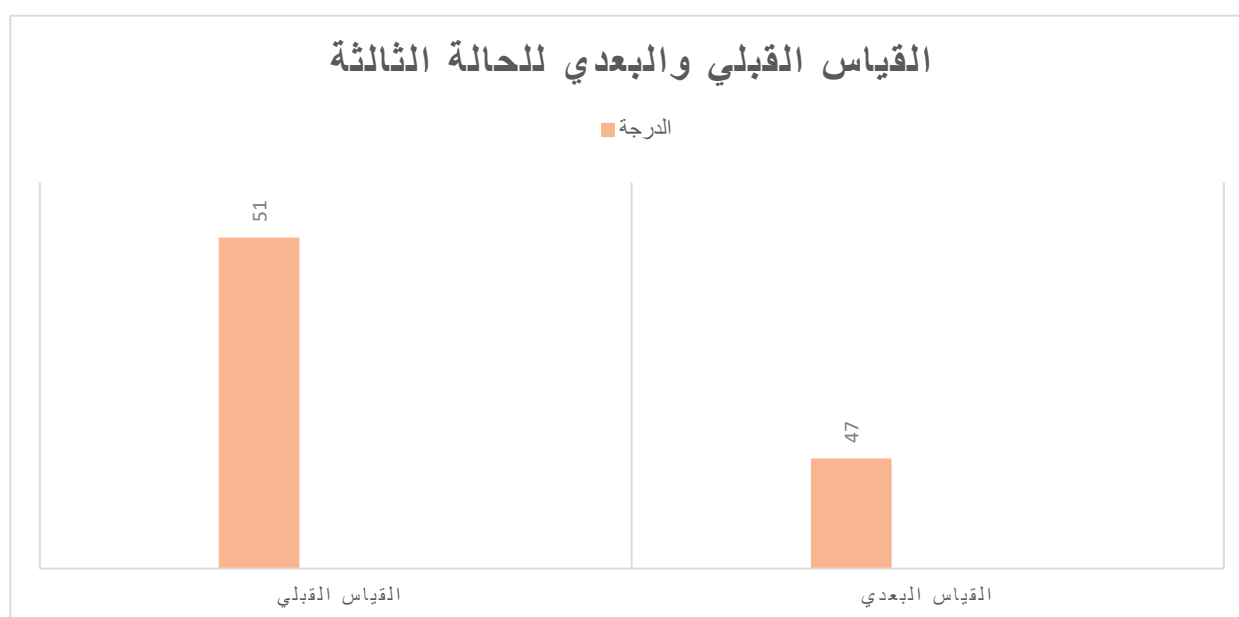
عبارات إيجابية تساعد على تهدئة نفسها وتعزيز ثقتها بذاتها مثل: "أنا عادية مثل باقي الأطفال" و"مرضي لا ينقص من قيمتي". كما تم تدريبها على بعض أساليب التعامل مع المواقف المزعجة وتقنيات التنفس البسيطة للتخفيف من القلق والاندراج.

وقد أبدت الحالة تفاعلا جيدا أثناء الجلسات، وأصبحت أكثر قدرة على التعبير عن مشاعرها وأفكارها مقارنة ببداية المقابلات. إلا أن التدخل العلاجي لم يكتمل بسبب خضوع الحالة لعملية جراحية بعد ثلاث جلسات فقط، مما اضطر إلى تطبيق القياس البعدي في وقت مبكر وعدم استكمال باقي جلسات البروتوكول العلاجي.

5.3.1. نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة:

الجدول (9): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة (ن)

القياس القبلي	القياس البعدي
51 درجة	47 درجة



الشكل (3): يوضح القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة

يظهر من خلال الجدول (9) والشكل (3) ان الحالة (ن) تعاني من اضطراب الصورة الجسمية الجسمية، حيث تحصلت في القياس القبلي على (51) درجة، وهو ما يصنف ضمن الدرجة المرتفعة وفقا لمعايير المقياس. يتضح من توزيع اجابات المقياس ان معظمها تركز في الخانات المتعلقة بالنظرة السلبية لشكل جسمها، نظرة الآخرين لها، الشعور بالاحراج والقلق من مظهر جسدها، العزلة الاجتماعية، وعدم الرضا عن جسمها.

بينما اظهرت نتائج القياس البعدي حدوث تحسن نسبي طفيف في مستوى اضطراب صورة الجسم لدى الحالة(ن) حيث انخفضت الدرجة من (51 مرتفع) الى (47 مرتفع)، وهو ما يعكس استجابة ايجابية ولو بنسبة قليلة نظرا لعدم قدرتنا على اكمال التدخل العلاجي المعتمد.

2. مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات المصاغة:

1.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على انه توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف لصالح القياس البعدي.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق واضحة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لدى الحالات المدروسة، حيث انخفضت درجة اضطراب الصورة الجسمية في الحالة الاولى (من 45 الى 18) والحالة الثانية (من 47 الى 24) حيث سجلت الحالات بعد تطبيق البرنامج العلاجي تحسنا ملحوظا في مستوى إدراك الصورة الجسمية مقارنة بما كانت عليه قبل التدخل العلاجي، وهو ما يؤكد تحقق الفرضية الاولى.

ففي القياس القبلي كانت الحالات تعاني من مجموعة من المؤشرات السلبية المرتبطة بصورة الجسم تمثلت في الشعور بالنقص، ضعف الثقة بالنفس، الانشغال المفرط بالتشوه الجسدي، الحساسية تجاه نظرة الآخرين، إضافة إلى الميل للعزلة الاجتماعية وتجنب المواقف الاجتماعية التي قد تكشف الاختلاف الجسدي الناتج عن الجنف. غير أن نتائج القياس البعدي أظهرت انخفاضاً في حدة هذه المؤشرات، حيث أصبحت الحالات أكثر قدرة على تقبل شكل أجسامها، وأقل حساسية اتجاه تقييم الآخرين، كما تحسن مستوى الثقة بالنفس والتفاعل الاجتماعي لديهما. وذلك يعزى إلى تأثير التقنيات العلاجية التي ساعدت الحالات على إعادة تفسير أفكارها ومعتقداتها حول أجسامها بصورة أكثر واقعية وإيجابية.

حيث أن البرنامج العلاجي أتاح للحالات فرصة التعبير عن المخاوفها والانفعالات المرتبطة بالمرض، الأمر الذي خفف من حدة التوتر والقلق النفسي المصاحبين للجنف، وساعد على بناء صورة ذاتية أكثر توازناً، وقد ساهمت العلاقة العلاجية القائمة على التقبل والدعم النفسي في تعزيز شعور الحالات بالأمان النفسي والثقة أثناء الجلسات.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات سابقة نذكر منها دراسة جرينبرغ وآخرون (Greenberg, et al, 2016) التي توصلت إلى وجود تحسن واضح في إدراك صورة الجسم بعد تطبيق البرنامج العلاجي، مع انخفاض الأفكار السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي وتحسن التقبل الذاتي لدى المشاركين، ودراسة ماتايكس-كولس

وآخرون (Mataix-Cols et al, 2015) التي أظهرت نتائجها وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث تحسن مستوى صورة الجسم وانخفضت مشاعر القلق والانشغال بالمظهر الجسدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

أما بالنسبة للحالة الثالثة (من 51 الى 47) فرغم عدم تحقق تحسن مماثل للحالتين الأولى والثانية إلا أن ذلك لا ينفي تحقق الفرضية بصورة عامة، لأن محدودية عدد الجلسات حالت دون الوصول إلى النتائج المرجوة، كما أن الظروف الصحية المرتبطة بالخضوع للعملية الجراحية قد أثرت على الاستقرار النفسي والانفعالي للحالة، وهو ما انعكس على مستوى التفاعل مع البرنامج العلاجي.

تشير هذه النتائج إلى أن التحسن الذي ظهر في القياس البعدي لم يكن تحسناً عشوائياً وإنما كان نتيجة مباشرة للتدخل العلاجي القائم على أسس علمية ومعرفية سلوكية مما يؤكد فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، وعليه يمكن اعتبار أن نتائج الدراسة دعمت الفرضية الأولى، إذ تبين وجود فروق واضحة بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وهو ما يدل على فعالية البرنامج العلاجي في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف.

2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف.

استندت هذه الفرضية إلى الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي، والذي يفترض أن المشكلات النفسية والانفعالية لا تنتج فقط عن الأحداث أو الظروف الخارجية، وإنما عن طريقة إدراك الفرد لهذه الأحداث وكيف يفسرها. وبالنسبة للمراهق المصاب بالجنف، فإن التشوه الجسدي النسبي الذي يحدث له نتيجة هذا المرض قد يؤدي إلى ظهور أفكار سلبية ومعتقدات مشوهة حول صورة الجسم، مثل الشعور بالنقص، وعدم تقبل المظهر الجسدي، والخوف من تقييم الآخرين أو رفضهم له، وهو ما ينعكس سلباً على التوافق النفسي والاجتماعي للمراهق ويسبب له اضطراب صورة الجسم. وانطلاقاً من ذلك، جاء البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي بهدف تعديل هذه الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم، وتعزيز التقبل الذاتي والثقة بالنفس، من خلال توظيف مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية، مثل إعادة البناء المعرفي، تنظيم الانفعال، التدريب على الاسترخاء والتنفس العميق، التعرض التخيلي مع منع التجنب، تعزيز الحديث الذاتي الإيجابي، وتدريب الحالات على مواجهة الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم وتعزيز مهارة منع الانتكاس. وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية فعالية هذا البرنامج في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى الحالتين الأولى والثانية، حيث بينت

نتائج تطبيق مقياس الصورة الجسمية لـ أحمد النوبي وجود تحسن واضح بين القياسين القبلي والبعدي، كما لوحظ تطور إيجابي في سلوك الحالتين أثناء الجلسات العلاجية، من خلال ارتفاع مستوى التقبل الذاتي، وانخفاض مشاعر الخجل والانزعاج المرتبطين بالمظهر الجسدي، إضافة إلى تحسن التفاعل الاجتماعي والثقة بالنفس. وتم تفسير هذا التحسن بكون العلاج المعرفي السلوكي هو الذي ساعد الحالات على التعرف إلى أفكارها التلقائية السلبية المرتبطة بصورة جسمهم، ثم العمل على تعديلها واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية، الأمر الذي انعكس تدريجياً على الجانب الانفعالي والسلوكي. كما أن التدريب على التعبير عن المشاعر المرتبطة بصورة الجسم ساعد الحالات على التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي الناتجين عن الإحساس بالاختلاف الجسدي. أما بالنسبة للحالة الثالثة، فقد أظهرت تحسناً محدوداً مقارنة بالحالتين السابقتين، ويرجع ذلك أساساً إلى عدم استكمال البرنامج العلاجي كاملاً، حيث تم تطبيق ثلاث جلسات فقط بسبب خضوع الحالة لعملية جراحية، الأمر الذي حال دون الاستفادة الكاملة من جميع مراحل البرنامج العلاجي وتقنياته. فالعلاج المعرفي السلوكي يعتمد بدرجة كبيرة على الاستمرارية والتدرج في اكتساب المهارات المعرفية والسلوكية، وبالتالي فإن تقليص عدد الجلسات يؤثر على حجم التحسن المتوقع. ورغم ذلك، فقد ظهرت بعض المؤشرات الإيجابية الأولية لدى الحالة الثالثة، من خلال تحسن ولو بنسبة قليلة في طريقة التعبير عن المشاعر المرتبطة بصورة الجسم، وهو ما يدل على إمكانية تحقيق نتائج أفضل في حال استكمال البرنامج العلاجي بصورة كاملة.

تتفق نتائج الدراسة الحالية المتوصل مع ما تؤكد عليه دراسة جينفر وآخرون (Jennifer, I, al, 2016) التي أظهرت تحسناً واضحاً في إدراك صورة الجسم وانخفاضاً في شدة الأفكار السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي، كما استمرت النتائج الإيجابية خلال فترة المتابعة، مما يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم لدى المراهقين.

وكذلك دراسة ديفيد وآخرون (David, et al, 2015) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث تحسن مستوى صورة الجسم وانخفضت الأعراض المرتبطة بعدم الرضا عن المظهر الجسدي، إضافة إلى تحسن مستوى التوافق النفسي وجودة الحياة لدى المشاركين والتي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم والتوافق النفسي لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات أو تشوهات جسدية، باعتباره من أكثر الأساليب العلاجية قدرة على تعديل الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات السلبية المرتبطة بالذات والجسد، وأيضاً دراسة عطيات عباس محمد عباس التي أظهرت نتائجها وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، إضافة إلى استمرار فعالية البرنامج في القياس

التتبعية، وهو ما يدل على أن العلاج المعرفي السلوكي يساهم في تحسين صورة الجسم والتخفيف من المشكلات النفسية المرتبطة بها.

وتدعم هذه النتائج كذلك ما أشارت إليه المراجعة المنهجية والتحليل البعدي حول أثر العلاج المعرفي السلوكي على صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقات، حيث أكدت الدراسة أن التدخلات المعرفية السلوكية تعد من أكثر الأساليب فعالية في تحسين صورة الجسم وتعزيز التوافق النفسي والانفعالي لدى المراهقين.

وبناء على ما سبق، يمكن القول إن نتائج الدراسة دعمت الفرضية الأولى والثانية، وأكدت أن البرنامج العلاجي القائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف.

3. استنتاج عام واقتراحات:

من خلال الدراسة الحالية التي هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهق المصاب بالجنف تبين أن اضطراب صورة الجسم يعد من أبرز المشكلات النفسية التي قد ترافق الإصابة بالجنف خلال مرحلة المراهقة، نظراً لما تتميز به هذه المرحلة من حساسية تجاه المظهر الجسدي والرغبة في القبول الاجتماعي وتقدير الذات.

وقد تم تطبيق البرنامج العلاجي على ثلاث حالات بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بولاية عين تموشنت، بالاعتماد على مجموعة من التقنيات المعرفية السلوكية التي استهدفت تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسم، وتعزيز التقبل الذاتي والثقة بالنفس والتوافق النفسي والاجتماعي وتحسين إدراك الصورة الجسمية لدى الحالات.

أين أظهرت نتائج التطبيق البعدي لمقياس الصورة الجسمية لـ أحمد النوبي وجود تحسن واضح لدى الحالتين الأولى والثانية وذلك من خلال الفروق المسجلة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث أصبح لديهما مستوى أفضل من تقبل صورة الجسم، وانخفضت حدة الأفكار السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي، كما تحسن التفاعل الاجتماعي والشعور بالثقة بالنفس مقارنة بما قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

أما الحالة الثالثة فقد أظهرت تحسناً بنسبة قليلة نتيجة لعدم استكمال جميع جلسات البرنامج العلاجي بسبب خضوع الحالة لعملية جراحية، حيث تم تطبيق ثلاث جلسات فقط، وهو ما أثر على مستوى الاستفادة من البرنامج، باعتبار أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على التدرج والاستمرارية في اكتساب المهارات العلاجية.

وتشير هذه النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من بين الأساليب العلاجية الفعالة في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهقين المصابين بالجنف لما يوفره من تقنيات تساعد على تعديل الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات السلبية المتعلقة بالجسد، كما يساهم في تعزيز التوافق النفسي والاجتماعي وتحسين جودة الحياة كما تؤكد الدراسة الحالية أهمية إدماج التكفل النفسي ضمن الرعاية الصحية المقدمة للمراهق المصاب بالجنف، وعدم الاقتصار على الجانب الطبي أو الجراحي فقط، لأن الآثار النفسية للجنف قد تكون عميقة وتمتد إلى مختلف جوانب شخصية المراهق وعلاقاته الاجتماعية.

وفي ضوء النتائج المتوصل إليها يمكن اقتراح مجموعة من النقاط المتمثلة في:

- ضرورة الاهتمام بإعداد برامج علاجية نفسية موجهة للمراهقين المصابين بالتشوهات الجسدية،
- توفير الدعم النفسي داخل المؤسسات الاستشفائية مع تشجيع إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول صورة الجسم لدى فئات مرضية مختلفة وعلى عينات أكبر بهدف الوصول إلى نتائج أكثر دقة وقابلية للتعميم.
- ضرورة توفير أخصائي نفسي إكلينيكي داخل مصلحة اعوجاج العمود الفقري، نظرا للحاجة الملحة للتكفل النفسي بهذه الفئة، خاصة أن الأطفال والمراهقين المصابين بالجنف يعانون من ضغوط نفسية وانفعالية مرتبطة بصورة الجسم والثقة بالنفس والتوافق الاجتماعي.
- التأكيد على أهمية التكفل النفسي إلى جانب التكفل الطبي والجراحي داخل المصالح الاستشفائية الخاصة بالجنف، باعتبار أن العلاج العضوي وحده لا يكفي لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للمريض.
- تعميم البرامج العلاجية القائمة على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي داخل المستشفيات والمراكز الصحية التي تستقبل حالات الجنف نظرا لما أثبتته نتائج الدراسة الحالية من فعالية هذا النوع من البرامج في تحسين إدراك الصورة الجسمية لدى المراهقين المصابين بالجنف.
- توعية الأولياء والطاقم الطبي بأهمية الجانب النفسي لدى مرضى الجنف ودور الدعم الأسري والطبي في تعزيز النقبل الذاتي وتحسين الصحة النفسية للمراهق.



قائمة المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (2008). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، عبد الستار، ثابت، عبد العزيز، وعبد الله، عبد الله محمد. (2011). *العلاج المعرفي السلوكي الحديث: أساليبه ومبادئه وتطبيقاته*. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع الأرطوفونيا.
- أبو أسعد، احمد عبد اللطيف. (2020). *الإرشاد والعلاج النفسي المعرفي السلوكي*. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبو حطب فؤاد، امال صادق. (1999). *علم النفس التربوي*. ط10. القاهرة: مكتبة انجلو المصرية.
- ابو زعيزع عبد الله. (2013). *مفاهيم معاصرة في الصحة النفسية*. عمان: الاكاديميون للنشر والتوزيع.
- اسيا، عبازة. (2014). *صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي*. رسالة ماجستير الصحة النفسية والتكيف المدرسي. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
- بطرس، حافظ بطرس. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بومجان نادية. (2019). *محاضرات في مقياس العلاجات السلوكية المعرفية*. جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- تغليت، صلاح الدين. (2012). برنامج علاجي مقترح: تنمية المكتسبات الأولية ورفع مستوى القراءة والكتابة لدى التلاميذ المعسررين قرائياً وكتابياً. *دراسات في علم الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي*، 1(1)، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية.
- الجبوري عبد الرزاق. (2007). *اساليب التنشئة الاجتماعية*. العراق: مجلة الفتح للبحوث التربوية والنفسية.
- الخالدي، اديب محمد. (2009). *المرجع في الصحة النفسية*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الخطيب جمال. (1993). *اساليب تعديل السلوك*. الاردن: الجامعة الاردنية - عمادة البحث العلمي.
- الدسوقي، مجدي محمد. (2006). *اضطرابات صورة الجسم، الاسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج*. مصر: مكتبة انجلو المصرية.
- ربيع، محمد شحاتة. (2009). *مناهج البحث في علم النفس*. القاهرة: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- رضا ابراهيم محمد الاشرم. (2008). *صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الاعاقة البصرية*. رسالة ماجستير في التربية تخصص: صحة نفسية. قسم الصحة النفسية. جامعة الزقازيق. مصر

- الريم، شيماء. (2020). *فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتعديل السلوك العدواني عند طفل الروضة: دراسة تجريبية على عينة من أطفال روضة الأطفال بولاية غرداية* (مذكرة ماستر غير منشورة). جامعة غرداية، الجزائر
- الزغول، عماد عبد الرحيم. (2012). *علم النفس النمو: الطفولة والمراهقة*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). *علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة*. القاهرة: عالم الكتب
- الشاذلي، عبد الحميد. (2001). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- شقير، زينب محمود. (2009). *مقياس صورة الجسم*. مصر: مكتبة انجلو المصرية.
- الشناوي، (2017). *مدخل إلى العلاج النفسي المعرفي السلوكي*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الرحمن، ليلي. (2017). *فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي لدى الأطفال ذوي الاضطرابات الجسدية*. مجلة الإرشاد النفسي، جمعية الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين الشمس، مصر.
- عبد الرحمن، ليلي. (2020). *فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين صورة الجسم وخفض القلق الاجتماعي لدى المراهقات*. مجلة الإرشاد النفسي، 2(3)، جمعية الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين الشمس، مصر.
- عبد الستار، إبراهيم. (2010). *العلاج النفسي الحديث*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد الله، محمد حسن. (2010). *علم النفس النمو*. القاهرة: دار المعرفة الجامعية
- العتوم، عدنان يوسف. (2019). *علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- العناني، حنان عبد الحميد. (2002). *علم النفس التربوي وتربية الطفل*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عودة، أحمد سليمان. (2010). *القياس والتقويم في العملية التدريسية*. عمان: دار الأمل للنشر والتوزيع.
- عودة، احمد سليمان. (2010). *القياس والتقويم في العملية التدريسية*. الطبعة الرابعة، اريد: دار الامل للنشر والتوزيع.
- الغامدي، حامد احمد ضيف الله. (2013). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق*. الاسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- فائد حسين. (2003). *الاضطرابات السلوكية: تشخيصها، اسبابها، علاجها*. دار الطيبة للنشر والتوزيع.

- فرغلي، علاء الدين بدوي. (2008). *مهارات العلاج المعرفي السلوكي*. ط2، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- فؤاد، البهي السيد. (1975). *الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة*. دار الفكر العربي للنشر والطباعة.
- محمد، شاكر عبد الحميد وعيسى، محمد محمود. (2011). *اتجاهات حديثة في علم النفس المعرفي*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- مصطفى، سامية محمد علي، الشيخ، محمد عبد العزيز وعبد الفتاح، امل سيد. (2018). صورة الجسم لدى المراهقين والمراهقات (دراسة مقارنة). *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، 10(2)، ص 30- مصر استرجعت من https://journals.ekb.eg/article_83047.html
- نجم، محمد. (2018). *فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين صورة الجسم لدى المراهقين*. مجلة علم النفس العيادي، الجزائر.

المراجع الأجنبية:

- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (n.d.). **Scoliosis**.
<https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases-conditions/scoliosis/>
- Andry, N. (1741). *Orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger les difformités du corps chez les enfants*.
- Belli, guiseppe., Toselli, Stefania., Maietta Latessa, Patrizia., & Mauro, Matteo. (2022). *Evaluation of self-perceived body image in adolescents with mild idiopathic scoliosis*. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(3) .
- Cash, Thomas. (1990). *Body image disturbances: Guidelines for treatment*. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 58(3), 319–331.
- Delpech, Jacques. Mathieu. (1828). **Travaux sur les déformations du rachis**
- Ewan, Laura. (2022, October 20). **Scoliosis: causes, symptoms, and treatment**. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/>
- Ewan, Laura. (2022, October 20). **Types of scoliosis**. **HealthCentral**.
<https://www.healthcentral.com/condition/scoliosis/types-of-scoliosis>
- González, Zaira, Rodríguez, & López, (2019). *Children and adolescents' body weight perception and its implications for health behavior*. *Public Health Nutrition*.
- Greenberg , Jennifer , Mothi , Sabine . (2016) . *Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study*. **Behavior Therapy**, 47(2),
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.009>

- Greenberg, Jennifer, Markowitz, Sally., Petronko, Melissa, Taylor, Cynthia, Wilhelm, & Wilson, Terence. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder*. ***Cognitive and Behavioral Practice***, 17(3), <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.02.002>
- Matamalas, Ana, García , & Pérez, (2014). ***Psychological impact of adolescent idiopathic scoliosis on body image and emotional adjustment***. *Spine Deformity*.
- Payne, W. K., Ogilvie, J. W., Resnick, M. D., et al. (1997). ***Does scoliosis have a psychological impact?*** *Spine*, 22(12)
- Rosen, Jon, Orosan, Patricia., & Reiter, Jeffrey. (1991)
- Sapountzi-Krepia, Despina., Psychogiou, Maria., Peterson, David., et al. (2006). *The experience of brace treatment in children/adolescents with scoliosis*. ***Scoliosis***, 1(1).
- Simply Psychology. (2024). *Cognitive therapy*. <https://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.html>
- Smith , Steven . Spine-health. (2017). ***Types of scoliosis***. <https://www.spine-health.com/>
- Weinstein, Stuart.Dolan, Lori , Cheng, Jack. Danielsson, Alan , & Morcuende, Jose. (2008). *Adolescent idiopathic scoliosis*. ***The Lancet***, 371(9623), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60658-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60658-3)



قائمة الملاحق

الملحق (1)

القياس القبلي والبعدى للحالة 1

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
1.	أنظر إلى شكلي بنظرة سلبية .	X			
2.	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي .	X			
3.	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي .		X		
4.	أفضل البقاء في المنزل عن الذهاب في رحلة مع زملائي سبب شكل جسمي .	X			
5.	أشعر أن الناس لا يرونني جذابا.		X		
6.	أحاول تجنب النظر في المرأة .		X		
7.	أشعر أن أجزاء من جسمي مختلفة عن الآخرين .		X		
8.	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي .		X		
9.	أحزن عند النظر إلى جسمي في المرأة .			X	
10.	أشعر بعدم الرضا عن جسمي .	X			
11.	أرى أن ملابس أقل أنيقة من زملائي .		X		
12.	أرفض ارتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي .	X			
13.	أرى أن شكلي بشع و غير مقبول .		X		
14.	أقبل جسمي كما هو عليه .		X		
15.	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي .	X			
16.	أرى أن هناك تناقضا بين أفكاري و شكل جسمي .		X		
17.	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي .	X			
18.	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي .	X			
19.	أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم شكلي .			X	
20.	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب .		X		
21.	أعجز عن التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي .		X		
22.	أحكم على الناس وفقا لشكل جسمهم			X	

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
1.	أنتظر إلى شكلي بنظرة سلبية .			X	
2.	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي .	X			
3.	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي .				X
4.	أفضل البقاء في المنزل عن الذهاب في رحلة مع زملائي سبب شكل جسمي .		X		
5.	أشعر أن الناس لا يروني جذابا.				X
6.	أحاول تجنب النظر في المرأة .				X
7.	أشعر أن أجزاء من جسمي مختلفة عن الآخرين .			X	
8.	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي .		X		
9.	أحزن عند النظر إلى جسمي في المرأة .			X	
10.	أشعر بعدم الرضا عن جسمي .			X	
11.	أرى أن ملابسي أقل أناقة من زملائي .				X
12.	أرفض ارتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي .			X	
13.	أرى أن شكلي يشع و غير مقبول .				X
14.	أقبل جسمي كما هو عليه .		X		
15.	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي .	X			
16.	أرى أن هناك تناقضا بين أفكاري و شكل جسمي .				X
17.	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي .				X
18.	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي .			X	
19.	أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم شكلي .				X
20.	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب .				X
21.	أعجز عن التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي .				X
22.	أحكم على الناس و فقا لشكل جسمهم				X

الملحق (2)

القياس القبلي والبعدى للحالة الثانية

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
1.	أنظر إلى شكلي بنظرة سلبية .		X		
2.	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي .	X			
3.	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي .	X			
4.	أفضل البقاء في المنزل عن الذهاب في رحلة مع زملائي سبب شكل جسمي .				X
5.	أشعر أن الناس لا يرونني جذابا.			X	
6.	أحاول تجنب النظر في المرأة .	X			
7.	أشعر أن أجزاء من جسمي مختلفة عن الآخرين .	X			
8.	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي .			X	
9.	أحزن عند النظر إلى جسمي في المرأة .	X			
10.	أشعر بعدم الرضا عن جسمي .	X			
11.	أرى أن ملامحي أقل أناقة من زملائي .	X			
12.	أرفض ارتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي .	X			
13.	أرى أن شكلي يشع و غير مقبول .		X		
14.	أقبل جسمي كما هو عليه .				X
15.	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي .	X			
16.	أرى أن هناك تناقضا بين أفكاري و شكل جسمي .	X			
17.	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي .	X			
18.	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي .	X			
19.	19 أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم شكلي .		X		
20.	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب .			X	
21.	أعجز عن التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي .			X	
٤٢	أدعم كل النماذج وفقا لشكلي جسمي			X	

الملحق (3)

القياس القبلي والبعدى للحالة الثالثة

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
1.	أنظر إلى شكلي بنظرة سلبية .	X			
2.	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي .		X		
3.	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي .			X	
4.	أفضل البقاء في المنزل عن الذهاب في رحلة مع زملائي سبب شكل جسمي .		X		
5.	أشعر أن الناس لا يروني جذابا .		X		
6.	أحاول تجنب النظر في المرأة .		X		
7.	أشعر أن أجزاء من جسمي مختلفة عن الآخرين .	X			
8.	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي .	X			
9.	أحزن عند النظر إلى جسمي في المرأة .	X			
10.	أشعر بعدم الرضا عن جسمي .	X			
11.	أرى أن ملائسي أقل أنيقة من زملائي .		X		
12.	أرفض ارتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي .	X			
13.	أرى أن شكلي بشع و غير مقبول .	X			
14.	أقبل جسمي كما هو عليه .			X	
15.	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي .	X			
16.	أرى أن هناك تناقضا بين أفكاري و شكل جسمي .	X			
17.	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي .		X		
18.	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي .	X			
19.	ألتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم شكلي .		X		
20.	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب .	X			
21.	أعجز عن التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي .	X			
22.	أحكم على الناس وفقا لشكل جسمهم				X

الرقم	العبارة	كثيرا	احيانا	نادرا	ابدا
1.	انظر إلى شكلي بنظرة سلبية .			X	
2.	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي .	X			
3.	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي .	X			
4.	أفضل البقاء في المنزل عن الذهاب في رحلة مع زملائي بسبب شكل جسمي .	X			
5.	أشعر أن الناس لا يرونني جذابا.		X		
6.	أحاول تجنب النظر في المرأة .		X		
7.	أشعر أن أجزاء من جسمي مختلفة عن الآخرين .	X			
8.	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي .		X		
9.	أحزن عند النظر إلى جسمي في المرأة .	X			
10.	أشعر بعدم الرضا عن جسمي .		X		
11.	أرى أن ملابسي أقل أناقة من زملائي .			X	
12.	أرفض ارتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي .	X			
13.	أرى أن شكلي بشع و غير مقبول .	X			
14.	أقبل جسمي كما هو عليه .		X		
15.	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي .	X			
16.	أرى أن هناك تناقضا بين أفكاري و شكل جسمي .		X		
17.	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي .	X			
18.	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي .		X		
19.	أبتعد عن الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم شكلي .			X	
20.	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب .		X		
21.	أعجز عن التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي .			X	
22.	أحکم علی الناس و فقال لکون جسمهم				X

رخصة التبرص للطالبة رحموني جيهان



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

عين تموشنت في / /

رقم: / ك.أ.ل.ع / ج.ب.ب.ع.ع / 2026

رخصة تربص

المؤسسة/الهيئة : هوؤ ايسة الىكتور بن زرجب

الطالب (ة) : رجاء حبهان السعيد

تاريخ ومكان الميلاد: 09/09/2002

المسجل في: السنة الثانية ماستر تخصص: علم النفس العيادي.

وذلك لإجراء تربص ميداني داخل مصالحكم الخاصة، والتي تهدف إلى اقتراض تطبيق الممارسات التي يتم تدريسها لهم داخل المؤسسة الجامعية، وهذا في إطار اعداد مذكرة تخرج، خلال السنة الجامعية 2025/2026.

الأستاذ: المشرقي :

تاريخ فترة التربص: من: ٠٨/٠٣/٢٠٢٦ الى: ٠٨/٠٤/٢٠٢٦

خلال هذا التدريب ، الطالب مُلزم بتقديم كل المساعدة اللازمة للتنفيذ السليم للبرنامج الموكل إليه.

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

نَعْتَمِدُ عَلَى تَعَاوُنِكُمْ، وَنَرْجُو أَنْ تَقْبَلُوا، سِيدَتِي، سِيدِي، خَالصُ شُكْرِنَا وَتَحِيَّاتِنَا.

المؤسسة المستقبلية

المسؤول البيداغوجي



١٥ زواي امال
مسؤول فريق شعب
تكوين علوم اجتماع
- علم النفس -


$$4-1=$$

المدير العام
كريم أحمد

رخصة التربص للطالبة دحو ملاك



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

عين تموشنت لي / / /

رقم: / ك.أ.ل.ع. / ج.ب.ب.ع.ع. / 2026

رخصة تربص

المؤسسة/الهيئة : الدكتور بن زروحي

الطالب (ة) : حسو حلاست حبيب الله

تاريخ ومكان الميلاد: 21 2023 2023 2023

المسجل في: السنة الثانية ماستر تخصص: علم النفس العيادي.

وذلك لإجراء تربص ميداني داخل مصالحكم الخاصة، والتي تهدف إلى اقتراض تطبيق المعارف التي يتم تدريسها لهم داخل المؤسسة الجامعية، وهذا في إطار اعداد مذكرة تخرج، خلال السنة الجامعية 2026/2025.

الأستاذ: المشرف: تاريخ فترة التربص: من: 08/03/2026 إلى: 08/04/2026

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بتقديم كل المساعدة اللازمة لتنفيذ السليم للبرنامج الموكول إليه. كما أن الطالب مدعو للامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالقواعد والإجراءات والتعليمات الوقتية الخاصة بالصحة والأمن. نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي، سيدي، خالص شكرنا وتحياتنا.

المسؤول البيداغوجي
قسم العلوم
مسؤول فريق شعب
تكوين علوم اجتماعية
- علم النفس -
د. زوي أمال

المؤسسة المستقبلة
A-1
المدير العام
مكريم أحمد