



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

فاعلية برنامج علاجي قائم على انعكاسات المرأة في التخفيف من

اضطرابات صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف

-دراسة عيادية بالمؤسسة الاستشفائية أحمد مدغري بولاية عين تموشنت-

تحت إشراف الأستاذ:

أ. عبد الحكيم بن عيسى

من إعداد وتقديم الطالبتين:

- بلهاشمي ساجدة.

- بوعزة عبيد نبيه نبيلة.

تاريخ المناقشة: 2026/06/18

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم:	الرتبة	الصفة
أ. مقداد أميرة	أستاذ محاضر - أ -	رئيسا
أ. عبد الحكيم بن عيسى	أستاذ محاضر - ب -	مشرفا ومقررا
أ. سعدي زينب	أستاذ محاضر - ب -	مناقشا

السنة الجامعية 2025-2026



الترخيص بإيداع مذكرة الماستر

اسم الأستاذ(ة) المشرف(ة): جن. عبد الله عبد طاي
مذكرة التخرج في الماستر الموسومة:
فاعلية برنامج علاج طبيعي في استرجاع الحركة والتخفيف
من آلام الكتف لدى مرضى التهاب المفاصل

من انجاز الطالب (بين):

1

بلحاج شفيق ساجدة

2

جوسنت خاتمة علية بنت بيلال

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العملي

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

عين تموشنت في: 20/06/2020

امضاء رئيس اللجنة

امضاء المشرف

الاسم واللقب

أ. عبد الحكيم بن عيسى





وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
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 الممضي أسفله،

الطالب (ة): **بوعزة عبيد نبيه نبيلة**

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: **406870960** الصادرة في تاريخ: **2023/09/10**

دائرة: **عين الكيحل** ولاية **عين تموشنت**

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم: **علوم الاجتماع**

شعبة: **علوم الاجتماع- علم النفس تخصص: علم النفس العيادي**

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

فاعلية برنامج علاجي علي انعكاسات المرأة في تخفيف اضطرابات الصورة الجسمية لدي مبتوري الأطراف

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

عين تموشنت في: **2026/06/28**.

إمضاء المعني





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

تصريح شرفي

خاص 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 الممضي أسفله،

الطالب (ة): بلهيا نثمى... سا. ج. د.

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 1400314760071200000

الصادرة في الجزيرة العاترة بتاريخ: 2022/11/30

مؤسسة: ب. ب. ج. د. ولاية: عين تخصص: لغويات

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة: لغويات تخصص: لغويات علم: لغويات العلام: لغويات

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

فلسفة برامع علمي قائم على أسس كالمصداقية والتجريبية
مما يحظرها المجتمع كجسور لا يتصورها إلا خرافات

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

عين تموشنت في:

امضاء المعني

شكر وتقدير

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه"
الحمد لله كثيرا طيبا مباركا فيه كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانتك، ولك الشكر والمنة أن يسرت لي السبل
ووفقتني لإنجاز هذا العمل

والصلاة والسلام على سيد المرسلين وخاتم النبيين محمدا وآله وصحبه أجمعين.
أتقدم بجزيل الشكر لأستاذي المحترم، المجتهد والخلق، الأستاذ المشرف "بن عيسى عبد الحكيم" على طيبته
وحسن معاملته ومجهوداته الكبيرة المبذولة، وحسن إشرافه من أجلنا لإنجاز هذا العمل الناجح، فهذا العمل ما هو
إلا حصيلة جهده وحسن تأطيره وتوجيهه وإرشاده، فشكرا لك على سعة صدرك وطيبة قلبك أستاذي القدير
"حفظك الله".

وأقدم بالشكر إلى كل من ساعدنا في مستشفى "الدكتور أحمد مدغري" من مصلحة الطب الداخلي الذين
استقبلونا أحسن استقبال من أجل إتمام هذه الدراسة.

كما نشكر حالات الدراسة التي قبلت أن تجرى عليها الدراسة، فلولاها لما تم إنجازها،
وإلى كل من ساهم في هذه الدراسة بالنصيحة والعون والتشجيع
بارك الله فيكم وجزاكم كل خير.

الإهداء

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل،

أهدي ثمرة جهدي هذا إلى من كانا سبب وجودي ودعمي في هذه الحياة،

إلى والديَّ الكريمين أطال الله في عمرهما لما قدّماه لي من تضحيات لا تحصى ودعمٍ لا ينقطع.

إلى أخي العزيز هواري الذي كان سنداً لي في مسيرتي.

إلى أخواتي الغاليات كريمة يسرى، إيمان، وفاطمة،

اللواتي شاركني لحظات التعب والفرح وكنّ مصدر قوة لي

إلى صديقتي الوفية ساجدة

التي وقفت إلى جانبي وشجعتني طوال هذه الرحلة.

إليكم جميعاً أهدي هذا العمل المتواضع راجية من الله أن يكون عربون وفاء ومحبة.

نبيلة

الإهداء

الحمد لله فضلاً وشكراً وإمتناناً،

ما كنت لأفعل هذا لولا فضل الله فالحمد لله على البدء والختام.

ها أنا اليوم اهدي نجاحي إلى كل من سعى معي إلى إتمام هذه المسيرة بكل افتخار إلى أعظم وأعز رجل، إلى

من رعاني وحماني وسعى جاهداً لرؤية هذا النجاح، إلى أعز ما يملك قلبي أبي الغالي حفظك الله لي.

إلى ملاكي في الدنيا وجنتي في الآخرة، إلى الجسر المتين الذي سرت عليه، إلى من سهرت الليالي تنير

دربي، إلى أملي في الحياة، يعجز اللسان عن وصف ما قدمته وما كافحت به من أجلي أمي الغالية حفظك الله

لي ورعائك وأدام عليك الصحة والنعم والتباث

إلى إخوتي وأخواتي، إلى مصدر قوتي ونجاحي، إلى عائلتي التي دعمتني وساندتني حفظكم الله لي وأدام عليكم

نعمه.

وأخص شكراً وإمتناناً وحباً إلى فرد ساهم في نجاحي، أعز ما أنجبت الدنيا إلي سندي ومسندي، فرحتي في

الدنيا،

أدام الله عليك الصحة والعافية.

شكراً

ساجدة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي قائم على إنعكاسات المرآة في التخفيف من اضطرابات صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف، ونظرا لطبيعة الدراسة تم الاعتماد على المنهج العائدي لتحقيق اهدافها على عينة تكونت من ثلاث(3) حالات تم اختيارها بطريقة قصدية مختلفة من حيث نوع البتر، مع استخدام مجموعة من الأدوات تمثلت في: المقابلة العيادية والملاحظة، وبرنامج علاجي قائم على انعكاسات المرآة بالإضافة الى مقياس صورة الجسم للباحث محمد النوبي(2010) المعدل والمكيف من طرف للباحثة بريالة هناء(2013) على البيئة الجزائرية، حيث خلصت النتائج الى وجود فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى اضطرابات الصورة الجسدية لدى مبتوري الأطراف وذلك لصالح القياس البعدي، وهو ما يشير الى وجود اثر إيجابي للبرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرآة في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتور الأطراف.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي، البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرآة، الصورة الجسمية، مبتوري الأطراف.

Abstract;

The present study aimed to investigate the effectiveness of a therapeutic program based on mirror reflections in alleviating body image disorders among amputees. Given the nature of the study, the clinical case study method was adopted to achieve the research objectives. The sample consisted of three (3) cases with different types of amputation. A set of instruments was employed, including the clinical interview, observation, a mirror reflection-based therapeutic program, and the Body Image Scale developed by (Mohamed Al-Nubi, 2010), as adapted and standardized for the Algerian context by (Briyala Hanaa, 2013). The findings revealed statistically significant differences between the mean scores of the pre- and post-measurements on the level of body image disorders among amputees, in favor of the post-measurement, indicating a positive effect of the mirror reflection-based psychotherapy in reducing body image disorders among amputees.

Keywords: Therapeutic program, mirror reflection-based therapeutic program, body image, amputees

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 الاشكال
ي	قائمة الملاحق
1	المقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
5	إشكالية الدراسة
7	فرضيات الدراسة
8	أهداف الدراسة
8	أهمية الدراسة
8	المفاهيم الاجرائية للدراسة
الفصل الثاني: البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة	
11	تمهيد
11	1. مفهوم البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة
13	2. التاريخ العلاجي للعلاج بالمرأة
15	3. مساهمات تطورات العلاج بالمرأة.
17	4. أسس ووضعيات العلاج بالمرأة

18	5. التفاعلات بين الرؤية والحركة والصور المرآتية
20	6. الاستخدامات المختلفة للعلاج بالمرآة
21	خلاصة
الفصل الثالث: صورة الجسم	
23	تمهيد
23	1. مفهوم صورة الجسم
25	2. خصائص صورة الجسم
25	3. أهمية صورة الجسم
26	4. أنواع صورة الجسم
27	5. مكونات صورة الجسم
28	6. النظريات النفسية لصورة الجسم
29	7. تأثير البتر على الصورة الجسمية
30	خلاصة
الفصل الرابع: بتر الأطراف	
33	تمهيد
33	1. مفهوم بتر الأطراف
34	2. أسباب بتر الأطراف
35	3. أنواع بتر الأطراف
36	4. قلق عملية البتر
37	5. انعكاسات البتر على مبتوري الاطراف
39	6. علاج الافراد في حالات البتر
39	7. مراحل ردود الفعل الناتجة عن البتر
40	8. دور الاخصائي النفسي في عملية تاهيل مبتوري الاطراف
41	خلاصة
الجانب الميداني	

الفصل الخامس: الإجراءات التطبيقية للدراسة	
44	تمهيد
44	1. منهج الدراسة
44	2. الدراسة الاستطلاعية
45	3. أدوات جمع بيانات الدراسة
61	4. مجال اجراء الدراسة
61	5. عينة الدراسة الأساسية وطريقة اختيارها
62	خلاصة
الفصل السادس: نتائج الدراسة	
64	تمهيد
64	1. عرض حالات الدراسة
86	2. تفسير ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات المصاغة
89	3. استنتاج عام واقتراحات
92	قائمة المراجع
97	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

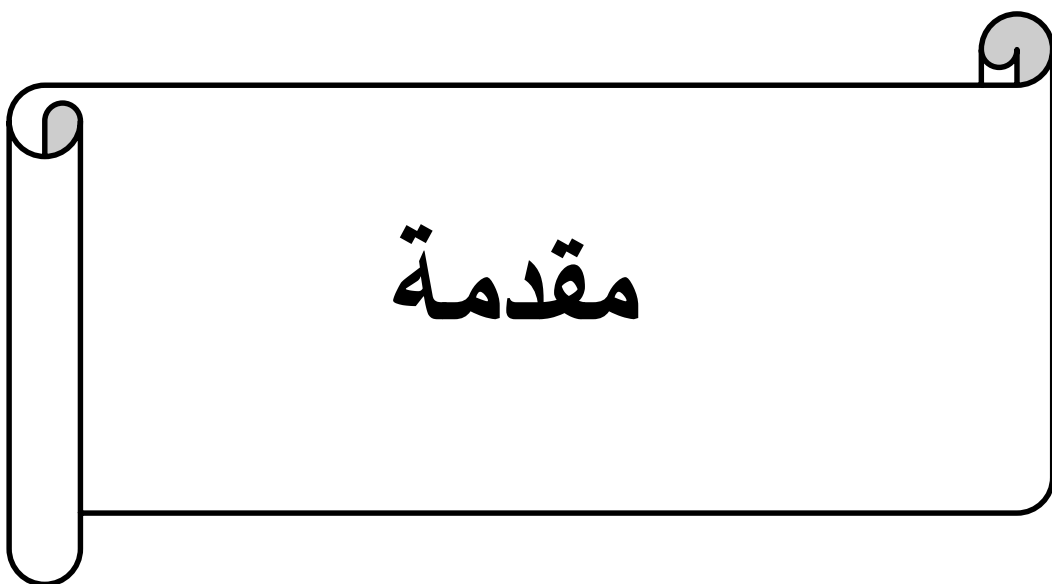
الرقم	العنوان	الصفحة
01	بروتوكول علاجي قائم على انعكاسات المرأة للتخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الاطراف	53
02	قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي	61
03	سير المقابلات مع الحالة الأولى(ج)	64
04	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى(ج)	71
05	سير المقابلات مع الحالة الثانية(س)	72
06	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية(س)	78
07	سير المقابلات مع الحالة الثالثة(أ)	80
08	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة(أ)	85

قائمة الاشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
71	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى (ج)	01
78	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية (س)	02
85	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة (أ)	03

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	استبيان صورة الجسم	97
02	القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى(ج)	99
03	القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية(س)	103
04	القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة(أ)	107
05	بطاقة الاشراف	111



مقدمة:

يعد الجسد عنصراً جوهرياً في بناء هوية الإنسان وتكون وعيه بذاته، إذ من خلاله يتفاعل مع محيطه ويطور تصوراتهِ عن نفسه وعن الآخرين، ولا يقتصر الجسد على كونه بنية بيولوجية فحسب بل يتجاوز ذلك ليشكل بناءً نفسياً معقداً يعرف بصورة الجسم. وهي التمثيل الذهني الذي يكونه الفرد عن جسده، ويتضمن هذا التمثيل مجموعة من الإدراكات والمعتقدات والانفعالات المرتبطة به، والتي تؤثر بشكل مباشر في علاقة الفرد بذاته وبالآخرين، كما تلعب دوراً أساسياً في تحقيق التوازن النفسي والتوافق الاجتماعي.

ويعد الانسجام بين الذات والجسد شرطاً أساسياً للاستقرار النفسي، إذ يعكس قدرة الفرد على تقبل مظهره الجسدي والتكيف معه، غير أن هذا الانسجام قد يختل أو يتلاشى لدى مبتوري الأطراف نتيجة التغير الجذري الذي يطرأ في بنية الجسم ووظائفه، فالبتر يعد حدثاً صادمًا يخلف آثاراً نفسية عميقة، إذ يؤدي إلى اضطراب وتشوه في صورة الجسم، ويضع الفرد أمام واقع جديد يتطلب إعادة التكيف على مختلف المستويات.

عند حدوث البتر يجد الفرد نفسه أمام تحديات متعددة تمس حياته المهنية والاجتماعية وأنشطته اليومية، مما قد ينعكس سلباً على حالته النفسية، وغالباً ما تظهر صعوبات في التكيف تتمثل في مشاعر اكتئاب، وقلق، أو انخفاض في تقدير الذات، إضافة إلى الميل نحو العزلة الاجتماعية.

ونظراً لأهمية هذا الحدث وما يخلفه من انعكاسات نفسية مرتبطة بعدم تقبل الذات، ارتئينا دراسة هذا الموضوع من خلال تطبيق برنامج علاجي قائم على انعكاسات المرأة، والذي يهدف إلى استعادة التوافق بين المدخلات الحسية والمخرجات الحركية، وتصحيح اضطرابات صورة الجسم، وتقليل الخوف من الحركة، وكسر العلاقة بين الألم وتجنب الحركة، وذلك باستخدام مجموعة من التقنيات على سبيل المثال (الحوار والمناقشة، الإسترخاء، التخيل).

ولإنجاز هذا البحث تم اتباع مجموعة من الخطوات المنهجية، حيث جاءت هذه الدراسة في قسمين رئيسيين: يتمثل القسم الأول في الجانب النظري، بينما يخص القسم الثاني الجانب التطبيقي:

تم التطرق في الجانب النظري إلى ثلاثة فصول، حيث خصص الفصل للإطار النظري للدراسة تم عرض فيه مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، إضافة إلى أهداف الدراسة وأهميتها، مع تحديد المفاهيم الإجرائية لها. أما الفصل الثاني فقد تم تناول البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة من خلال تحديد مفهومه، واستعراض تطوره التاريخي، ومساهماته العلاجية، إضافة إلى التأثيرات والحدود، وتحديد التكرار والمدة والأسس والوضعية العلاجية مع التطرق إلى أسسه ووضعيته، وتحديد التفاعلات بين الرؤية والحركة والصورة المرآتية، وأهم الاستخدامات المختلفة لهذا النوع من العلاج.

اما الفصل الثالث فقد خصص لصورة الجسم، حيث تم التطرق الى مفهومها وخصائصها وأهميتها وأنواعها ومكوناتها، مع عرض اهم النظريات المفسرة لها، بالإضافة الى ابراز آثار البتر على صورة الجسم.

اما الفصل الرابع والأخير فقد تم تناول بتر الأطراف من حيث المفهوم، أسبابه وأنواعه، إضافة الى قلق ما بعد عملية البتر، وانعكاساته على الفرد المبتور، وكذا مراحل ردود الفعل الناتجة عنه، وأخيرا تحديد دور الاخصائي النفسي في عملية تاهيل مبتوري الأطراف.

ويتضمن الجانب التطبيقي في الفصل الخامس الاجراءات التطبيقية للدراسة، والتي تشمل منهج الدراسة والدراسة الاستطلاعية، وادوات جمع بيانات، مجال اجراء الدراسة الأساسية.

اما الفصل السادس فقد خصص لمناقشة نتائج الدراسة بدءا بعرض الحالات الثلاث، وتفسير ومناقشة الفرضيات في ضوء الفرضيات المصاغة.

وقد اختتمت الدراسة باستنتاج عام إضافة الى مجموعة من الاقتراحات والتوصيات، مع تحديد المراجع المعتمد عليها والملاحق.

الفصل الاول: الإطار العام للدراسة

إشكالية الدراسة

فرضيات الدراسة

اهداف الدراسة

أهمية الدراسة

المفاهيم الاجرائية للدراسة

اشكالية الدراسة:

تشكل النفس والجسد وحدة متكاملة تقوم على علاقة تفاعلية دينامية، حيث يؤثر كل منهما في الآخر بصورة متبادلة، في حين يعجز الفرد عن التعبير السوي عن ضغوطه النفسية ومشكلاته الانفعالية تتحول هذه التوترات تدريجيا الى مظاهر جسدية حقيقية، من هنا يظهر بما يسمى بالاضطرابات السيكوسوماتية باعتبارها التعبير الاكلينيكي الظاهرة لمعاناة نفسية كامنة وخفية لم تجد منفذا للتفريغ او الاحتواء او المعالجة النفسية الملائمة.

تعد الاضطرابات السيكوسوماتية من أبرز المظاهر الإكلينيكية التي تكشف عن العمق البنيوي للتفاعل بين العوامل النفسية والعمليات الفيزيولوجية، إذ تجسد التحول المرضي للضغوط والانفعالات الغير المفرغة إلى استجابات جسدية مرضية، فحينما يفشل الفرد عن في احتواء توتراته الداخلية او تنظيم استجاباته الانفعالية تتجه هذه الشحنة النفسية نحو الجسد لتظهر في صورة اضطرابات وظيفية او عضوية تعبر عن الصراع النفسي على المستوى الجسدي، ويسهم هذا الاختلال في آليات التواصل بين الجهاز العصبي اللاإرادي والمحاور السيكوناثولوجية الأخرى في استنزاف الموارد التكيفية، مما يؤدي إلى اضطراب التوازن النفسي-الفيزيولوجي، وتراجع القدرة على مواجهة الضغوط اليومية بفعالية، وانخفاض الشعور بالاستقرار الوجداني وجودة الحياة.

في هذا الاطار تعد فئة مبتوري الأطراف من اكثر الفئات عرضة لظهور هذه الاضطرابات السيكوسوماتية، نظرا لما يمثله البتر من خبرة صادمة وتجربة معقدة تمس الجانبين النفسي والجسدي في آن واحد، فالبتر لا يقتصر اثره على فقدان عضو ذي وظيفة حركية او حسية، بل يمتد الى اثره ليهز الاحساس والشعور بالذات الجسدية والهوية البدنية، اذ يواجه الفرد تحولا جذريا في الصورة الذهنية التي كونها عن جسده على مدى سنوات، ما يفضي الى شعور بالاغتراب الجسدي الذي يحدث فجوة بين ما يشعر به وبين ما يتصوره عن نفسه، وهي فجوة تتجلى غالبا في اضطراب صورة الجسد وتنامي الاحساس بعدم التكامل.

ومما يزيد هذه التجربة صعوبة أن التشوه الجسمي الناتج عن البتر غالبا ما يترافق مع ما يعرف بالألم الوهمي، الذي يتمثل في إحساس مؤلم يستمر رغم غياب الطرف المبتور نتيجة استمرار نشاط التمثيلات العصبية المرتبطة به على مستوى الجهاز العصبي، اذ يسهم هذا التداخل بين فقدان الجسدي الواقعي من جهة واستمرار الإحساس بوجود الطرف من جهة أخرى في خلق حالة من المعاناة المزدوجة يعيش فيها المبتور صراعا بين جسد تغير فعليا وجسد لا يزال حاضرا في الذاكرة الحسية، وهذا ما يفاقم الارتباك الجسدي والاضطراب النفسي ويعقد مسارات التكيف.

وفي ضوء التعقيدات النفسية-الجسدية التي تفرزها تجربة البتر وما يصاحبها من اضطرابات حسية تشير الأدبيات إلى أن بتر الأطراف السفلية الناتج عن داء السكري يعد من أكثر المضاعفات خطورة وانتشارا لما

يحمله من ابعاد صحية ونفسية واجتماعية متداخلة، فقد بينت دراسة كريج (Craig, 2005) أن عدد حالات البتر المسجلة خلال فترة الدراسة قد بلغ (7887) حالة، مع تسجيل معدل مرتفع لبتر الأطراف السفلية المرتبط بداء السكري الذي بلغ (1397) حالة لكل مائة ألف من إجمالي حالات البتر في أستراليا، وهو ما يعكس العبء الذي يفرضه المرض ومضاعفاته.

تبرز هذه النتائج في مجملها أن داء السكري لاسميا عند تطوره إلى بتر الأطراف السفلية لا يعد مجرد حالة مرضية عضوية بل تجربة نفسية جسدية مركبة تحدث اختلالات انفعالية عميقة تنعكس سلبا على جودة الحياة والقدرة على التكيف النفسي والاجتماعي، وهو ما يستدعي فهما أعمق للتجربة المرضية وتعزيز فرص التكيف والاندماج الوظيفي والاجتماعي.

من خلال هذا يبرز مفهوم صورة الجسد بوصفه محورا أساسيا لفهم التغيرات النفسية المصاحبة للبتر، إذ تعد بنية معرفية-انفعالية متعددة الأبعاد تتشكل من خلال التفاعل بين المعطيات الحسية والحركية والعمليات الإدراكية المرتبطة بالوعي بالجسد ووظائفه وحدوده. إذ عقب البتر يحدث اضطراب جوهري في هذه البنية نتيجة الانفصال بين المخطط الجسدي العصبي (Body Schema) القائم على تمثيلات قشرية ثابتة نسبيا، وبين الصورة الجسدية الواعية (Body Image) التي يدرك الفرد من خلالها جسد إدراكي وبصريا، ويؤدي هذا الانفصال إلى خلل في تكامل صورة الجسد الذي يتجلى في صعوبة تحديث التمثيلات الجسدية بما يتوافق مع الوضع الجديد، مما ينتج عنه اضطراب صورة الجسد.

تشير بعض الأبحاث والدراسات إلى أن هذا الاضطراب مرتبط بارتفاع مستويات القلق الجسدي وتراجع التقدير الذاتي المرتبط بالمظهر، وتكوين اتجاهات سلبية نحو الجسد، وإن تعثر عملية إعادة بناء صورة جسدية متكاملة يسهم في استمرارية نشاط الخرائط القشرية للطرف المفقود، وهو ما يفسر تواصل ظاهرة الألم الوهمي وصعوبات التكيف اللاحقة، من أبرز الدراسات التي أكدت على هذا دراسة جليل (2010) التي تناولت الصورة الجسمية لدى المبتورين المصابين بداء السكري وجود اضطراب واضح في إدراك الجسد تجلى في مشاعر القلق، والتجنب، والحزن، والإحساس بالتهديد وفقدان جزء من الهوية الجسدية وتقدير الذات، مع اختلاف شدة الاضطراب تبعا للخصائص الفردية لكل حالة.

انطلاقا من ذلك تعد معالجة اضطراب صورة الجسد محور اساسي في برامج التدخل العلاجي الموجهة لمبتوري الأطراف، إذ تمثل استعادة التناسق بين التمثيل العصبي والتمثيل الإدراكي شرطا ضروريا لنجاح التأهيل النفسي الحركي، وتحسين القدرة على التكيف، والحد من المظاهر السيكوسوماتية المرتبطة بصدمة البتر، من هنا يبرز العلاج القائم على انعكسات المرآة (Mirror Therapy) كأحد التدخلات الفعالة لما يتيح من امكانية إعادة تنظيم

الخرائط العصبية وتصحيح التمثيل الإدراكي للجسد من خلال تقديم إدراكي بصري بديل للطرف المفقود، بما يسهم في تحسين الوعي الجسدي والتقليل من الاضطرابات المصاحبة لفقدانه.

من الدراسات التي أشارت إلى هذا دراسة رامشاندان (Ramachandran, 2021) التي هدفت إلى تحديد مدى قدرة العلاج بالمرآة على تخفيف ألم الطرف الشبح وتحسين الإحساس بالطرف لدى المرضى الذين خضعوا لعمليات بتر، أين اعتمد الباحثون فيها على المنهج الوصفي-التحليلي، وذلك من خلال إجراء مراجعة منهجية وتحليل تجميعي (Meta-analysis) لعدد من التجارب العشوائية المحكمة (RCTs)، أين شملت (11) دراسة ضمت في مجموعها (491) مريضاً مبتور الطرف، والتي استخدمت عدة مقاييس أهمها مقاييس شدة الألم، ومقاييس الإحساس الوهمي بالطرف، إضافة إلى بروتوكولات علاجية تعتمد على جلسات العلاج بالمرآة، والتي أظهرت نتائجها انخفاضاً دالاً في شدة ألم الطرف الشبح وتحسناً في الإحساس الوهمي والتحكم الحركي خصوصاً عند المرضى الذين تلقوا جلسات علاجية مكثفة ومنتظمة، وذلك ما أكد جدوى العلاج بالمرآة كتدخل بسيط منخفض التكلفة.

رغم ما أكدته هذه الدراسات من فعالية هذا النوع من التدخلات في التخفيف من الألم الوهمي وتحسين التمثيل الجسدي إلا أن الأبحاث التي تناولت أثر هذا العلاج في تعديل اضطرابات صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف لا تزال محدودة -في حدود الاضطلاع- خاصة على مستوى السياق الصحي المحلي، وانطلاقاً من هذا جاءت هذه الدراسة للكشف عن أثر برنامج علاجي قائم على انعكاسات المرآة في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف على مستوى السياق الجزائري، وذلك من خلال دراسة على ثلاث حالات تخضع للعلاج على مستوى مستشفى أحمد مدغري بولاية عين تموشنت، وبناءً على هذا طرح التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف؟

- ما أثر برنامج علاجي قائم على انعكاسات المرآة في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف؟

فرضيات الدراسة:

- توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف لصالح القياس البعدي.

- للبرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة أثر ايجابي في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالة الى:

- الكشف عن أثر البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف.
- تحديد مستوى اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة.
- التحقق عما إذا كانت هناك فروق بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف.

أهمية الدراسة

تساهم هذه الدراسة من الناحية العلمية الى:

- إثراء مجال علم النفس العيادي من خلال تناولها أحد الاساليب العلاجية الحديثة نسبياً، والمتمثل في العلاج القائم على انعكاسات المرأة بوصفه أحد العلاجات الموجهة لمبتوري الاطراف.
- دمج المقاربات الإدراكية والجسدية في العلاج النفسي لمبتوري الأطراف.
- اما من الناحية التطبيقية فتساهم في:
- قابلية تطبيق البرنامج العلاجي القائم على المرأة في مختلف مراكز التأهيل النفسي والحركي، لما يتميز به من بساطة وفعالية وقلة التكلفة.
- تمكين الأخصائيين النفسيين من امتلاك أداة علاجية عملية ومجربة تساهم في التخفيف من الاضطرابات النفسية الناتجة عن تجربة البتر لاسيما اضطرابات صورة الجسد.
- تحسين ودعم التكيف النفسي والاجتماعي لمبتوري الأطراف وتعزيز تقبلهم لذواتهم الجسدية.

المفاهيم الاجرائية للدراسة:

- **البرنامج العلاجي:** يقصد به خطة علاجية منظمة تتضمن مجموعة من الجلسات والأنشطة الموجهة التي تهدف إلى تحقيق تغيير نفسي وسلوكي لدى مبتور الأطراف، بالاعتماد على أسس علمية ومبادئ نفسية دقيقة، كما انه مبني وفق أهداف محددة تتناسب مع طبيعة الاضطراب وخصائص الحالات المستهدفة، وينفذ في اطار زمني وبروتوكول علاجي منظم.
- **البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة:** يعرف اجرائيا في هذه الدراسة على انه برنامج علاجي تأهيلي يقوم على استخدام المرأة كوسيلة بصرية لتحفيز الدماغ على اعادة تنظيم الخرائط العصبية المرتبطة بالطرف المبتور، وبهدف تحسين التمثيل الجسدي وتعزيز الوعي بالجسد.
- **صورة الجسد:** تعرف اجرائيا في هذه الدراسة على انها الصورة التي يكونها مبتور الطرف في ذهنه عن جسده، وما يصاحبها من مشاعر واتجاهات سلبية أو إيجابية حول هذا المظهر، والتي تظهر من خلال اجابته على المقياس المستخدم في هذه الدراسة، بحيث تشير الدرجات المنخفضة الى ضعف إدراك صورة الجسد واضطرابها.
- **مبتورو الأطراف:** يقصد بهم في هذه الدراسة على انهم اشخاص فقدوا عضوا من اجسادهم، ويعانون من صعوبات في التكيف النفسي مع صورتهم الجسدية الجديدة.

الفصل الثاني: برنامج علاجي قائم على إنعكاسات المرأة

تمهيد

1. مفهوم البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة
2. التاريخ العلاجي للعلاج بالمرأة
3. مساهمات تطورات العلاج بالمرأة
4. أسس ووضعيات العلاج بالمرأة
5. التفاعلات بين الرؤية والحركة والصورة المرآتية
6. الاستخدامات المختلفة للعلاج بالمرأة

خلاصة

تمهيد:

يعد العلاج بالمرأة من المقاربات الحديثة في مجال إعادة التأهيل العصبي والنفسي، حيث يندرج ضمن البرامج العلاجية التي تسعى إلى استثمار قدرات الدماغ على التكيف وإعادة التنظيم أو ما يعرف بالدونة العصبية. وقد برزت أهمية هذه التقنية خاصة في علاج ألم الطرف الوهمي لدى مبتوري الأطراف، ثم امتد استخدامها ليشمل حالات أخرى مثل الشلل النصفي بعد السكتة الدماغية والاضطرابات الحسية-الحركية.

يعتمد هذا النوع من العلاج على مبدأ بسيط ظاهرياً لكنه عميق من حيث تأثيره العصبي، إذ يوظف التغذية الراجعة البصرية لإحداث وهم حركي يعيد للدماغ صورة متكاملة للجسم، مما يساعد على تقليل التناقض بين الإشارات الحسية والحركية.

وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى مختلف الجوانب النظرية والتطبيقية للعلاج بالمرأة، بدءاً بتعريفه وأصوله التاريخية، مروراً بمساهماته وتأثيراته، وصولاً إلى حدوده وشروط تطبيقه، إضافة إلى عرض استخداماته المختلفة في المجال العلاجي.

1. مفهوم البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة:**1.1. مفهوم البرنامج العلاجي:**

تعرف سعدية بهادر (1987) البرنامج بأنه "تكنيك دقيق محدد تتبعه المشرفة في تهيئة وإعداد الموقف لمدة زمنية محددة وفقاً لتخطيط وتقييم هادف. (مفضل، 1998، ص 12)

هو مجموعة من الإجراءات والخطوات المنظمة والمخطط لها مسبقاً، تُستخدم بهدف مساعدة الفرد على التخفيف من المشكلات أو الاضطرابات النفسية أو السلوكية أو الجسدية التي يعاني منها، وذلك من خلال تطبيق مجموعة من الأساليب والفنيات العلاجية وفق أهداف محددة وخلال مدة زمنية معينة. ويُبنى البرنامج العلاجي على أسس علمية تراعي خصائص الحالة واحتياجاتها، كما يهدف إلى تحقيق التوافق النفسي وتحسين مستوى الأداء والتكيف لدى الفرد، ويمكن أيضاً تعريفه بأنه خطة علاجية متكاملة تتضمن أهدافاً، جلسات، أنشطة، وتقنيات علاجية، يتم تنفيذها بصورة تدريجية ومنظمة من أجل إحداث تغيير إيجابي في سلوك الفرد أو حالته النفسية والانفعالية.

2.1. مفهوم العلاج بالمرأة:

يعد العلاج بالمرأة من الأساليب العلاجية التي تستحق اهتماماً خاصاً، وقد بدأ استخدامه منذ أوائل تسعينيات القرن الماضي من قبل عالم الأعصاب السلوكي الأمريكي فيليانور راماشاندران (Vilayanur Ramachandran)

الذي يعد من أبرز علماء الأعصاب المعاصرين (جامعة كاليفورنيا - سان دييغو)، تم تطوير العلاج باستخدام المرأة في البداية بهدف التخفيف من الألم الوهمي الناتج عن بتر الأطراف، حيث يعتمد هذا الأسلوب على إحداث وهم بوجود مخطط جسدي كامل بعد البتر، مما يؤدي إلى تقليل أو حتى إزالة الألم الوهمي. (Aneta, P, 2013, Pp43)

يعد العلاج بالمرأة تقنية تأهيلية تعتمد على التغذية الراجعة البصرية من خلال انعكاس الطرف السليم في المرأة، حيث يتم وضع المرأة على طول الخط الناصف للجسم مما يسمح بإخفاء الطرف المصاب وإعطاء المريض وهما بصريا بأن طرفه يعمل بشكل طبيعي اعتمادا على انعكاس الطرف السليم، ومن خلال هذه الخدعة البصرية يتم تنشيط العصبونات المرآتية وتعزيز اللدونة الدماغية. (Altschuler, 2009, Pp 132) (Ramachandran &

يمكن أيضا تعريف هذا النوع من العلاجات بأنه خلق وهم حركي لطرف من الأطراف وذلك من خلال مشاهدة الصورة المنعكسة للطرف المقابل السليم أثناء قيامه بالحركة داخل المرأة، وتستعمل المرأة هنا كوسيلة تغذية راجعة بصرية. (Adrien, 2019, Pp 12)

تكون هذه الخدعة البصرية موجودة عندما يكون الطرف ثابتا لكنها تصبح أكثر فاعلية عند الحركة خاصة عند أداء حركات متزامنة للطرفين العلويين، لذلك يفضل الاعتماد على التدريب الثنائي (باستخدام كلا الذراعين) عند تطبيق هذه التقنية. (Bruchez R, Jequier G, 2016, Pp 58)

كما يمكن أن تكون هذه التقنية مفيدة أيضا في إعادة تأهيل مرضى السكتة الدماغية الذين يعانون من ضعف أو شلل في الأطراف، وتظهر فعالية هذه التقنية رغم بساطتها مدى تعقيد ومرونة الدماغ البشري (اللدونة العصبية). الفكرة الأساسية للعلاج بالمرأة هي أن الدماغ قادر على "التعلم وإعادة التوصيل العصبي" اعتمادا على المدخلات البصرية، لذلك اقترح الباحثون أنه إذا تم تقديم تغذية راجعة بصرية توحى بأن الطرف يتحرك بشكل طبيعي، فقد يساعد ذلك على تعديل هذا التعلم الخاطئ وتخفيف ألم الطرف الوهمي، ولتحقيق ذلك تم استخدام صندوق المرأة (Mirror Box) بحيث يتم خلق وهم بصري بأن الطرف المبتور يتحرك فعليا من خلال انعكاس الطرف السليم، وكان الهدف هو إعطاء الدماغ تغذية راجعة بصرية تساعد على "إعادة برمجته". (Aneta, P, 2013, Pp 43)

العلاج بالمرأة هو تدخل علاجي واعد لعلاج ألم الطرف الوهمي (PLP)، ويعتمد على استخدام التغذية الراجعة البصرية لمعالجة التعارض الحسي-الحركي المرتبط بالأطراف المفقودة، حيث تتضمن هذه التقنية وضع مرآة في موضع يسمح بانعكاس الطرف السليم حيث يعطي هذا الانعكاس وهما بوجود جسم كامل، وبذلك يتمكن المريض من أداء حركات تبدو وكأنها تصدر من الطرف المفقود، بحيث إن هذه التغذية الراجعة البصرية قد

تساعد على إعادة تنظيم التمثيل القشري للطرف في الدماغ، مما يؤدي إلى تقليل تجربة الألم (Yildirim and Sen, 2020).

أثبتت هذه التقنية فعاليتها بسرعة حيث تعتمد على توفير تغذية راجعة بصرية تجعل المريض يشعر وكأن الطرف المفقود يتحرك استجابة للأوامر الحركية. وبذلك، توفر المرأة مدخلا بصريا سليما يساعد الدماغ على استقبال معلومات حسية بديلة، مما يخلق وهما حركيا إيجابيا للطرف المفقود ويساهم في تخفيف الألم. نشأت فكرة العلاج بالمرأة من ملاحظة أن المرضى الذين كانوا يعانون من شلل في الطرف قبل البتر لم يشعروا بحركته لاحقا، بينما المرضى الذين كانت أطرافهم تعمل بشكل طبيعي قبل البتر استمروا في الإحساس بحركة الطرف المفقود، وقد أدى هذا المفهوم المعروف بـ "الشلل المتعلم" إلى فكرة أن الدماغ يمكن إعادة برمجته، حيث افترض راماشاندران (Ramachandran) أن ألم الطرف الوهمي ناتج عن عدم التوافق بين القشرة الحركية والمدخلات البصرية، وأنه يمكن "خداع" الدماغ باستخدام المرأة ليعتقد أن الطرف ما يزال موجودا، وقد أظهرت هذه التقنية فعالية في تقليل أعراض الطرف الوهمي لدى العديد من المرضى، مما يجعلها خيارا علاجيا مهما. (Ramachandran, R, 1995, Pp 377)

ومن خلال سبق يمكن القول أن العلاج بالمرأة تقنية علاجية واعدة تستخدم في مجالات إعادة التأهيل، يحث تتيح إعادة بناء وعي جسدي وحركي وحسي جديد سواء في حالة فقدان الطرف (كما في حالة البتر) أو حالات الاضطرابات الحسية الحركية والألم.

وتعتمد هذه التقنية على أحداث خداع بصري عبر انعكاس الطرف السليم بما يوحي للدماغ بأن الطرف المفقود لا زال موجودا، مما يساعد على تصحيح التباين بين الإشارات الحسية والحركية، حيث أثبتت العديد من الدراسات فعالية هذه الطريقة في علاج الآلام العصبية، الأمر الذي جعلها تستخدم على نطاق واسع في إعادة التأهيل العصبي، خصوصا في تحسين إدراك صورة الجسد وتقليل الإحساس بالألم.

2. التاريخ العلاجي للعلاج بالمرأة:

يعد العلاج بالمرأة تقنية حديثة نسبيا في إعادة التأهيل، فقد تم وصفه لأول مرة سنة 1996 من طرف فيليانور راماشاندران (Vilayanur Ramachandran)، وهو عالم أعصاب من أصل هندي معروف بأبحاثه في علم الأعصاب السلوكي، ومدير مركز الدماغ والإدراك بجامعة كاليفورنيا (سان دييغو). (Ramachandran, 2005, Pp 23-32)

في كتابه الدماغ يصف راماشاندران أول مرة استخدم فيها المرأة في العلاج، وذلك قبل حوالي عشر سنوات من نشر الكتاب (حوالي 1995) أين كان يعالج مريضا مبتورا الذراع الأيسر فوق مستوى المرفق، وكان يعاني من

إحساسات وهمية مؤلمة في اليد المفقودة، ومن خلال الفحص الحسي لاحظ أن تحفيز مناطق معينة في الوجه وأعلى الذراع يؤدي إلى إحساس يُفسَّر على أنه صادر من اليد المفقودة. (Ramachandran VS, Rogers, 1995, Pp 377)

شرح راماشاندران (Ramachandran) أنه وفقا لـ «الهومنكولوس» الخاص بـ بنفيلد، فإن التمثيل القشري للوجه يقع بجانب تمثيل اليد في القشرة الدماغية، وأن آليات إعادة التنظيم القشري يمكن أن تفسر هذه الظاهرة، وقد دعمت هذه الفرضية دراسات التصوير الدماغية خاصة تقنيات المغناطيسية الوظيفية (MEG)، فعندما كان يتم لمس وجه هذا المريض كانت تنشط في دماغه مناطق تمثيل الوجه وكذلك مناطق تمثيل اليد، وهذا ما يثبت أن الدماغ يتمتع بقدرة على اللدونة والتكيف، وهي فكرة كانت آنذاك لا تزال غير مقدرة بشكل كاف في الدراسات الطبية. يمكن للمرضى مبتوري الأطراف أن يشعروا وكأنهم قادرون على رفع أيديهم للتحية أو الإحساس بمصافحتها، رغم غيابها فعليا، غير أن المعلومات البصرية تتعارض مع هذه الأفعال والإحساسات التي يعتقدون أنهم يقومون بها، ويطلق على هذا الوهم الإدراكي اسم «وهم الطرف الوهمي»، وغالبا ما يكون مصحوبا بإحساسات بحركات غير طبيعية وآلام مزمنة، ومن هنا جاءت فكرة العلاج بالمرآة.

تقوم هذه الفكرة على وضع مرآة بشكل عمودي تفصل بين الطرفين العلويين مع إخفاء الطرف المبتور خلفها، بحيث يرى المريض انعكاس الطرف السليم في مكان الطرف المفقود. هذا الأسلوب يوهم الدماغ بأن الطرف المبتور ما يزال موجودا، وبذلك يستطيع المريض تحريك يديه كما لو كان «قائد أوركسترا»، ويؤدي التغذية الراجعة البصرية الناتجة عن انعكاس المرأة إلى تنشيط الطرف الوهمي، مما يساهم في تخفيف الألم أو التشنجات.

ومن المهم الإشارة إلى أنه في حالة المريض المبتور يكون الدماغ سليما، مما يجعل فكرة إعادة التنظيم العصبي أكثر قابلية للتفسير نظرا لعدم وجود إصابة دماغية، وهذا يختلف عن الحالات التي تتضمن تلفا دماغيا. (Mendelzweig, 2011, Pp 331)

وينطبق هذا أيضا على المرضى الذين يعانون من متلازمة الألم الناحي المركب (SDRC)، حيث يربط هؤلاء المرضى الحركة بالألم، مما يؤدي إلى تجنب الحركة (رهاب الحركة)، إلا أن رؤية الطرف وهو يتحرك دون ألم من خلال المرأة تساعد على تقليل هذا الإحساس بالألم (مع العلم أن الألم في الحالة الطبيعية له وظيفة وقائية، لكنه هنا يكون ناتجا عن خلل). وقد ساهمت أعمال موزلي في ترسيخ استخدام العلاج بالمرآة لهذه الفئة من المرضى، وأصبح يوصى به ويستخدم بشكل شائع في الممارسة. (Moseley GL, 2005, Pp 65)

وفي عام 1999 شارك راماشاندران (Ramachandran) مع ألشولر (Altschuler) في أول دراسة حول العلاج بالمرآة لدى المرضى المصابين بشلل نصفي، وقد شملت الدراسة 9 مرضى، وكان هدفها تحسين التحكم الحركي

المتضرر نتيجة السكتة الدماغية (التي تراوحت مدتها بين 6 أشهر و25 سنة). خضع المرضى لجلسات علاج بالمرأة لمدة 4 أسابيع تلتها جلسات باستخدام لوح شفاف وضع بطريقة مماثلة للمرأة لمدة 4 أسابيع أخرى، وأظهرت النتائج تحسناً أكبر في الأداء الحركي خلال فترة العلاج بالمرأة مقارنة باستخدام اللوح الشفاف، غير أن حجم العينة كان صغيراً مما لا يسمح بتأكيد فعالية هذه التقنية بشكل قاطع. (Altschuler & Wisdom, 1999, Pp353)

وبعد مرور حوالي 20 سنة أجريت العديد من الدراسات التي أظهرت أغلبها وجود تأثير إيجابي للعلاج بالمرأة على استعادة الوظائف الحركية لدى المرضى المصابين بإصابات دماغية، ومع ذلك لا يمكن إثبات تفوق هذه التقنية بشكل قاطع مقارنة بالطرق الأخرى لإعادة التأهيل الحركي، ولكنها أثبتت فعاليتها بشكل واضح مقارنة بالأساليب الأخرى فيما يتعلق بتخفيف الألم. (Chan BL & Witt, R, 2007, Pp 357)

3. مساهمات وتطورات العلاج بالمرأة:

3.2. مساهمات العلاج بالمرأة:

تظهر الدراسات التي تم تحليلها تأثيرات العلاج بالمرأة عبر الزمن (التقييم داخل المجموعة)، وكذلك مقارنة بالعلاج التقليدي (التقييم بين المجموعات) على مختلف المعايير الوظيفية، ويقصد بالعلاج التقليدي هنا العلاج الفيزيائي المعتاد الذي يتلقاه الطفل في حياته اليومية، والذي لم يتم تفصيله بشكل دقيق من طرف المؤلفين. قبل تلخيص هذه النتائج من المهم الإشارة إلى أن مفهوم الزمن يجب التعامل معه بحذر فقد لوحظ وجود تباين في بروتوكولات التقييم بين الدراسات، إذ إن دراستين فقط قامتا بتقييم ما بعد التدخل (بعد 3 أسابيع في إحدهما، وبعد 5 أسابيع في الأخرى)، بينما أجرت دراستان أخريان التقييم مباشرة بعد انتهاء التدخل. كما أن مدة البرامج العلاجية نفسها كانت متفاوتة، حيث تراوحت بين 5 و12 أسبوعاً. وبالتالي، فإن تأثير العلاج بالمرأة على المدى البعيد لا يزال غير معروف، ولا تتوفر إلا معطيات حول المدى القصير والمتوسط. ولتسهيل العرض، سيتم استخدام مصطلح "الزمن" بشكل عام في هذا العمل. (Kara & Yardimci, 2019, Pp1-12)

3.2. تأثيرات العلاج بالمرأة:

يبدو أن العلاج بالمرأة يساهم في تحسين عدة وظائف مع مرور الوقت مثل قوة القبض وقوة الضغط، والدقة الحركية، ووظيفة الطرف العلوي، وكذلك استخدامه في أنشطة الحياة اليومية. ومع ذلك فإن النتائج المتعلقة بالدقة الحركية يجب تفسيرها بحذر لأنها مستخلصة من دراسة واحدة فقط.

وتتوافق هذه النتائج مع ما ورد في المراجعة المنهجية ل بارك وزملائه (Park et al, 2016) والتي تشير إلى أن العلاج بالمرأة فعال في تحسين القوة العضلية، وسرعة الحركة، والدقة الثنائية في استخدام اليدين (Park & Baek, 2016, Pp 28) في المقابل لا يبدو أن للعلاج بالمرأة تأثيرا واضحا على الوظائف الحسية، كما أوضحت دراسة بروشيه وفريقه (Bruchez et al) كما يبقى من الضروري تأكيد أو نفي هذه النتائج من خلال دراسات إضافية. أمام هذه النتائج الأولية المشجعة يطرح تساؤل مهم حول مكانة العلاج بالمرأة في التكفل بالأطفال المصابين بالشلل النصفي، ومدى فعاليته مقارنة بالأساليب التأهيلية الأخرى التي أثبتت فعاليتها مسبقا. (Novak & Morgan, 2020, Pp 20)

3.3. حدود العلاج بالمرأة:

تظهر تقنية إعادة التأهيل المعروفة باسم العلاج بالمرأة عدة حدود، حيث يتطلب العلاج بالمرأة تركيزا مرتفعا من المريض لمدة معينة لا تقل عن 15 دقيقة، وقد يكون هذا الانتباه المستمر صعبا خاصة لدى الأطفال، وقد تم التأكيد على هذه الصعوبة في التركيز في العديد من الدراسات التي تم تحليلها، بالإضافة إلى ذلك فإن الطبيعة التكرارية للمهمة المطلوبة مع هذا الشرط المتمثل في الانتباه المستمر لا تسمح إلا بجرعة منخفضة من هذه التقنية التأهيلية. إن هذا الجرعة المنخفضة أثناء العلاج بالمرأة قد تحد من حجم التأثيرات، ومن المعروف أن العلاقة بين الجرعة والتأثير تعد عنصرا أساسيا في التكفل بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي، حيث أثبتت العديد من المقاربات المكثفة فعاليتها اليوم، وقد تفسر هذه الحدود جزئيا سبب عدم إظهار العلاج بالمرأة تفوقا مقارنة بعلاج آخر فيما يتعلق بتحسين المؤشرات الوظيفية. (Savelli & Pinard, 2014)

كما يمكن تفسير اختلاف الفعالية بين الأطفال والبالغين المصابين بالشلل النصفي الجزئي (الهيميباريزية) من خلال توقيت حدوث الإصابة الأولية: آفات خلقية أو مبكرة على دماغ في طور النمو (الأطفال) مقابل آفات مكتسبة على دماغ ناضج (البالغون)، وقد طُرحت عدة فرضيات لفهم تأثير التغذية الراجعة البصرية على إعادة تعلم الحركة لدى البالغين، من بينها: تنشيط نظام العصبونات المرآتية اعتمادًا على نظرية التعلم بالملاحظة، وإعادة تنشيط المسارات العصبية الجانبية (الإبسلترالية) الخاملة، وزيادة الوعي المكاني لدى الفرد (وخاصة الوعي بالطرف المصاب)، مما يؤدي إلى تقليل ظاهرة "الشلل المكتسب" (Deconick&Smorenburg , 2013 ,Pp 13)

ووفقا لهذه الفرضيات فإن فعالية العلاج بالمرأة لدى البالغين المصابين بالشلل النصفي تعتمد على شبكات عصبية موجودة مسبقا رغم أنها متضررة، والتي تم تشكيلها خلال تجارب تطور حركي طبيعي سابق. ووفقا ل بروشيه وآخرون (Bruchez et al) فإن مفهوم الشلل المكتسب قد يكون أكثر ملاءمة للبالغين مقارنة بالأطفال،

الذين لم تتح لهم الفرصة لتعلم وتطوير أنماط حركية طبيعية، وبالتالي وكأي تقنية إعادة تأهيل، فإن العلاج بالمرأة له حدوده، ومزاياه، وآفاقه. (Bruchez & Jequier, 2016, Pp 58)

4.3. آليات تطبيق العلاج بالمرأة:

تشير الأدبيات المتوفرة إلى أنه ينصح بممارسة العلاج بالمرأة مرة واحدة يوميا على الأقل لمدة لا تقل عن عشرة (10) دقائق، أما الحد الأقصى لمدة الجلسة فيعتمد على القدرات المعرفية للمريض و/أو ظهور آثار جانبية سلبية، لكنه في معظم الحالات يكون حوالي ثلاثين (30) دقيقة، كما يمكن تقسيم الجلسة الواحدة إلى جلستين أقصر (من 10 إلى 15 دقيقة) مع استراحة قصيرة بينهما إذا لم تسمح قدرات المريض بجلسات أطول. وفي العديد من البيئات السريرية قد يكون من الصعب تطبيق جلسة يومية تحت إشراف مختص لذلك من الضروري تدريب المرضى مبكرا على الممارسة الذاتية باستخدام المرأة لزيادة كثافة العلاج، كما يمكن متابعة هذا التدريب غير الموجه باستخدام سجلات خاصة لتتبع التقدم. (Rothgangel & Braun, 2011, Pp 1-13)

4. أسس ووضعيات العلاج بالمرأة:

1.4. وضعية الطرف المصاب:

- يجب وضع الطرف المصاب على طاولة قابلة لتعديل الارتفاع، بحيث تتناسب مع طول جذع وذراع المريض.

- كما يجب يوضع الطرف المصاب خلف المرأة في وضعية آمنة ومريحة قدر الإمكان، وفي حالة وجود التشنج العضلي شديد قد يكون من الضروري إجراء تحريك يدوي أولي للطرف قبل وضعه.

2.4. وضعية الطرف السليم:

- يجب على المريض محاولة تعزيز الوهم المرآتي (أي إدراك صورة المرأة كأنها الطرف المصاب) من خلال مطابقة وضعية الطرف السليم مع الطرف المصاب، فكلما كانت الوضعيتان متشابهتين زادت قوة الوهم المرآتي وفعالتيته. (Andreas & Susy, 2013, Pp7)

3.4. المرأة:

- يجب أن يكون حجم المرأة كافيا لتغطية الطرف المصاب بالكامل، وأن يسمح للمريض برؤية جميع الحركات الرئيسية في الانعكاس.

- تتوفر المرايا بمواد مختلفة مثل الزجاج والرقائق العاكسة، والأكريليك، وعند اختيار المرأة يجب مراعاة النقاط التالية:

أن تعطي صورة انعكاسية واضحة دون تشوهات ملحوظة .

أن تكون آمنة ولا تسبب خطراً للإصابة، مثل وجود حواف حادة أو قابلة للكسر. (Susy, 2013, Pp 5)

(Andreas &

4.4. وضعية المرأة:

– عادة ما يتم وضع المرأة أمام خط منتصف جسم المريض بحيث يغطي الطرف المصاب بالكامل خلفها، ويكون انعكاس الطرف السليم مرئياً بشكل كامل، وفي حالات الإهمال النصفى أو التشنج الشديد يمكن تعديل وضعية المرأة بشكل مائل نحو الطرف السليم.

والنقطة الأساسية عند ضبط وضعية المرأة هي التأكد من أن الصورة المنعكسة تتطابق قدر الإمكان مع إدراك المريض للطرف المصاب مما يعزز فعالية العلاج. (Thieme & Mehrholz, 2012, Pp14)

5.4. الوهم البصري:

يطلب من المرضى التركيز على انعكاس المرأة لمدة دقيقة إلى دقيقتين مع محاولة تخيل أن الصورة المنعكسة تمثل الطرف المصاب، كما يمكن توجيه المرضى لتخيل أنهم ينظرون من خلال نافذة بدلاً من مرآة لتعزيز وضوح الوهم البصري، ويمكن للمعالج استخدام تنبيه ثنائي ومتزامن (مثل اللمس) لتعزيز هذا الوهم، وتبدأ التمارين الأولى عندما يصرح المريض بأنه أصبح يدرك الصورة المنعكسة على أنها الطرف المصاب. (Pp 9 Andreas & Susy, 2013,

6.4. إيقاف العلاج بالمرآة:

يجب تطبيق العلاج بالمرآة لمدة لا تقل عن خمسة إلى ستة أسابيع بشكل متواصل، وذلك من أجل تقييم التأثيرات المحتملة للعلاج، أما المدة الإجمالية للعلاج فتتوقف على استمرار التحسن في الوظائف كما يلاحظها المريض أو المعالج، وكذلك على مدى شعور المريض بأن العلاج مفيد له. ويجب إيقاف العلاج في حالة ظهور آثار جانبية سلبية مستمرة، أو عندما يصبح التدريب الذاتي غير الموجه كافياً بمفرده لتحقيق الفائدة العلاجية المطلوبة. (Braun & Kleynen, 2008, Pp 22)

5. التفاعلات بين الرؤية والحركة والصورة المرآتية:

عند الشخص السليم لا تكون أنماط الحركة عند إسقاط بصري للطرف العلوي فوق موضع الطرف المقابل كما هي في حالة الرؤية المباشرة مقارنة بالرؤية عبر المرأة، وهذا يوضح أن الفصل التقليدي بين المدخلات الحسية والمخرجات الحركية ليس دقيقاً بالكامل، ويطرح تساؤلاً حول الآليات العصبية وراء تأثيرات المرأة في الأمراض العصبية.

إن التغذية الراجعة البصرية عبر المرأة "تحيي" الطرف المشلول، حيث يبدو وكأنه يتحرك بشكل طبيعي، مما يخلق وهما بصريا بتحسين الحركة، أي أن صورة الحركة في فضاء افتراضي قد تؤثر على وظيفة الطرف في الواقع، وقد لوحظ زيادة في نشاط القشرة الحركية الأولية والمخيخ أثناء استخدام المرأة، حيث يرى بعض الباحثين أن تأثير العلاج بالمرأة يرتبط بالخلايا العصبية المرآتية وهي خلايا تنشط عند تنفيذ الحركة أو تخيلها أو ملاحظتها، وتلعب دوراً في التعلم الحركي عبر التقليد. كما تشير دراسات أخرى إلى دور مناطق قشرية جذارية وخلفية خاصة البريكونيوس (Precuneus) في تمثيل الذات. وتُفسر التأثيرات العلاجية للمرأة بأن الوهم البصري الناتج عن الحركة يسمح بتنفيذ "طبيعي" لها، مما يساعد على تقليل "عدم الاستخدام المكتسب" للطرف المصاب. (Jean-Marie Beis et al, 2010, Pp 246).

إن استخدام المرأة يمكن من خلال الصورة المنعكسة التي تعود منها أن يستفاد منه من أجل خلق خداع حسي أو فرض تفعيل استراتيجيات النسخ الحركي (motor copy strategy) للطرف المصاب عند المريض المصاب بالشلل النصفي، والذي يعاني من عجز حسي-حركي أو إهمال مكاني، وبالتالي يمكن استخدامه في إعادة التأهيل، فمنذ الملاحظة الأصلية لكل من راماشاندران وراجر (Vilayanur Ramachandran) أصبح استخدام الصور المرآتية يحتل مكانة متزايدة الأهمية في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل، وخاصة في مجال إعادة التأهيل العصبي. (Sathian, 2009, Pp 23).

إن عدد المرضى المصابين بسكتة دماغية الذين تحسّنوا بفضل التغذية الراجعة البصرية عبر المرأة التقليدية للطرف العلوي المشلول أكبر من عدد المرضى الشواهد الذين يستخدمون الزجاج الشفاف، حيث يمكن للصورة المرآتية أن تلعب دوراً في "إلغاء التعلم" لعدم الاستخدام المكتسب، والذي يؤدي إلى نشاط غير طبيعي للطرف المصاب. (Altschuler & Wisdom, 1999, Pp 353).

وقد أشار يافوزر وآخرون (Yavuzer et al, 2008, Pp 8) إلى أنه هناك نتائج دراسة عشوائية محكمة تقيم آثار العلاج بالمرأة على اليد المشلولة، والتي شملت أربعين مريضاً ضمن برنامج لتحسين وظيفة الطرف العلوي، حيث تضمن حركات متزامنة مثل ثني وبسط المرفق. خلال العلاج كانت مجموعة تنتظر إلى الطرف السليم المنعكس في مرآة موضوعة عمودياً، بينما استخدمت المجموعة الأخرى زجاجاً شفافاً كخدعة بصرية، وقد أدى ذلك إلى اختلاف دال إحصائياً بين المجموعتين لصالح مجموعة المرأة في مراحل التعافي ومؤشرات الوظيفة، بينما لم تتغير التشنجات العضلية.

كما تم تسجيل نتائج مماثلة على الطرف السفلي بعد أربعة أسابيع من العلاج دون تغيير في مقياس التشنج المعدل. ومن بين الآليات المقترحة لتفسير التأثير العلاجي أن العمل الثنائي للأطراف قد ينشط مسارات عصبية

معينة (القشرية الشوكية المماثلة والاتصالات عبر الجسم التقني) مما يسهل استعادة الوظيفة الحركية للطرف المشلول، وأظهرت دراسة أخرى تحسناً في بعض مؤشرات الوظيفة الحركية والحسية لدى مرضى الشلل النصفي، إضافة إلى تحسن ملحوظ في حالات الإهمال النصفي (الانتباه المكاني) مما يدل على تأثير العلاج بالمرأة على الجوانب الحركية والحسية والانتباهية معاً.

6. الاستخدامات المختلفة للعلاج بالمرأة:

1.6. العلاج بالمرأة في حالات الإصابات والرضوض:

يمكن استخدام العلاج بالمرأة في مرحلة ما بعد الجراحة عندما يكون من الضروري إعادة تعلم البرنامج الحركي، ففي دراسة لبيرغيتا وزملائها (Birgitta et al, 2005) تم تضمين مريضات في مرحلة ما بعد الجراحة:

- الحالة الأولى: امرأة عمرها 26 سنة تعرضت لرض على مستوى مفصل الإصبع الثاني، بعد عدة أشهر بدأت العلاج بالمرأة بمعدل 4 مرات يومياً لمدة أسبوعين، مما أدى إلى استعادة الثني النشط للإصبع وتحسن قوة القبض بسرعة.

- الحالة الثانية: امرأة عمرها 58 سنة تعاني من التهاب مفاصل أدى إلى تمزق أوتار اليد، بعد الجراحة خضعت للعلاج بالمرأة، وبعد 10 أيام فقط تمكنت من بدء الثني النشط للإبهام والسبابة مع تنسيق جيد.

2.6. العلاج بالمرأة لدى مرضى السكتة الدماغية (AVC) :

قام راماشاندران (Ramachandran, 1999) بتوسيع استخدام العلاج بالمرأة ليشمل مرضى الشلل النصفي، كما قد أظهرت دراسة ساتيان وزملائه (Sathian et al) فوائد العلاج بالمرأة في إعادة تأهيل مريض مصاب بسكتة دماغية سببت عجزاً حسياً شديداً وعدم القدرة على تحريك الذراع، إضافة إلى إهمال نصفي في الجهة المصابة، حيث تم تقديم العلاج بعد 6 أشهر من الحادث، وقد لوحظ:

- تحسن في الحركة الوظيفية للطرف المصاب

- انخفاض في الألم

- عدم الحاجة إلى النظر إلى الذراع أثناء الحركة

- لكن دون تحسن في الاضطرابات الحسية

وبشكل عام أظهرت الدراسات نتائج إيجابية للعلاج بالمرأة لدى مرضى السكتة الدماغية. (Sathian et al, 1999)

كما بين يافوزر وزملاؤه (Yavuzer et al, 2008) أن هناك تحسنا ملحوظا جدا في استعادة وظيفة الطرف المصاب لدى المرضى الذين استخدموا العلاج بالمرآة مقارنة بمن لم يستخدموه، مع استمرار هذا التحسن حتى بعد 6 أشهر من التوقف عن العلاج.

خلاصة:

يتناول هذا الفصل مفهوم العلاج بالمرآة بوصفه تقنية علاجية تعتمد على التغذية الراجعة البصرية، التي تهدف إلى إعادة تنظيم التمثيل العصبي للجسم والنعيف من الألم، خصوصا لدى مبتوري الأطراف الذين يعانون من ألم الطرف الوهمي، وقد تم تطوير هذه التقنية انطلاقًا من ملاحظات سريرية أبرزت قدرة الدماغ على إعادة برمجة نفسه استجابة للمدخلات الحسية البديلة.

أظهرت الدراسات أن العلاج بالمرآة يساهم في تحسين الوظائف الحركية مثل القوة العضلية والدقة الحركية، كما يساعد في تقليل الألم وتعزيز استخدام الطرف المصاب في الحياة اليومية، إلا أنه رغم تأثيره على الوظائف الحسية لا يزال غير محسوم.

كما عرض الفصل الخلفية التاريخية لهذه التقنية انطلاقًا من أعمال راماشاندران (Ramachandran)، إضافة إلى تفسير آلياتها العصبية المرتبطة بالعصبونات المرآتية وإعادة التنظيم القشري.

ورغم فعاليته يواجه العلاج بالمرآة بعض الحدود من بينها الحاجة إلى تركيز مرتفع وطبيعته التكرارية، مما قد يقلل من إمكانية تطبيقه خاصة لدى الأطفال، كما أن فعاليته تختلف حسب الفئة العمرية وطبيعة الإصابة. وأخيرا تم التطرق إلى شروط تطبيق هذا العلاج من حيث وضعية المريض وتنظيم الجلسات، ومدة العلاج مع التأكيد على أهمية التكرار والمتابعة لتحقيق أفضل النتائج.

الفصل الثالث: صورة الجسم

تمهيد

1. مفهوم صورة الجسم.
2. خصائص صورة الجسم.
3. أهمية صورة الجسم.
4. أنواع صورة الجسم.
5. مكونات صورة الجسم.
6. النظريات المفسرة لصورة الجسم.
7. تأثير البتر على الصورة الجسمية.

خلاصة

تمهيد:

يعد مفهوم صورة الجسم من المفاهيم الأساسية في ميدان علم النفس لشموله مجموعة من الانطباعات والمشاعر التي يكونها الفرد تجاه جسده، كما يكتسب أهمية في ظل التغيرات الاجتماعية والثقافية. خلال هذا الفصل سيتم تسليط الضوء على مفهوم صورة الجسم من خلال التطرق الى تعريفها، أهميتها، أنواعها، ومكوناتها بهدف الاحاطة الشاملة بهذا الموضوع.

1. مفهوم صورة الجسم:

يشير علماء الأنثروبولوجيا إلى أن صورة الجسم هي التصور الذي يكونه الشخص عن جسده، والطريقة التي يبدو له بها بشكل واع إلى هذا الحد أو عبر سياق اجتماعي وثقافي يضيف تاريخه الشخصي عليه طابعا خاصا، فصورة الجسم ليست من المعطيات الموضوعية، إذ أنها ليست واقعا وانما قيمة ناتجة أساسا عن تأثير المحيط والتاريخ الشخصي للفاعل. (دافيد لوبروتون، 1993، ص 145)

وحسب موسوعة علم النفس والتحليل النفسي "فهى الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه وصورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية، إذ أن الأنا الأعلى على حد تعبير فرويد (Freud) هو في الأساس أنا جسمي، ويرى فرانسيسكو (Francisco) "أن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية، إذ ينفصل الأنا عن الأنا بفضل الصورة الجسمية. (عبد القادر، 2003، ص 471)

كما ترى شقير (2009، ص 304) أن صورة الجسم هي الصورة الذهنية والعقلية التي يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي او مكوناته الداخلية واعضائه الداخلية، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء واثبات كفاءته، وما يصاحب ذلك من مشاعر او اتجاهات موجبة او سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

ويرى أيضا النوبي (2010، ص 22) أن صورة الجسم هي مكون إدراكي ووظيفي أساسي في مفهوم الذات، إذ تعبر عن إدراك الفرد لجسده وما يحمله من اتجاهات ومواقف نحوه. كما تمثل عنصرا محوريا في فهم الفرد لذاته، سواء على المستوى الشعوري أو اللاشعوري.

وبالنسبة لأجوريا جيرا (Ajuriguerra) فإن الصورة الجسمية تبدو وكأنها كتلة نفسية عصبية غير قابلة للانقسام، كأنها شكل من المعطيات الحسية المتكاملة، يحتوي على حركات ومدرجات تمثيلات وإحساسات ذكريات وانفعالات. وهي بنية مبنية داخل العلاقات المتبادلة بين العضوية والمحيط والتي تنظم في الصورة الجسمية كنواة مركزية للشخصية، والنشاط الحسي والحركي، الذي يكشف محيطه، وهذا مهم في تطوره. (مسعودة، 2012، ص

ويعرفها بيترسون وزملاؤه (Peterson et al, 2004) بأنها صورة ذهنية يحملها الفرد عن مظهره متضمنة الحجم وشكل الجسم، واتجاهاته نحو شخصيته من الناحية الجسمية، ولهذه الصورة مكونان - مكون معرفي ومكون وجداني. (برهان، 2018، ص 11)

ويرى أيضا كل من ميلينهوم وكوليسون واوكيس (Milnehome, Collison, Oakes, 2017) على انها حالة نفسية مرضية تتميز بالانشغال المفرط بعيوب متصورة في المظهر الجسدي، وما يصاحب ذلك من سلوكيات متكررة متعلقة بالمظهر، مثل فحص الجسد أمام المرأة أو شدّ الجلد، الأمر الذي يؤدي إلى ضعفٍ وظيفي لاحق في المجالات الاجتماعية والمهنية. (صمويل، 2020، ص 80)

يعتبر مفهوم صورة الجسم الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه، وصورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية إذ أن الأنا على حد تعبير فرويد (Freud)، وإنما هو في الأساس أنا جسدي، ويرى فرانسيكو (Francisco) أن صورة الجسم في علاقتها مع الظاهر النفسية فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية إذ ينفصل الأنا عن اللاأنا بفضل صورة جسمية لها تاريخ، إذ أن الأنا كما يرى فرويد (Freud) إنما هو جزء من الهو عدل بواسطة التأثير المباشر للعالم الخارجي الذي يعمل من خلال الشعور الإدراكي، فكأن صورة الجسم وسيرورتها والحال هذه يتوقف عليها وعلى تعثراتها بعدي السوية واللاسوية، وهي ترتبط ارتباطا عضويا بمراحل النمو. (فرج، 2003، ص 472)

ويعتبر أيضا من المفاهيم التي أثارت جدلا كبيرا بين الباحثين حول تعريفها، والتي تقاس بمقاييس متفاوتة من حيث الكم والمحتوي، هذا ما صعب من مهام المشتغلين في حقل العلوم النفسية الخاصة بالإنسان ككائن منفرد ومتميز عن غيره من الكائنات الأخرى، ونظرا للتعقيدات والديناميكية المستمرة التي تمتاز بها الحياة النفسية للإنسان، حاول الكثير من الباحثين والعلماء الخروج بتصور نظري مقبول لمفهوم صورة الجسم هذا من جهة، ومن جهة أخرى دراسة موضوع صورة الجسم دراسة علمية. (فكراش ومحامدية، 2020، ص 16)

خلاصة القول هي أن الصورة الجسمية عبارة عن بنية مكتسبة ومتصلة بالمجال النفسي والمجال التحليلي، فهي صورة ذاتية لا شعورية تعبر عن تمثيل إسقاطي لمشاعر وانفعالات الشخص، وهي كما يرى الشخص نفسه، بمعنى أنها هي المعرفة العقلية التي نحملها على مختلف أعضاء الجسم، وهذه المعرفة تكون رمزية، وهذا من خلال الأسماء الجسمية، مما يجعل الطفل العادي قادرا على إدراكها، وبالتالي يصل إلى التمثيل العقلي لجسمه.

2. خصائص صورة الجسم:

تتميز صورة الجسم بمجموعة من الصفات نذكرها في النقاط التالية:

- لا يوجد كيان موحد لصورة الجسم، وبالتالي لا يمكن وضع تعريف لصورة الجسم بطريقة كافية عن طريق عنصر فردي مثل درجة الرضا لذلك يجب على الباحثين الإكليينكيين أن يسعوا إلى فهم أو معرفة العوامل المتداخلة والمعقدة بين العناصر المكونة أو التي تشكل صورة الجسم.
- تشير صورة الجسم إلى الإدراكات أو التصورات أو الأفكار والمشاعر التي تتعلق بالجانب الجسمي في شخصية الفرد وتتضمن المدركات الحسية وتقديرات الصفات الجسمية الحقيقية للفرد والمعايير الداخلية أو المثل العليا.
- تتأثر صورة الجسم بمفهوم الفرد عن ذاته الجسمية، فمفهوم الذات السلبي ينعكس على صورة الذات.
- صورة الجسم ليست ثابتة أو محددة حيث تعمل على مستوى السمة والحالة وعلى الرغم من أن هناك ميل أو نزعات استعدادية لرؤية جسم الفرد في مستودع إدراكي معين إلا أن الأحداث الموقفية أو السياقية تنشط أو تحفز صورة الجسم السلبية.
- تؤثر صورة الجسم على العمليات المعرفية فالناس الذين يكونون رسم تخطيطي أو إيضاحي أو صورة معينة لمظهرهم ينشغلون أو يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين يوجد لديهم رسم تخطيطي أو إيضاحي لصورة الجسم.
- تؤثر صورة الجسم على الأنماط السلوكية سواء الأنماط التجنبية أو الاقدامية وتتضمن الأنماط الاقدامية أنشطة المحافظة على المظهر مثل التمرينات الرياضية واعتناء بالمظهر وتؤدي إلى زيادة تقدير الفرد لذاته وإلى الاستحسان الاجتماعي بينما تتضمن الأنماط الاحجامية المواقف التي تقوم بدور سلبي أو التي تؤدي إلى حالة من الشعور بالنفور أو اليأس من صورة الجسم. (الدسوقي، 2006، ص 21)

3. أهمية صورة الجسم:

- تكمن أهمية الجسم في كونه يمثل كيانا مظهريا وعاملا مهما في العلاقات الإنسانية وفي الحياة بشكل عام، ولذلك تختلف درجة أهميته باختلاف وجهات نظر العلماء، ويمكن عرضها كما يلي:
- تعد خبرة الجسم أساسية في النمو النفسي-البدني، كما تحمل أبعادا وجدانية ورمزية مهمة.
- يحظى مظهر الفرد بأهمية كبيرة، حيث يفترض وجود علاقة وثيقة بين تقييمنا لأجسامنا وحالتنا النفسية.
- تكشف أهمية صورة الجسم أن الأفراد الذين يمتلكون صورة جسمية سلبية يعانون من مستوى منخفض من التوافق النفسي والاجتماعي.

- للتأكيد على هذه الأهمية، يشير "كاش" إلى أن الصورة الجسمية السلبية ترتبط بعدة انفعالات مثل القلق، الاشمئزاز، اليأس، الغضب، الحسد، الخجل، والارتباك في المواقف المختلفة.
- كما تكمن أهمية صورة الجسم في كونها مصدرًا أساسيًا للهوية ومفهوم الذات لدى معظم الأفراد.
- ومن جهة أخرى فإن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان قد يؤدي إلى العديد من المشكلات النفسية وبعض الاضطرابات النفسجسمية التي تسهم بدورها في تشويه صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة غالباً عندما لا يتوافق الشكل الجسمي للفرد مع النموذج المثالي الذي يحدده المجتمع. (الدسوقي، 2006، ص 77)

4. أنواع الصورة الجسمية:

1.4. الصورة الجسمية الموجبة:

وهي كل انعكاس ايجابي على ما يؤدي من سلوك وما يظهره من انفعالات وما يوليه من اهتمام ورعاية، كما يعبر الفرد عن جسمه الموجب بعرض العضلات والحركات الصعبة، والميل إلى السيطرة والتفاعل مع الآخرين والعناية بهذا الجسم والمحافظة عليه، والحرص على أن يكون في أحسن صورة ممكنة .

2.4. الصورة الجسمية السالبة:

يعبر الفرد فيها بالخجل من جسمه والشك في قدراته والإحساس بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه وقد يتطور هذا الاحساس إلى مركب نقص، ينعص عليه حياته ويشوش نفسيته بأجسام رفاقه، وقد يختار الانسحاب والانطواء بعيداً عن الآخرين وقد يختار الأساليب العدوانية بإيقاع الأذى بؤلائك الذين يمتلكون أجساماً أفضل وأقوى وأجمل، وقلة منهم تختار تعويض النقص في المجال الجسمي، إن صاحب الجسم السالب يدرك موقف الآخرين منه ويحس برفقهم له، واستهزائهم به مما يؤدي إلى مشاعر النقص لديه ويعمق الجرح النفسي ويجعله في صراع مستمر مع هذا الجسم.

3.4. الصورة الجسمية المتذبذبة:

تمثل رضاه عن جسمه تارة ورفضه تارة أخرى بكل ما يحمله الرفض من الاستفزاز والقلق والخوف من الأشياء التي قد تكون وهمية فهو لم يحقق المطلوب مع جسمه، مما يجعله في توتر مستمرينعكس على علاقته ليس مع جسمه فقط، إنما مع الآخرين أيضاً، عندما يستكشفون أن المزاج تارة مسالم وتارة عدواني، تارة انطوائي وتارة انبساطي. (الريماوي، 2004، ص 314)

5. مكونات صورة الجسم:

قسم الدسوقي (2006، ص 15) المظهر الجسمي إلى ثلاث مكونات:

أ- مكون إدراكي (CPerceptualomponent): والذي يشير إلى دقة إدراك لحجم جسمه.

ب- مكون ذاتي (Component Subjective): والذي يشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال والاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.

ج- مكون سلوكي (Behavioral Component): والذي يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي، ويرى سالد (slade, 1994) أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم تمثيل عقلي مفكك لصورة الجسم، حيث يبالغون في تقدير حجم الجسم، وهذه المبالغة في تقدير حجم الجسم تتأثر بدرجة عالية بمتغيرات معرفية ووجدانية ومتغيرات أخرى مثل التاريخ النقلب في الوزن والمعايير الثقافية، وقد يترتب عند عدم الرضا عن الجسم لدى الفرد بعض الأمراض النفس جسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتتشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع، وهذا ما يدفعنا إلى تأكيد على أنه كثير في الأحيان، ويكون المفهوم السلبي للذات الجسمية راجعا إلى تشوه في إدراك صورة الجسم والتي تتأثر في تشكيلها بعدد من العوامل كالأقران، والأسرة، والمجتمع، ووسائل الإعلام، مما سبق نلاحظ أن صورة الجسم تتأثر بأفكار الفرد و معتقداته ، وارتباطها بنظرة الآخرين له. (الدسوقي، 2006، ص 15).

كما تحدثت فرانسوا دولتو (Dolto, 1984, Pp 37) بأنه يمكن تمييز في كل مرحلة لبيدية صورة جسمية مرفقة لها فهناك ثلاثة جوانب:

- الجانب الأول: صورة ديناميكية لا شعورية قاعدية والتي تسميها "دولتو": الصورة الجسمية القاعدية تتحقق لدى الفرد الطمأنينة بوجودها هذا على مستوى اللاشعور، هذه الصورة لو هددت تضع الفرد في حالة هلع، فالصورة الجسمية القاعدية إرساء لا شعوري لموضوع في الحياة.

- الجانب الثاني: الصورة الديناميكية اللاشعورية الوظيفية والتي سمتها "دولتو" بالصورة الوظيفية وهي: تمثيل ديناميكي يأخذ بعين الاعتبار التجارب، فالصورة الجسمية الوظيفية هي مكان قطبي وهي الصورة اليقظة المتحركة لرغبة معينة فيفضل الصورة الوظيفية تتكون نزوات حياة الفرد املتمة في الرغبة في الحصول على اللذة عن طريق التظاهر والتموضع في العلاقة مع العالم ومع الغير، فنضج الصورة الوظيفية مهم للقيام بالعلاقات مع الآخر.

- الجانب الثالث: الصورة الديناميكية الشبقية وهي: مرتبطة بمرحلة تطور المناطق الشبقية فهي تدفع بالجسم للبحث عن الكمال وذلك بتلبية غاياته، رغباته المتمثلة في العلاقة مع الآخر فبالتالي تستدعي مشاركة الصورة الوظيفية الجسمية. (Dolto, 1984, Pp 38)

6. النظريات المفسرة لصورة الجسم:

- نظرية التحليل النفسي:

ركز فرويد (Freud) في مفهوم صورة الجسم من خلال مفهومي تطور الأنا والجنس، إذ يرى أن لصورة الجسم دلالات مهمة وأن تطور الأنا المبكر يحدث تبعاً لتعلم الطفل إدماج الإحساسات القادمة من سطح جسمه، حيث يصبح الطفل قادراً على التمييز بين العالم الخارجي وعالمه الداخلي.

كما أوضح فرويد في نظريته حول الليبدو أن المناطق الشبقية هي المناطق الحساسة في الجسم، وأن شخصية الفرد تتطور تبعاً لإحساساته الجسدية، ويبدأ الفرد في تكوين صورة جسمه من خلال نمو الأنا الذي يهيئ له القدرة على التمييز بين ذاته والآخرين. ووفقاً لنظرية فرويد فإن اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد واختلال شخصياتهم قد يرجع إلى الخبرات المرتبطة بالحياة الجنسية خلال السنوات الأولى من عمر الإنسان.

أما أدلر (Adler) فعلى الرغم من أنه لم يشر بشكل مباشر إلى مفهوم صورة الجسم، إلا أن مفاهيم نظريته مثل تعويض النقص، وعقدة النقص، وأسلوب الحياة تتضمن في طياتها الكثير مما يتعلق بصورة الجسم واضطراباتهما. فقد أشار أدلر (Adler) إلى أنه عندما يكون لدى الفرد عضو ذو قيمة دنيا من حيث الشكل أو الوظيفة، فإن ذلك قد يؤدي إلى تطوير مشاعر النقص لديه، فيحاول تعويض هذا النقص إما باستعمال عضو آخر أو بتكثيف استعمال العضو ذي القيمة الدنيا. وعلى هذا الأساس يتشكل أسلوب الحياة لدى الفرد كرد فعل لمشاعر النقص التي قد تكون حقيقية أو وهمية. فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائماً على تدني نظريته لنفسه تضطرب صورة جسمه، مما يؤثر في توازن شخصيته بأكملها. وقد تكون مشاعر النقص هذه دافعاً للتفوق والتطور عندما يتقبل الفرد صورة جسمه ويتخلص من سيطرة الإحساس بالدونية، إذ تعمل هذه المشاعر عمل القوة الدافعة نحو التفوق والكمال. (عبازة، 2014، ص 24-26)

- النظرية البيولوجية:

يعتبر طبيب الأعصاب هنري هيد (Head) أول باحث استعمل تعبير صورة الجسم وأول من وصف هذا المفهوم، إذ يرى أن صورة الجسم هي اتجاه خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي تنظم في اللحاء الحسي للمخ، وقد لاحظ هيد (Head) أن حركات السلسلة وتوافق مواضع الجسم تدل ضمناً على الوعي المعرفي

المتكامل بحجم الجسم وشكله وتكوينه، وأضاف أن صورة الجسم تتغير باستمرار من خلال التعلم، كما أن لها تأثيراً في مخطط صورة الجسم. (الأشرم، 2000، ص 26)

ويرى كليف(Cliff) أن صورة الجسم يمكن تقسيمها إلى غلاف خارجي للجسم والحجم أو الفراغ الداخلي له، إذ يعد الجلد غلafa للجسم، ويأتي إدراك هذا الغلاف من خلال الجلد والمعلومات البصرية، كما يعتقد أن حجم أو فضاء الجسم يظهر من خلال التوازن العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني لهما دور مهم في تشكيل صورة الجسم وصيانتها والمحافظة عليها.

- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها، ويتأثر بها ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي يكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد والتي تكون صورته عن جسمه، ولكن صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثر بجو الأسرة وبعبارة الذم والمدح التي يتلقاها وتعليقات الوالدين وتقييم أجسام أبنائهم، فإن ما تطلقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائهم فضلاً عن تعزيزات الرفاق والاصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد جسمه. (الجبوري وحافظ، 2007، ص 351)

- النظرية الإنسانية:

يرى روجرز(Rogers) أن الذات تعد المحور الأساسي للشخصية، إذ تتضح شخصية الفرد بناء على إدراكه لذاته. فالخبرات التي يمر بها الفرد أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ونظراً للأهمية الكبيرة لصورة الجسم من خلال ارتباطها بتقدير الذات فإن الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات في ضوء تقديره الإيجابي لذاته، كما أن التجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة المرتبطة بالصفات الجسمية للفرد لها تأثير في إدراكه لصورة جسمه ولها أيضاً تأثير قوي وفعال في توافق الشخصية، ويعتقد روجرز(Rogers) أن لكل فرد صورة حقيقية عن ذاته كما يدركها هو لذلك تعد هذه الصورة عاملاً حاسماً في بناء شخصيته وصحته النفسية. (سالي، 2018، ص 262)

7. تأثير البتر على الصورة الجسمية:

يمتلك الشخص قبل البتر مجموعة من المثيلات(Representations) والتصورات التي تحدد وظائفه اليومية وتوضح علاقاتها وتحدد موقعها وسط الكون أو بيئتها الاجتماعية، هذه المعرفة المطبقة على الشخص هي معرفة ثقافية تسمح بتحديد موقعه تجاه الطبيعة والناس والآخرين عبر نظام القيم السائدة في المجتمع، لكن هذا

الواقع غير المرغوب فيه جراء الإعاقة يوقظ قلق "الجسد المدمر" الذي يصنع المادة الأولية للعديد من الكوابيس الفردية، ولعل بتر الأعضاء وبطء الحركة صور نموذجية لهذا الكابوس. (بلغول، 2009، ص 58)

وقد يحدث أن تضطرب صورة الجسم لعدم اكتمالها بسبب خلقي أو نتيجة لحادث أو مرض متبوع ببتتر العضو المصاب فتتعرض الصورة للتغيرات لأن كل ما يغير الوحدة البيولوجية ينعكس على الصورة الجسدية، فأى تشوه جسدي هو فقدان للمادة الجسدية نفسها، ويؤدي هذا إلى صدمة نفسية تؤدي بدورها إلى تهديد الصورة الجسدية. (خوخة، 2018، ص 1278)

ونتيجة لهذا التغير في شكل أجسامهم الذي قد يؤدي إلى ظهور العديد من المتغيرات النفسية التي ترتبط بعدم رضاهم على صورة أجسامهم، والتي من بينها القلق والكتئاب، وضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقديرهم لذواتهم، وهذه المتغيرات عندما تجتمع تؤدي إلى ظهور أعراض اكتئابية مختلفة. (السرط، 2014، ص 3)

إن الشخص الذي يعاني من إعاقة لا ينظر إليه باعتباره إنساناً بحصة كاملة، وإنما عبر المشوش المشوه المثير للشفقة وللإبعاد وذلك في المجتمعات الحديثة، حيث أنه يستنتج بشكل أن الإنسان المعاق لم يعد ينظر إليه باعتباره شخصاً عادياً من الطريقة التي يظهر بها جسده اجتماعياً لوجوده، ولكن باعتباره يمتلك شيئاً أقل تاوزناً من الآخرين فعلاً يعطي معنى للمحيط. (بلغول، 2009، ص 59)

ولذا نجد المبتور دائماً ما يبذل جهداً في محاولة إخفاء إعاقته والتغلب عليها وتغيير صورته الجسمية أمام الآخرين كمحاولة منه لإخفاء الصعوبات البدنية التي قد يواجهها في عمله الذي يؤديه وأنه ينكر أي مصطلح بعدم السواء. ومن خلال مراجعة مختلف الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع نستخلص أن أهم ما يواجه المعوق (مبتور الأطراف) هو الشعور بالإحباط سواء كان ذلك في محيط عمله أو تفاعله مع المحيط الاجتماعي بصفة عامة وقد اهتم بعض الباحثين السيكولوجيين بهذا الموضوع من جوانب عديدة نظراً لإرتباط الإعاقة عموماً بالقلق والمرض النفسي. فالمدرسة التحليلية النفسية وعلى رأسها فرويد (Freud) تعطي أهمية كبرى للميل الجنسي، حيث يفشل هذا الميل إذا فقد الفرد عضواً من أعضائه الجسمية مثل بتر الرجل الذي يغير من سلوك الفرد المصاب مع أفراد مجتمعه. (إبراهيم وفرحات، 1988، ص 22)

خلاصة:

تكمن أهمية الصورة الجسمية في تحقيق التوازن النفسي لدى الفرد فهي تتكون تدريجياً منذ الميلاد لتخضع إلى تغيرات وتطورات تتزامن مع مراحل النمو وهي تختلف من حيث النوعية بين صورة جسمية جيدة وصورة جسمية هشة وتتأثر بعوامل مختلفة ونظراً لهذه الأهمية فإن أي خلل أو إصابة عضوية تؤدي إلى اضطرابات نفسية

وعدم الرضى عن الصورة يحدث تشوه وهشاشة لجسمه، فهي أساس اكتساب الفرد الثقة بنفسه بناء على ما يكونه ذهنه عن جسمه.

الفصل الرابع: بتر الاطراف

تمهيد

1. مفهوم بتر الأطراف
2. أسباب بتر الأطراف
3. أنواع بتر الأطراف
4. قلق عملية البتر
5. انعكاسات البتر على مبتوري الأطراف
6. علاج الأفراد في حالات البتر
7. مراحل ردود الفعل الناتجة عن البتر
8. دور الأخصائي النفسي في عملية تأهيل مبتوري الأطراف

خلاصة

تمهيد:

يعد البتر من أكثر الخبرات الجسدية والنفسية قسوة التي يمكن أن يمر بها الإنسان لما ينطوي عليه من فقدان لجزء من الجسد، وما يترتب عنه من تغيرات عميقة تمس مختلف أبعاد الحياة. ولا يقتصر تأثير البتر على الجانب الجسمي فحسب بل يمتد ليشمل الجانب النفسي والاجتماعي والمهني، حيث يفرض على الفرد إعادة بناء صورته عن ذاته والتكيف مع وضع جديد قد يكون صادماً.

ونظراً لأهمية هذا الموضوع يسعى هذا الفصل إلى تقديم نظرة شاملة حول البتر من خلال تعريفه وأنواعه، وأسبابه، ثم التطرق إلى آثاره وانعكاساته المختلفة على الفرد، إضافة إلى عرض أبرز المشكلات التي يواجهها المبتور، ومراحل التكيف النفسي التي يمر بها بعد هذه التجربة.

1. مفهوم بتر الأطراف:

البتر هو فقدان العضو نفسه وابلتائل فقدان وظيفة هذا العضو اليت وجد من أجلها ويرتتب عنه إعاقة جسمية حركية، وهذا ما يسبب صدمة نفسية للمريض مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة حسب نوع البتر وحالته. (سيد سليمان، 2001، ص 176)

حسب الشادلي (2017، ص 192) فإن البتر هو فعل يتم تجسيده في إطار مداخل جراحية أين نقشل كل العلاجات التي كانت تهدف للحفاظ على التكامل الجسمي للفرد، وهكذا يفرض البتر نفسه كحل أخير " يتم اللجوء إليه للحفاظ على حالة المصاب مهما كان نوعها.

يعتبر البتر في حد ذاته إعاقة لما فيه من فقدان لأحد أعضاء الجسم وتمثل الإعاقة عموماً والبتر خصوصاً مشكلة جسمية واجتماعية ونفسية، وتترك آثارها على الأفراد والمجتمع عامة، وطبقاً لبحوث الجودة والرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية (Healthcar&Research and Quality) يعيش في الولايات المتحدة حوالي (109) مليون شخص مبتور، وتتم عملية البتر لما يقارب من (113) ألف شخص سنوياً، وتعاني جميع المجتمعات من وجود الأفراد المبتورين ولكن نسبة إنتشارهم تختلف من مجتمع إلى آخر، فغالبا ما يكون البتر في المجتمعات يعود لأسباب الإصابات، الحوادث، الأمراض والجراحة أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية (congenital limb deficiency). (Tierney, 2006, Pp 37)

عرفه رينز (Rains, 1995, Pp 41) على انه هو حالة مكتسبة (Acquired Condition) ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسم بسبب الإصابات أو الأمراض أو الجراحة أو الحروب، أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية (Corgentiol limb deficiency) يحدث عند ولادة رضيع بدون أحد أطرافه.

كما عرفه علي وعبد الهادي (1997، ص 52) "بأنه حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره، وهو عبارة عن إستئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته، أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته".

ومنه نقول أن بتر الأطراف دخل جراحي يهدف إلى استئصال كلي أو جزئي لأحد الأطراف نتيجة أسباب مرضية أو رضحية، وذلك من أجل إنقاذ حياة المريض أو تحسين حالته الصحية والوظيفية عندما يصبح الحفاظ على الطرف غير ممكن أو خطيرا.

2. أسباب بتر الاطراف:

يعتبر البتر للأطراف العلوية اقل انتشارا من البتر للأطراف السفلية، حيث تتراوح نسبة انتشار البتر للأطراف السفلية حوالي (70-80%)، كما تعود أسباب البتر أساسا الى الامراض بنسبة (22%) والى الإصابات بنسبة (04%)، إضافة الى العيوب الخلقية والتشوهات والأورام. (نايل الغرير، 2009، ص 69)

1.2. الأمراض:

- الأمراض الوعائية الشريانية: وهي أكثر الحالات انتشارا، حيث يعود سبب البتر إلى أمراض القلب والشرايين حيث تؤدي إلى إعاقة تدفق وسريان الدم ووصوله للأطراف، فيقتضي بتر العضو المتضرر، أما فيما يخص السكري فهو يؤثر على نسبة السكري في الدم، ويقلل من قدرة الجسم على معالجة أي قصور يحدث في العضو ومن هنا يلجأ إلى بتره للتقليل من انتشار تلك الأعراض العضوية.
- الأمراض الالتهابية: بسبب الالتهابات في الأنسجة المحيطة كالأورام البيضاء والعدوى المنتقلة من الحقن أو بعض الأدوات الطبية، وأيضا الأمراض المؤدية إلى فقدان نخاع العظام.
- الأمراض الورمية: مثل الاصابات السرطانية.
- العيوب الخلقية: حيث تمثل نسبة إنتشارها (4%) حيث يولد الطفل بهذه العيوب مثل غياب أحد الأطراف أو حتى قصرها، ويعتبر عضو مبتور لأنه يحتاج إلى أطراف إصطناعية والتي تعتبر معظم أسبابها وراثية وبعضها الآخر أسبابها وراثية وبعضها الآخر أسباب تعرض الأم الحامل لبعض الأمراض والتي بدورها تحدث تشوها مثل تعرضها للإصابة بالحصبة الألمانية أو تسمم بمواد كيميائية أو التعرض للأشعة وغيرها.
- التعرض للإصابات: تتمثل في اصابات ناتجة عن حوادث الطرق أو حوادث يتعرض فيها الجسم لصدمات وارتطامات. (فكراش وآخرون، 2020، ص 41)

2.2. الحوادث

تتمثل في الحوادث بأنواعها كحوادث المرور والحوادث المنزلية، وحوادث العمل خاصة الحروق الناتجة عن الكهرباء حيث تمثل (20%) من حالات البتر.

ونجد نوعا آخر من الحوادث الذي يسبب الشلل النصفى جانبي يدعى بالحوادث الوعائية الدماغية، حيث يؤكد فهمي أن حوادث المرور مسؤولة (5-8%) من المعاقين في العالم، وحوادث العمل بنسبة (4-5%) من المعاقين في العالم أي (15.5) مليون فرد في العالم، كما توجد حوادث كالزلازل والحروب والرياضة الحوادث المرورية هي الأسباب الرئيسية التي تؤدي الى بتر الأطراف سواء العلوية او السفلية لدى الشباب وقد وجد أن 75 من حالات بتر الأطراف العلوية هي نتيجة حوادث المرور، ويحدث معظمها لدى الرجال في الفئة العمرية بين (45-15) عاما، أما حالات البتر في الأطراف السفلية فان الحوادث تعتبر السبب الثاني بعد الأمراض كالسكري وتبلغ نسبة البتر في الأطراف السفلية بسبب الحوادث 20 من جميع حالات البتر. (مريع، 1997، ص 112)

3.2. الحروب

تزداد فيها نسبة البتر بسبب استخدام أسلحة مختلفة تؤثر على جسم الانسان وينتج عنها العديد من الإصابات. (القاضي، 2009، ص 81)

وقد يكون للسياسة واستقرار الأحوال في بلد أو عدم استقرارها دخل في اختلاف أنواع البتر من بلد لآخر...، فالبلاد تخضع للاستعمار وتوجد بها حروب تنتشر حقول الألغام والانفجارات التي تؤدي الى البتر. (نايل والنوايسة، 2009، ص 70)

وتحدث كرسيتين (Christine) عن أسباب البتر والتي من أهمها:

- أعراض الأوعية الدموية: تعوق التدفق الدموي وسريان الدورة الدموية ووصولها للأطراف وجود التهابات.
- مرض السكري: الذي يؤثر على سكر الدم فيقلل من قدرة الجسم على معالجة أي قصور يحدث.
- التهابات العظام.
- الجلطات والاصابة ببعض السرطانات التي قد تؤدي للبتر. (القاضي، 2009، ص 80)

3. أنواع بتر الاطراف:

تتمثل أنواع البتر فما يلي:

1.3. البتر في الأطراف السفلية: ويشمل الطرفين معا أو واحد فقط.

بتر القدم (Foot Amputation) ويشمل:

- بتر أصبع القدم أو أكثر من أصبع، بتر منتصف القدم، بتر القدم بأكمله أو أي جزء منه.
 - بتر الساق (Trane Stibial): ويشتمل على أي بتر من الركبة حتى الكاحل.
 - فصل الركبة (KeeneDesarticulation): يحدث هذا البتر عند مستوى الركبة.
 - بتر الفخذ (Transe Femoral): ويشمل على بتر أي جزء من الفخذ من عند الحوض حتى مفصل الركبة.
 - فصل الحوض (Hip Desarticulation): يكون من عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله .
- 2.3. البتر في الأطراف العلوية:** ويكون إما بتر طرف واحد أو الإثنين معا ويشتمل على:
- بتر اليد أو جزء من اليد (Hand Amputation): يشمل الأصابع أو الإبهام أو جزء من تحت الرسغ.
 - فصل الرسغ (Wrist Desarticulation): يتم فيه بتر العضو عند مستوى الرسغ.
 - بتر عظمة الساعد (Trasradial): ذلك الذي يحدث تحت الكوع حتى الرسغ أي الساعد بأكمله.
 - بتر عظمة العضد (Trasshumeral): يشمل البتر فوق الكوع حتى الكتف أي في الجزء العلوي من الذراع.
 - فصل الكتف (Schoulder Desarticulation): يتم البتر عند مستوى الكتف مع بقاء فصل الكتف وقد يتم استئصال عظمة الترقوة أو عدم استئصالها. (محمد وأحمد، 2016، ص 20)

4. قلق عملية البتر:

لعملية البتر آثار نفسية على الشخص المبتور سواء قبل إجراء العملية أو بعدها، وحسب فرويد (Freud) فإن حدة فقدان الموضوع يكون كشرط محدد للقلق، ويرى هايوال وبارسني (Haywall & Parsni) أن التهديدات ضد الوحدة الجسمية غالبا ما تكون مصدر قلق، بحيث تعتبر من أكثر الأشياء صعوبة حزن من أجل الطرف المبتور وتغير الصورة الجسمية، ومن بين نظرة التحليل النفسي كذلك هناك محتوى الانفصال عن الموضوع أي انفصال الجزء من الأنا، فالدفعات المختلفة ضد التخوفات ترجع العملية الجراحية الإستئصالية إلى المراحل الأولى لتطور الشخصية، وقد قام العالمان ليفير وتيشر (Levir & Ticher) بتبيان الدلالة الانفعالية لأعضاء الجسم، وذكر أن هناك بعض الأشخاص تكون بعض أجزاء جسمهم مهددة لكونها تملك وظيفة رمزية في تكيفهم النفسي حيث ترتكز عملية الاستئصال على قواعد خيالية، ولهذا يجب تحضير المريض لإجراء هذه العملية من قبل الطبيب والمختص النفسي. (بداد، 2017، ص 34)

5. انعكاسات البتر على مبتوري الأطراف:

يؤثر البتر على التكامل الجسمي للفرد ويفرض نفسه عندما تفشل كل العلاجات التي كانت تهدف للحفاظ على حياة المصاب مهما كان نوع حالته (مرض أو صدمة)، فيتم اللجوء إليه كحل أخير، ونظرا لذلك تتوزع انعكاسات البتر عبر مراحل: قبل العملية، أثناءها، وبعدها، كما يلي:

1.5. قبل العملية:

يتمثل أول إجراء قبل بداية العملية في قرار البتر، وهذا القرار مهم جدا، حيث يتم إعلام المريض أو أحد أفراد عائلته به وأخذ موافقته، مما يساعده على تقبل وضعيته الجديدة فيما بعد، كما يسمح له بتقادي الانعكاسات السلبية للبتر منه توجد وضعيتان نموذجيتان يتم فيهما هذا الإجراء:

- **الوضعية الأولى (الاستعجالية):** حيث يتم البتر في إطار استعجالي، وقد يكون المريض فاقدا للوعي، وهنا من الضروري إعلام أحد أفراد عائلته إذا تعذر إعلامه، أما الوضعية الثانية (المبرمجة) يكون التدخل الجراحي مبرمجا، وغالبا ما يكون هناك وقت كاف لإعلام المريض ومناقشة قرار البتر معه، ومن المعروف أنه حينما يكون البتر مفروضا على المريض دون توفر الوقت الكافي لتقبله واستيعابه، فإن ذلك ينعكس سلبا على حالته لاحقا. وبالإضافة إلى ذلك تمثل جوانب التخدير والتسكين عناصر ملموسة تحظى باهتمام المريض في هذه المرحلة، حيث ينبغي تكييف نمط التخدير بما يتلاءم مع حالته الصحية وانشغالاته. وإذا لم يتم التخدير بشكل صحيح، فإن ذلك سينعكس سلبا على حالة المريض فيما بعد.

2.5. أثناء العملية:

بعد ذلك، وفي يوم العملية، يُنقل المريض إلى الجناح الجراحي، ويعتمد التجسيد التقني للتدخل الجراحي على قواعد وتقنيات ومعدات مرتبطة بعملية البتر، يعرفها الجراحون ويلتزمون بها. كما يتم تحديد الشكل الذي يُراد منحه لنهاية الطرف المبتور، وذلك بهدف تمكين المريض لاحقا من استخدام المعدات أو الأطراف الاصطناعية.

ومنذ بداية التدخل الجراحي وحتى نهايته يتم التحكم في النزيف، والعمل على تخفيف الجرح، ثم إغلاق الجلد. وفي بعض الحالات الخاصة تترك نهاية الطرف المبتور مفتوحة ليتم غلقها لاحقا من خلال تدخل جراحي آخر، مع تطبيق نوع معين من التضميد على الطرف المبتور، وأخيرا إجراء فحص بالأشعة عليه.

3.5. بعد العملية:

بعد ذلك يدخل المريض الذي أصبح مبتورا في مرحلة ما بعد العملية، وهنا تبدأ في الظهور انعكاسات (أو تأثيرات) البتر على جميع مستويات حياته، وهي كما يلي:

- على المستوى الجسمي: في هذا المستوى يواجه المبتور عادة نوعين من الآلام:
- النوع الأول: يتمثل في الآلام التي تحدث في موقع البتر، أي على مستوى نهاية الطرف المبتور، وتنتج هذه الآلام غالبا عن مضاعفات أو تعقيدات على هذا المستوى.
- النوع الثاني: يرتبط بما يسمى بآلام الطرف الشبح، حيث يظهر إحساس بعودة الطرف المبتور مبكرا ومباشرة بعد حدوث البتر، ويتمثل في استمرار الإحساس بالطرف الذي تم بتره .
- أما آلام الطرف الشبح فهي تعبر عن مجموعة من الآلام والأحاسيس التي يشعر بها المبتور في الطرف الذي تم بتره، وهي متلازمة معقدة تتكون من عدة مظاهر (مثل التشنجات والانقباضات...). ويبدأ التكفل بها من خلال تدخل مجموعة من المتخصصين، وذلك مباشرة بعد العملية، فمن جهة يتم التكفل بالعوامل التي قد تؤثر على نتائج العملية مثل حالة جسم المريض ووضعية نهاية الطرف المبتور، ومن جهة أخرى يتم إعداد المبتور بدنيا من خلال تقوية عضلاته لمواجهة التحديات التي يفرضها عليه البتر، ومساعدته على استرجاع قوته العضلية والحركية، والاستمرار رغم الصعوبات المرتبطة ببداية استخدام الأطراف الاصطناعية.
- ويكون استخدام الطرف الاصطناعي تبعا لمستوى البتر ووضعية نهاية الطرف، حيث أن هذه الأخيرة تكون عرضة لتغيرات مرتبطة بالشكل والحجم، ولذلك يتم في البداية تصنيع الطرف الاصطناعي وفق أبعاد نهاية الطرف المبتور.
- على المستوى النفسي: يعاش المرض أو الحادث ثم الاستشفاء والجراحة، كعوامل ضاغطة قد تتجاوز القدرات التكيفية للمبتور، كما تعاش تجربة البتر في حد ذاتها كتجربة صادمة، حيث يمس البتر الشخص في تكامله الجسمي ويخل بتوازنه النفسي، ويؤثر على مختلف جوانب حياته (نشاطاته اليومية، حياته المهنية، وحياته الاجتماعية والعلائقية)، لذلك يتعرض المبتور لتغيرات نفسية عميقة، حيث يمس البتر مخططه الجسمي وصورته الجسمية، مما يؤدي إلى اضطرابات داخلية عنيفة، كما أن صورة الجسم ترتبط بشكل مباشر بتقدير الذات، وهي عنصر أساسي في بناء شخصية الفرد. وبما أن البتر يمثل إصابة جسدية تمس الأنا مباشرة، فإنه يؤدي إلى جرح نرجسي عميق نتيجة الشعور بالنقص وعدم الاكتمال، مما يؤثر سلبا على حب الفرد لذاته، وغالبا ما نلاحظ مثل هذه الإصابات النرجسية لدى الأفراد الذين تعرضوا لإعاقات أو تشوهات جسدية.
- وعادة ما تؤدي هذه الحالة إلى انخفاض تقدير الذات، وقد تصل إلى احتقار الذات، حيث يشعر المبتور بالحزن، والألم، والقهر، والاكتئاب، إضافة إلى الشعور بالذنب ولوم الذات.
- على المستوى الاجتماعي: قد يفقد المبتور عمله أو يجبر على تغييره حسب درجة العجز، كما قد يتطلب البتر إدخال تعديلات على نمط حياته، مثل تهيئة المسكن ووسائل التنقل، كما يواجه صعوبات اقتصادية، خاصة إذا كان مسؤولا عن إعالة عائلته، وقد تؤثر هذه الصعوبات على حياته بشكل عام وتدفعه نحو الانطواء

والعزلة عن المجتمع خاصة في غياب الدعم الاجتماعي، كما قد تحدث تغيرات وصراعات داخل الأسرة خصوصاً إذا لم تتفهم العائلة وضعه ولم تقدم له الدعم اللازم، ومن جهة أخرى فإن نظرة المجتمع للمبتور قد تسهم في زيادة معاناته، حيث قد ينظر إليه البعض كشخص ناقص أو ضعيف، مما يعزز لديه الشعور بالنقص، وقد يشعر المبتور بالخجل من إظهار ضعفه، وهو ما يزيد من معاناته النفسية. لذلك ينبغي على أفراد المجتمع تقبل المبتورين بطريقة إيجابية قائمة على الاحترام والثقة في قدراتهم، وليس الشفقة عليهم، ويتطلب ذلك تغيير السلوكات وردود الأفعال تجاههم وهو ما يستدعي بدوره تغيير التصورات الذهنية المسبقة حول البتر والمبتور والتي تتشكل أساساً من الثقافة الاجتماعية السائدة. (شادلي، 2017، ص 192-210)

6. علاج الأفراد في حالة البتر:

يتطلب علاج الأفراد في حالة البتر إلى تدخل مجموعة من المختصين تكون هذه الأخيرة تمس عدة جوانب تستدعي تدخل كل أطراف في العملية العلاجية.

1.6. العلاج الطبي: كالعلاجات الجراحية والعقاقير الطبية، كذلك استبدال أطراف صناعية، وكذلك الاستعانة بجميع الوسائل الفنية والطبية كالعلاج الطبي والتمريض والأجهزة التعويضية والطب والجراحة، حيث يبدأ العلاج منذ دخول المريض للمستشفى حتى يتمكن من إعادة الفرد إلى أقرب ما كان عليه من قبل الإصابة مباشرة .

2.6. العلاج النفسي: ويهدف إلى مساعدة المريض على التوافق مع ذاته بتقبل جسمه والعمل على تغيير أفكاره اللاعقلاني إلى أفكار أكثر منطقية ومساعدته على العيش دون الشعور بالاختلاف أو النقص بالنسبة للآخرين والتوافق مع بيئته وعمل على التخفيف من قتله وتعزيز الثقة بالنفس لتحقيق التوازن والتوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية. (فكراش ومحامدية، 2019، ص 42)

7. مراحل ردود الفعل الناتجة عن البتر:

يظهر الأشخاص الذين يواجهون تجربة البتر مجموعة من ردود الفعل النفسية، تتمثل في المراحل التالية:

- مرحلة الإنكار:

تعد هذه المرحلة وسيلة دفاعية مؤقتة للتعامل مع الأخبار الصادمة، حيث يرفض الفرد تصديق الواقع المؤلم، مما يساعده تدريجياً على الدخول في مراحل الحداد الأخرى. (زهية، 2015، ص 83)

وغالباً ما يتمثل رد الفعل في الرفض والإنكار لما حدث، وقد يكون ذلك نتيجة إبلاغ المريض بحالته من طرف شخص غير معالج، مما يؤدي إلى عدم استيعابه للوضع الجديد، ورفضه لواقعه الجسدي.

كما قد يستمر الإنكار لدى بعض الأفراد، حيث يتحدثون بواقعية عن حالتهم، لكنهم في الوقت نفسه ينكرون تأثيرها عليهم. (Kohot. 1985.Pp24)

- مرحلة الغضب:

يمتلئ المريض في هذه المرحلة بمشاعر الغضب والحسد، وقد يوجه مشاعر الكراهية نحو الآخرين الذين يتمتعون بصحة جيدة.

ويكون الفرد في هذه المرحلة صعب التعامل، حيث يميل إلى إثارة المشاكل مع الأسرة أو الطاقم الطبي خاصة إذا شعر بأنه لم يستشر في القرارات المتعلقة بعلاجه، أو إذا واجه صعوبات في تقبل الأطراف الاصطناعية، كما أن بعض المبتورين يعبرون عن غضبهم برفض استخدام الطرف الاصطناعي. (عثمان، 2000، ص 11) وقد يسيء المحيطون تفسير هذا الغضب، فيعتبرونه هجوماً شخصياً، مما يزيد من معاناة المبتور.

- مرحلة المساومة:

تظهر لدى المبتور رغبة في تأجيل العودة إلى الحياة العادية، ويميل إلى البقاء لفترة أطول في المستشفى، كما يعبر عن رغبة قوية في الشفاء، أو في عودة الجزء المفقود من جسده، مهما كان الثمن.

- مرحلة الاكتئاب:

يؤدي اعتراف المبتور بواقعه الجديد إلى الشعور بالاكتئاب والإحباط، بعد أن يتخلى عن الإنكار والغضب.

- مرحلة القبول:

تتحقق هذه المرحلة عندما يصبح لدى المبتور القدرة على التكيف مع وضعه الجديد، وتقبله دون رفض أو غضب، ويبدأ في استخدام آليات تكيف فعالة. (ميرنا، 2015)

وفي الأخير نستنتج أن المراحل التي يمر بها المبتور مثل الإنكار والغضب لا تختفي تماماً، بل قد تبقى بشكل أو بآخر، غير أن الفرد يستطيع مع الوقت تطوير وسائل التكيف والتأقلم إلى أن يصل إلى مرحلة التعايش مع وضعه الجديد.

8. دور الأخصائي النفسي في عملية تأهيل مبتوري الأطراف:

ركز الأخصائي النفسي في عمله على مساعدة الفرد المعاق المبتور على التعايش مع قدراته المحدودة والتغلب على مشاعر الإحباط وعدم الثقة بالنفس، إذ يعد التأهيل النفسي عملية تهدف إلى إعادة تكيف الفرد مع إعاقته. ومن المعروف من الناحية النفسية أن حياة الإنسان عبارة عن تفاعلات مستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها، ويهدف هذا التفاعل إلى إيجاد التوازن والتوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية وبين ظروف

البيئة المحيطة به. وعندما يختل هذا التوازن بدرجة يصعب على الإنسان التوافق معها بمفرده، فإنه يحتاج إلى خدمات تساعد على إعادة التكيف، وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي في تخفيف التوتر والقلق والكبت الذي يعاني منه الشخص المبتور، مع مساعدته على ضبط انفعالاته وعواطفه وتنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها، والسعي إلى تحقيق أقصى درجة ممكنة من تحقيق الذات. كما يعمل الأخصائي النفسي على مساعدة الشخص المبتور في فهم خصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته الجسمية والعقلية، إلى جانب تطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو ذاته، وتعديل بعض العادات السلوكية والاجتماعية والمهنية الخاطئة الناتجة عن الإعاقة. ويقوم كذلك بالتشخيص النفسي وتقييم شخصية المبتور، من خلال إجراء المقابلات النفسية وتوظيف بعض الاختبارات بهدف فحص ردود الفعل النفسية والانفعالية والعاطفية وتقييم قدراته واتجاهاته. (ماجدة، 2000، ص 51)

خلاصة:

من خلال سبق يتضح ان البتر هو فقدان لأحد أطراف الجسد نتيجة حوادث أو أمراض، أو كوارث طبيعية، ويعتبر الم الطرف الشبكي من بين الظواهر التي قد يعاني منها الفرد المبتور، حيث تستمر الإشارات العصبية في إيهام الدماغ بوجود الطرف المفقود، مما يؤدي إلى الشعور بالآلام أو الوخز في الجزء المبتور، كما يخلف آثاراً نفسية واجتماعية قد تتمثل في العزلة والانسحاب من المحيط الاجتماعي، الأمر الذي يجعل الفرد أكثر عرضة لاضطرابات نفسية تؤثر في توافقه النفسي والاجتماعي.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات التطبيقية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة.

2. الدراسة الاستطلاعية

3. ادوات جمع بيانات الدراسة

4. مجال اجراء الدراسة

5. عينة الدراسة الأساسية وطريقة اختيارها

خلاصة

تمهيد:

تهدف هذه الدراسة الى عرض الجانب التطبيقي والاجراءات المنهجية المعتمدة في تنفيذ الدراسة ميدانيا، وذلك بغرض تقصي أثر برنامج علاجي قائم على انعكاسات المرأة في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف، ولتحقيق ذلك تم تحديد المنهج المناسب للدراسة واختبار أدوات جمع البيانات الملائمة، الى جانب ضبط عينة الدراسة وتحديد حدودها الزمانية والمكانية، فضلا عن توضيح الخطوات الإجرائية المتبعة في تطبيق البرنامج العلاجي.

1. منهج الدراسة:

يعرف المنهج (Method) بالعديد من التعريفات ولعل أبرزها تعريف بدوي الذي يرى انه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل، وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. (العساف، 2006، ص 90)

ونظرا لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها الرامية إلى الكشف عن أثر البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف، تم الاعتماد على المنهج العيادي (Clinical Method) باعتباره من انسب المناهج وأكثرها ملاءمة لمثل هذه الدراسات التطبيقية، وما يميزه أكثر إمكانية التحكم النسبي في بعض المتغيرات الخارجية، كما يعد مناسباً عندما يكون هدف الباحث أحداث تغيير في أنماط السلوك المضطرب أو الليات المعرفية المرتبطة به.

يعد المنهج العيادي أحد المناهج البحثية الأساسية المستخدمة في علم النفس العيادي، وهو يقوم ويتميز بدراسة الفرد ككل فريد من نوعه أي أنها دراسة الفرد كوحدة متكاملة ومتميزة عن غيرها، والهدف منها هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم مساعدة إليه. (المليجي، 2001، ص 29)

2. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسات الاستطلاعية خطوة أساسية في البحث العلمي، والتي تهدف الى دراسة الظاهرة محل البحث بشكل اولي من خلال مراجعة المراجع وجمع البيانات اللازمة التحقق من صحة المعلومات المتعلقة بالعينة المدروسة، وقد هدفت هذه الدراسة الاستطلاعية الى:

- ضبط متغيرات الدراسة الاساسية .

- التعرف على مكان الدراسة وطريقة إجراءها.

- تحديد العينة المستهدفة وفهم الظروف التي مرت بها لضمان تكييف الإجراءات البحثية معها.

1.2. مدة الدراسة الاستطلاعية: استمرت الدراسة الاستطلاعية لمدة 23 يوما، أي من 09 مارس إلى 31 مارس 2026 .

2.2. مكان الدراسة الاستطلاعية: أجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية أحمد مدغري بعين تموشنت، بمصلحة الطب الداخلي قسمي الرجال والنساء مع فئة من مبتوري الأطراف العلوية والسفلية، ضمن إطار تقديم الرعاية الصحية بالمستشفى.

3. أدوات جمع بيانات الدراسة:

يعتمد الباحث في أي دراسة علمية على استخدام مجموعة من الأدوات والوسائل لجمع المعلومات والحقائق المتعلقة بموضوع الدراسة، سواء كانت هذه البيانات وصفية أو نوعية أو كمية، ومن أجل ضمان دقة وموضوعية النتائج، تم في هذه الدراسة الاعتماد على عدة أدوات أساسية تتمثل في: المقابلة العيادية والملاحظة، مقياس اضطرابات صورة الجسم والبرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة.

1.3. المقابلة العيادية:

تعد المقابلة العيادية أداة تواصل موجهة تستخدم في ميادين العلاج النفسي والتقييم الإكلينيكي، تهدف إلى جمع بيانات معمقة حول الحالة النفسية والوجدانية والسلوكية للفرد. وتتم هذه المقابلة بين المختص النفسي والمفحوص في بيئة مريحة وسرية تتيح للباحث استكشاف تاريخ الحالة، وأنماط التفكير والمشاعر، والصراعات الداخلية. تختلف المقابلات العيادية في درجة توجيهها، فقد تكون مفتوحة أو شبه موجهة أو موجهة بالكامل، ويشترط فيها بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والاحترام لضمان صدق المعلومات وتستخدم هذه الأداة في التشخيص ووضع خطة علاجية مناسبة، لما تتيحه من تفاعل مباشر وتفصيل شخصي لا توفره أدوات القياس الكمي. (الدين، 1995، ص 47)

2.3. الملاحظة العيادية:

تعد الملاحظة العيادية أو الإكلينيكية من الأدوات المستخدمة في السياقات الطبية أو النفسية، حيث يعتمد عليها في تشخيص الحالات من خلال متابعة سلوك المفحوصين بدقة، بهدف الكشف عن الدوافع الذاتية والموضوعية

التي تكمن وراء هذا السلوك. وتتم هذه الملاحظة في بيئة مضبوطة ومحددة من قبل الباحث. (حمداوي، 2014، ص 64)

وينبغي أن تتم عملية تسجيل الملاحظات فور أثناء الرصد، لتفادي الاعتماد على الذاكرة وتقليل احتمالية نسيان التفاصيل. غير أن هذا التسجيل يجب ألا يؤثر على سلوك المفحوصين أو يشتت تركيز الباحث، كما لا ينبغي أن يكون حاجزا بين الباحث وموضوع دراسته. وفي حال تعذر التسجيل الفوري يجب على الباحث توثيق ملاحظاته في أقرب وقت ممكن لضمان دقة البيانات، ومن المهم أيضا أن يحرص الباحث على تجنب تفسير السلوك أثناء التسجيل حفاظا على الموضوعية. (دعمس، 2008، ص 210)

3.3. مقياس اضطرابات صورة الجسم:

1.3.3. وصف المقياس: تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس اضطرابات الصورة الجسمية لمحمد النوبي محمد علي (2010) المعدل من طرف بربالة هناء (2013)، والمكون من 30 عبارة موزعة على 05 ابعاد رئيسية تتمثل في:

- بعد تقبل أجزاء الجسم المعيبة والذي يتكون من 06 فقرات.
- بعد التناقص العام لأجزاء الجسم والذي يتكون من 06 فقرات.
- بعد المنظور النفسي لشكل الجسم والذي يتكون من 06 فقرات.
- بعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم والذي يتكون من 06 فقرات.
- بعد المحتوى الفكري لشكل الجسم والذي يتكون من 06 فقرات.

يهدف المقياس الى تقييم وتشخيص صورة الجسم للأشخاص المعاقين بدنيا والعاديين، كما يعد أداة فعالة لقياس شدة الاضطرابات المتعلقة بصورة الجسم.

2.3.3. طريقة التصحيح: تم استخدام سلم ليكرت الرباعي لتصحيح المقياس، حيث تحتوي كل عبارة على أربعة بدائل للإجابة (كثيرا - أحيانا - نادرا - أبدا).

تمنح العبارات الموجبة درجات تصاعدية من (1 الى 4)، وتعكس في حال العبارات السلبية، وبذلك تتراوح الدرجات الاجمالية للمقياس بين (30-120)، حيث تشير الدرجات الأعلى الى زيادة اضطراب صورة الجسم، بينما تدل الدرجات الأدنى الى انخفاضه.

3.3.3. الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس (Validity Scale): من بين الدراسات التي شهدت تطبيق مقياس صورة الجسم على مستوى البيئة الجزائرية نجد دراسة بريالة هناء (2013) بعنوان: صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق-دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة، والمؤسسة العمومية الاستشفائية عميرات سليمان بتقريت- على عينة مكونة من (30) مصابا ومصابة بتشوهات ناتجة عن حروق، اين قامت بالتأكد من صدق المقياس عبر استخدام صدق المحكمين، حيث عرض المقياس على خمسة (05) أساتذة متخصصين في علم النفس الذين بدورهم قدموا ملاحظات واقتراحات لتعديل بعض العبارات، اين تم اعتماد التعديلات التي اتفق عليها اكثر من (75%) من المحكمين في النسخة المعدلة للمقياس. (بريالة، 2013، ص 58)

ثبات المقياس (Reliability Scale): فيما يتعلق بثبات المقياس فقد أظهرت نتائج نفس الدراسة التي أجرتها بريالة هناء (2013) - المشار اليها سابقا من حيث العنوان والعينة - ان مقياس صورة الجسم يتمتع بدرجة عالية من الثبات، وقد تم التحقق من ذلك باستخدام معامل الفا كرونباخ والذي بلغ (Alpha=0.938)، وهي قيمة مرتفعة تدل على اتساق فقرات المقياس وصلاحيته للتطبيق. (المرجع السابق، ص 59)

4.3. البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة:

1.4.3. تعريف البرنامج: يعرف البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة على أنه أسلوب علاجي تأهيلي يعتمد على التغذية الراجعة البصرية، ويمكن استخدامه كعلاج مستقل أو جزء مكمل ضمن برامج إعادة التأهيل، مع إمكانية تطبيقه بشكل ذاتي من قبل المريض تحت اشراف مختصين. تعتمد التقنية على وضع مرآة بطريقة تسمح للمريض من رؤية انعكاس جزء من جسمه (الطرف السليم)، بحيث يبدو وكأنه يمثل الطرف المصاب او المبتور، مما يخلق وهما بصريا يتيح للمريض ملاحظة حركة طبيعية للطرف المصاب او المبتور، وبالتالي يساهم في تحسين الوظيفة الحركية وتقليل الألم والانزعاج النفسي المرتبط بالجزء المبتور. يتكون البرنامج من ثمان (08) جلسات علاجية، أجريت خلال شهر واحد بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيا، بما يضمن انتظام تطبيق البرنامج وتحقيق التأثير العلاجي المطلوب على صورة الجسم لدى المشاركين.

2.4.3. أهداف البرنامج العلاجي:

يهدف هذا البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة الى تحسين الحالة النفسية والحركية للمريض من خلال استثمار الوهم البصري الناتج عن انعكاس الطرف السليم، وذلك لتعزيز التكامل بين الادراك الحسي والحركة لتقليل الاعراض السلبية المرتبطة بالجزء المصاب او المبتور، وفيما يلي أبرز الأهداف التي وردت في الدراسات السابقة:

- تقليل الألم المزمن من خلال استخدام التغذية الراجعة البصرية.
- استعادة التوافق بين المدخلات الحسية والمخرجات الحركية
- إعادة تكامل الأنظمة الحسية والحركية داخل الجهاز العصبي المركزي.
- تصحيح اضطرابات صورة الجسم .
- توفير تمثيل بصري صحيح للجزء المصاب من الجسم.
- تقليل الخوف من الحركة.
- تقليل القلق والإحساس بالتهديد المرتبط بالحركة.
- كسر العلاقة بين الألم وتجنب الحركة .
- تشجيع المريض على الحركة التدريجية.
- تحسين الحركة الطبيعية للطرف المصاب.
- تحسين النتائج الوظيفية بعد الإصابات مثل السكتة الدماغية.
- تمكين المريض من ممارسة العلاج ذاتيا في المنزل. (Mark, Wittkopf, 2017, Pp 1002)

3.4.3. الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يعتمد البرنامج العلاجي على مجموعة من الفنيات العلاجية المنظمة التي تهدف الى تحقيق التكامل بين الادراك البصري والحركة الوظيفية للطرف المصاب، بحيث تركز هذه الفنيات على تحفيز الادراك الحسي وتقليل الألم وتحسين الحركة الطبيعية للطرف المصاب، وتشمل هذه الفنيات المستخدمة في البرنامج ما يلي:

✓ **التفريغ الانفعالي المنظم:** يعرفه كل من تهراني وروز (Tehrani & Rose) على انه تدخل يقوم به مهنيون مدربون بعد وقوع الحدث بوقت قصير، حيث يسمح فيه للمرضى بالحديث عن تجربتهم، ويتلقون معلومات عن ردود الفعل الطبيعية لمثل هذه الأحداث.

التفريغ الانفعالي المنظم هو عملية دعم تعليمية يتم من خلال التعبير عن المشاعر وإعادة تنظيم للعمليات المعرفية، والذي يمكن أن يطبق بشكل فردي أو جماعي ويوجد عدة أساليب أشهرها الذي طوره ميتشل وزملائه (Mitchell et al, 1983)، وأسلوب آخر أشارت له كارول وزملائها (Carool et al, 2006) المسمى بأسلوب التفريغ الانفعالي الطبيعي حيث يتلقى الضحية الدعم من أهله وأقاربه وأصدقائه وزملائه، والذي يهدف الى:

- تقوية وتدعيم عملية التعليم مع الحدث .
- تصحيح المفاهيم الخاطئة التي قد تتكون عن الحدث وتبعات الحدث.

- تخفيض حدة الأعراض التي من الممكن أن تتحول لأمراض على المستوى البعيد. (معنصر، 2015، ص 8)

✓ **التخيل الحركي الموجه:** يعرف على انه عملية معرفية يقوم فيها الفرد بتخيل أداء حركة معينة دون تنفيذها فعلياً ودون حدوث أي انقباض عضلي، وهو حالة ديناميكية يتم خلالها تنشيط التمثيل الداخلي لفعل حركي محدد داخل الدماغ دون صدور أي استجابة حركية خارجية، وبعبارة أخرى يتطلب التخيل الحركي تنشيطاً واعياً للمناطق الدماغية المسؤولة عن تخطيط وتنفيذ الحركة مع تثبيط إرادي للحركة الفعلية. (Mulder, 2007, Pp 1267)

✓ **التمارين الحسية والحركية:** يتضمن البرنامج العلاجي مجموعة متكاملة من التمارين الحركية والحسية، تهدف إلى تنشيط الوظائف الحركية والحسية وتحسين القدرة على التحكم في مختلف الحركات، وقد اشتملت التمارين الحركية على أداء حركات ثنائية للأطراف لمدة تقارب ثلاثين دقيقة، حيث يطلب من المشاركين تنفيذ مختلف المديات الحركية للمفاصل مثل الثني والبسط، والكب والاستلقاء، ورفع الطرف وخفضه، والتقريب والإبعاد، إضافة إلى الدوران الداخلي والخارجي وكذلك الدوران الجانبي، كما تضمنت هذه التمارين حركات فتح وإغلاق الأصابع، مع الحرص على التدرج في زيادة الجهد العضلي أثناء أداء الحركات التي تشمل كامل الطرف بهدف تحسين التنسيق الحركي وتنشيط العضلات.

أما تمارين القوة فقد تم توظيف مجموعة من الوسائل البسيطة لمدة تقارب ثلاثين دقيقة من بينها كرات بأحجام وملابس مختلفة، وقوارير بلاستيكية مملوءة بالماء بأوزان متنوعة، وأشرطة مطاطية، إضافة إلى قطع قماش وعصي. استخدمت هذه الأدوات في تنفيذ أنشطة حركية تتطلب درجات متفاوتة من القوة والتمدد، والتحكم في الحركة ضمن مديات حركية متنوعة، مما يساهم في تعزيز القوة العضلية وتحسين الأداء الوظيفي.

فيما يخص التمارين الحسية فقد شملت أنشطة تعتمد على التفاعل مع مواد متنوعة لمدة تقارب ثلاثين دقيقة، مثل الإسفنج والكرات المختلفة الكثافة واللمس، والقوارير البلاستيكية بأحجام وأوزان متعددة، وقطع القماش، والأكواب الورقية، والمشابك إلى جانب أشكال بلاستيكية مختلفة، وتهدف هذه التمارين إلى تنشيط الإدراك الحسي، وتنمية القدرة على التمييز اللمسي، بما يعزز التكامل بين الجوانب الحسية والحركية، ويساهم في تحسين الأداء العام لدى الأفراد. (Ana luis, 2024, Pp 271)

✓ **الاسترخاء التنفسي:** يعرف بأنه عملية تهدف إلى إحداث حالة من الهدوء الجسدي والنفسي من خلال خفض التوتر العضلي والتخلص من الانقباضات العضلية غير الضرورية، ويساهم ذلك في تحقيق التوازن بين النشاط العضلي وحالة الراحة، مما يساعد على تقليل الشعور بالإجهاد وتحسين الأداء العام للفرد.

يعد الاسترخاء النفسي حالة من الهدوء تنشأ لدى الفرد بعد التعرض لحالة من التوتر أو الإجهاد الانفعالي أو البدني، حيث يستعيد الجسم توازنه الطبيعي، وقد يكون الاسترخاء لا إراديا كما يحدث أثناء النوم، حيث تنتقل موجات الدماغ من حالة النشاط إلى حالة أكثر هدوء، أو قد يكون إراديا عندما يتبع الفرد تقنيات معينة تساعده على الوصول إلى حالة من الهدوء مثل اتخاذ وضعيات مريحة أو ممارسة تمارين التنفس أو الأنشطة البدنية الخفيفة.

كما تظهر هذه الحالة تفاعلا متكاملا بين الجوانب الجسدية والنفسية، إذ يخضع الجسم لتنظيم عصبي دقيق يوازن بين العمليات الإرادية واللاإرادية، مما يسهم في تحقيق الانسجام بين الجسم والعقل. ويستخدم الاسترخاء كإحدى التقنيات العلاجية الفعالة في مجالات متعددة، خاصة في التخفيف من التوتر والقلق وتحسين الصحة النفسية والجسدية لدى الأفراد. (والحاج، 2022، ص 36)

✓ **بناء التحالف العلاجي:** يعد التحالف العلاجي من أهم عوامل نجاح مقدمي الخدمات النفسية في تأدية أدوارهم التربوية والطلابية الإرشادية والعلاجية، مما يعني ضرورة تدريبهم على هذه المهارة، لا شك أن التحالف العلاجي علاقة إنسانية في جوهرها تتأثر بكل من المخططات بين الشخصية وأنماط التعلق لدى العميل أو المستفيد خاصة في مرحلة الطفولة، ولذلك لا يمكن إغفال هذه المخططات أو الأنماط كركيزة أساسية ومحور لبناء وإدارة التحالف العلاجي ومدخل للتدريب عليه أيضا. (بكر محمد، 2023، ص 21)

✓ **إعادة البناء المعرفي:** ويتمثل هذا الأسلوب في إعادة التقدير المعرفي وإعادة البناء للأفكار والمشاعر المتعلقة بالضواغط التي يختبرها الفرد، ومن شأن الأسلوب الموجب في ان يندمج الفرد في معرفة تعمل على زيادة معالجة المعلومات عن طريق ما يلي:

توسيع نطاق الانتباه الى خصائص مجال المنبهات وعناصرها.

البحث النشط عن بيانات جديدة متعلقة بحل المشكلة.

بناء مخططات معرفية للعمل والفعل.

في حالة الأسلوب السالب لإعادة البناء المعرفي فان الشخص يركز على استخدام عمليات دفاعية مثل الانكار أو التحريف لمواجهة الحدث الضاغط. (ركيبة، 2022، ص 18)

من خلال هذا الأسلوب نحاول تطوير الصياغة المعرفية لمشكلة أو مشاكل المريض، وذلك بمساعدته على التمييز بين مختلف الانفعالات، والربط بين الأفكار السلبية والانفعالات والسلوكيات، وللوصول في نهاية المطاف إلى الوعي بالأفكار السلبية واللاعقلانية واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية. (برزوان، 2018، ص 23)

✓ **التثقيف النفسي:** يحرص المعالجون في العلاج المعرفي السلوكي على توجيه مرضاهم نحو العلاج وتقييم مدى استعدادهم للتغيير حيث يساعد ذلك على ضمان وجود فهم مشترك بين المعالج والمريض أثناء سير العملية العلاجية، كما يتيح هذا التقييم التعرف على العوائق المحتملة التي قد تعرقل العلاج، والعمل على وضع استراتيجيات للتغلب عليها.

ويعد التثقيف النفسي (Psychoeducation) أحد المكونات الأساسية في هذا النوع من العلاج، ويقصد به تقديم معلومات نفسية للمريض داخل الإطار العلاجي بهدف مساعدته على التقدم في العلاج. عرفه دويسون (Dubson) بأنه «تعليم المبادئ والمعارف النفسية ذات الصلة». ويمكن تقديم هذا التثقيف شفها من قبل المعالج، أو من خلال مواد مكتوبة مثل الكتيبات أو النشرات.

وقد يأخذ التثقيف النفسي عدة أشكال منها الإجابة عن تساؤلات المريض حول مشكلته الحالية أو طبيعة العلاج، أو تقديم معلومات تمهيدية تبرر استخدام استراتيجيات علاجية معينة، وغالبا ما يستند هذا النوع من التثقيف إلى نتائج البحوث العلمية، ويتم تقديمه بلغة مبسطة ومفهومة للمريض، كما قد يستخدم المعالج أحيانا أمثلة واقعية من خبرته المهنية لتوضيح المعلومات، وجعلها أكثر إقناعا وقربا من المريض. (Amy Wanzel, 2002, Pp 66)

✓ **التعزيز الإيجابي:** هو زيادة احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة في الحدث المشروط هو مثير أو يظهر بعد حدوث السلوك المقبول مرغوبا فيه أو سار أو هو التغذية الراجعة المدعمة. (بن الشبهة ولكحل، 2020، ص 20)

✓ **الإصغاء العلاجي الفعال:** يعرف الإصغاء الفعال بأنه الاستماع والانصات المركز لمجموعة من المعلومات حول موضوع ما، والتي يحاول المرسل إيصالها إلى المرسل إليه وذلك لغرض التفهم الكامل لذلك الموضوع. وهو مهارة مهمة لكل الأشخاص الناجحين الذين يقضون معظم أوقاتهم في الاتصالات السمعية مثل الإداريين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين... الخ، فهو يبين نوعا من الثقة والمودة المتبادلة ويعزز التفاهم بين الناس، ومعظم المشاكل التي تحدث في العلاقات بين الناس خاصة بين الآباء والأبناء يكون عدم الالمام بهذه المهارة السبب الرئيسي فيها. (محزري، 2019، ص 80)

✓ **التدريب الحركي:** هو تدريب أو إعادة تدريب الشخص لمساعدته على بلوغ مستوى جيد من الكفاءة الوظيفية الحركية، وتحسين الوظائف الحركية والسيطرة الإرادية للوقاية من حدوث التشوهات العظمية وعالجها عند حدوثها. (زوقاخ وميلودي، ب س، ص 146)

- ✓ **تقنية المرأة:** هي تقنية علاجية وتأهيلية لمبتوري الأطراف يتم فيها وضع مرآة بين طرفي المريض، بحيث يضع المريض طرفه المبتور من جهة والطرف الآخر من الجهة المقابلة أمام المرأة، ويجب أن يكون المريض قادرا على رؤية انعكاس طرفه السليم في المرأة، مما يمنحه وهم رؤية كلا الطرفين. (Solène, 2021, Pp 19)
- ✓ **الحوار والمناقشة:** هو عبارة عن أسلوب تفاعلي يستخدم في بداية البرنامج العلاجي لتكوين علاقة علاجية آمنة، وذلك من خلال حث المشاركين وتشجيعهم على التعبير عن تجاربهم ومخاوفهم دون اصدار حكم.
- ✓ **التدريب على الانتباه الحسي:** هي إحدى التقنيات المستخدمة في العلاج النفسي خاصة في العلاج المعرفي السلوكي، والتي تهدف إلى مساعدة الفرد على توجيه انتباهه إلى الاحساسات التي يعيشها في تلك اللحظة بدلا من الانشغال بالأفكار السلبية أو القلق، حيث تعتمد هذه التقنية على تنشيط الحواس الخمس، وتعلم الفرد ملاحظة ما يحيط به من أصوات وأشكال وروائح جسدية بشكل واع ومنظم.
- ✓ **تسجيل الملاحظات والانفعالات:** هي تقنية لتتبع الأفكار والمشاعر والسلوكيات المرتبطة بالمواقف المختلفة بشكل منظم، حيث يطلب من المريض تدوين تجاربه اليومية في سجل خاص.
- تعد هذه التقنية أداة فعالة في عملية إعادة البناء المعرفي.
- ✓ **تقنية الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك:** تعتمد هذه التقنية على النموذج المعرفي الذي يفترض ووجود علاقة ترابطية بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، حيث تؤثر الأفكار في الانفعالات، والتي تنعكس بدورها على السلوك. يتم تدريب المريض على إدراك هذه العلاقة من خلال تحليل مواقف يومية وتحديد الفكرة المرتبطة بكل موقف، ثم رصد المشاعر الناتجة عنها، وأخيرا السلوك الصادر عنها، ويهدف هذا الأسلوب إلى فهم ديناميكية الاستجابة النفسية لدى الفرد بما يساعده على تعديل أفكاره السلبية وتطوير أنماط تفكير أكثر تكيفا.
- ✓ **التعريض التدريجي:** هي تقنية علاجية تهدف إلى مساعدة المريض على مواجهة مخاوفه والمواقف أو المثيرات التي يتجنبها، وذلك بطريقة منظمة ومتدرجة، تقوم هذه التقنية على تعريض المريض لهذه المثيرات خطوة بخطوة بدءا من الأقل إثارة وشدة إلى الأكثر حدة مع مراعاة قدرة المريض على التحمل في كل مرحلة.
- ✓ **الوصف الانفعالي اللحظي:** تتمثل هذه التقنية في توجيه المريض إلى التعبير عن مشاعره وأحاسيسه كما يعيشها في اللحظة الراهنة، حيث يطلب منه وصف الانفعالات التي يشعر بها مع ربطها بالاحساس الجسدي المصاحب لها، دون إعادة تحليلها بشكل مفرط أو الدخول في تفكير تأملي حولها، وتساهم هذه العملية في تحسين التوازن الانفعالي وتعزيز التفاعل الصحي مع التجارب النفسية.
- ✓ **التشكيل التدريجي للسلوك:** هو أسلوب يقوم على بناء سلوك جديد بشكل تدريجي عبر خطوات صغيرة، حيث يتم تعزيز كل استجابة تقرب المريض من السلوك المستهدف.

✓ **الدمج البصري-الذهني:** تعد هذه التقنية من الأساليب العلاجية التي تقوم على الجمع بين الإدراك الحسي البصري والتمثيل الذهني الداخلي، حيث يربط الفرد ما يراه في انعكاس المرأة بصورة ذهنية ايجابية أو واقعية، يهدف هذا الدمج الى اعادة تنظيم التمثيل العصبي للطرف المفقود وتحسين التوافق بين المدخلات والمخرجات الحسية والحركية.

✓ **التركيز الداخلي:** تقوم هذه التقنية على على توجيه انتباه المريض نحو خبرات الجسدية الداخلية بدل الانشغال بالأفكار السلبية، حيث يطلب منه ملاحظة الاحساسات الجسدية مثل التوتر او الاحساس بالحركة، ويساهم هذا الأسلوب في تعزيز الوعي الجسدي وتنمية القدرة على ملاحظة التجربة الداخلية بشكل موضوعي.

✓ **تمرين المرأة المطول:** هو أحد أساليب التعريض التدريجي، حيث يتم تعريض المريض لصورة جسده أمام المرأة لفترة زمنية أطول وبشكل منظم مع توجيه انتباهه نحو الملاحظة الوصفية دون اصدار أحكام أو تقييمات سلبية، ويطلب منه وصف ما يراه بشكل محايد بهدف تقليل الصدمة البصرية المرتبطة بصورة الجسد بعد البتر وكسر سلوكيات التجنب.

✓ **التفكك المعرفي:** والتمثل في مساعدة المريض على فصل ذاته عن أفكاره السلبية دون الاندماج فيها او تصديقها، وذلك من خلال اعادة صياغتها او التعامل معها كأحداث عقلية عابرة، ويسهم هذا الاسلوب في تقليل التأثير الانفعالي للأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسد، كما يعزز قدرة المريض على التحكم في استجاباته النفسية ودعم التكيف الايجابي معها.

✓ **التخطيط لمنع الانتكاس:** تهدف هذه التقنية الى اعداد المريض لمواجهة احتمال عودة الأعراض أو الأفكار السلبية مستقبلا من خلال تحديد المواقف الضاغطة التي قد تثير هذه الاعراض، ويتضمن ذلك تدريب المريض على استخدام المهارات المكتسبة خلال البرنامج العلاجي مثل تقنيات الاسترخاء، والعلاج بالمرآة، واعادة البناء المعرفي، ويعزز هذا الاسلوب من شعور المريض بالكفاءة الذاتية والاستقلالية، وساهم في الحفاظ على نتائج العلاج للمدى الطويل.

❖ **الفئة المستهدفة:** مبتوري الأطراف

الجدول(1): يوضح بروتوكول علاجي قائم على انعكاسات المرأة للتخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الاطراف

الجلسة	عنوانها	الهدف منها	المحتوى	التقنيات	المدة
01	التعارف وبناء	_ بناء علاقة علاجية	_ استقبال الحالة بأسلوب مهني	_ الإصغاء	30

التحالف العلاجي قائمة على الثقة والأمان النفسي. اتاحة المجال للتعبير الحر عن التجربة الانفعالية المرتبطة بالبتنر. تهيئة الحالة نفسيا للانخراط في البرنامج العلاجي. توضيح اهداف البرنامج واجراءاته.	داعم يراعي الحالة النفسية مع تقديم المعالج نفسه وتوضيح دوره وحدود العلاقة العلاجية. شرح الإطار العلاجي بشكل مبسط مع التأكيد على مبدأ السرية. اتاحة الفرصة للحالة لسرد تجربتها مع البتنر مع التركيز على توقيت الحدث، طبيعته، ردود الفعل، الاثر النفسي على الحالة. استكشاف المشاعر والأفكار المرتبطة بصورة الجسد بعد البتنر. تقديم شرح مبسط للبرنامج العلاجي وخطواته، وعدد جلساته ومدتها.	العلاجي الفعال. التفريغ الانفعالي المنظم. التثقيف النفسي. بناء التحالف العلاجي.	دقيقة
تفسير الانفعالات والافكار المرتبطة بصورة الجسد تعزيز القدرة على التعبير عن الانفعالات بشكل منظم. استكشاف مظاهر اضطراب صورة الجسد بعد البتنر. التعرف على الأفكار السلبية التلقائية المرتبطة	استحضار مواقف حديثة اثارت انفعالات قوية لدى الحالة ومناقشتها. تحليل الاستجابات الانفعالية وتحديد الأسباب والعوامل المساهمة في تعزيزها. استكشاف الأفكار التلقائية المصاحبة للانفعالات مع التركيز	التفريغ الانفعالي المنظم. المناقشة والحوار. تسجيل الملاحظات والانفعالات. إعادة البناء	45 دقيقة

		بالذات والجسد. _ تنمية الوعي بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.	على الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسد والذات. _ توضيح العلاقة بين الأفكار بالمشاعر والسلوكيات من خلال استخدام نموذج (ABC) المعرفي. _ التعرف على التشوهات المعرفية الشائعة (التعميم، التحويل) وتأثيرها على صورة الجسد.	المعرفي. _ تقنية الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
03	إعادة تكوين صورة الجسد تطبيق القياس القبلي.	_ تنشيط الإدراك البصري - الجسدي. _ تقليل الشعور بالغربة والانفصال عن الجسد بعد البتـر. _ تعزيز تقبل صورة الجسد بشكل تدريجي. _ إعادة إدماج التمثيل الذهني للطرف المبتور. _ خفض سلوكيات التجنب المرتبطة بالنظر الى الجسد.	_ شرح مبدأ "تقنية المرأة" بطريقة مبسطة. _ اجراء تمرين تنفس عميق لخفض مستوى التوتر قبل التطبيق. _ تطبيق تقنية المرأة من خلال وضعها بحيث تعكس الطرف السليم ليبدو وكأنه الطرف المفقود كقياس قبلي. _ توجيه الحالة للتركيز البصري على الانعكاس مع تعزيزها على الحضور الذهني اثناء التجربة. _ دعوة الحالة الى وصف ما تراه وما تشعر به لحظة بلحظة بهدف تعميق الوعي بالتجربة. _ استكشاف الانفعالات التي	_ تقنية المرأة. _ الاسـترخاء التنفسي. _ التدريب على الانتباه الحسي. _ التعـريض التدريجي _ الوصف الانفعالي.
45	دقيقة			

		تظهر اثناء التطبيق كالرفض مثلا والتعامل معها بشكل داعم. _ مناقشة التجربة وربطها بادراك الحالة لصورة جسدها وبالتمثلات الذهنية المرتبطة بالطرف المبتور.			
45 دقيقة	التدريب الحركي. _ تقنية المرأة _ التدريب على الانتباه الحسي. _ التكرار المنظم. _ التعزيز الإيجابي.	تمهيد للجلسة من خلال استرجاع تجربة تقنية المرأة في الجلسة السابقة، ومناقشة أبرز الملاحظات. _ تدريب الحالة على تنفيذ حركات بطيئة ومنظمة للطرف السليم امام المرأة بما يعزز الاحساس بوجود الطرف المبتور كالثني والبسط. _ تنفيذ سلسلة من الحركات بشكل تدريجي من البسيط الى المركب مع توجيه الانتباه نحو الاحساس الحركي والبصري في الوقت نفسه. _ مساعدة الحالة على ملاحظة التوافق بين ما تراه في المرأة وما تشعر به داخليا. _ تكرار الحركات بطريقة منظمة لتعزيز التعلم التدريجي وتحسين	تعزيز الإحساس بوحدة الجسد. _ تقليل التشوهات الادراكية المرتبطة بصورة الجسد. _ تحسين التكامل الحسي-الحركي. _ تنمية الإحساس بالسيطرة الحركية. _ تعزيز الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية.	04	تنمية التكامل الحسي- الحركي

		الإحساس بالجسد. _ استكشاف المشاعر والأفكار التي تظهر أثناء الأداء الحركي خاصة تلك المرتبطة بالثقة. _ تقديم تعزيز لفظي إيجابي لدعم شعور الحالة بالكفاءة وتشجيعها على الاستمرار والثقة بالنفس.			
45 دقيقة	_ التـدريـب الوظيفي _ المحاكاة. _ التعزيز الإيجابي. _ إعادة البناء المعرفي. _ التـدرج للسلوكي.	_ تمهيد الجلسة من خلال مراجعة التقدم الذي أحرزته الحالة في التحكم الحركي خلال الجلسات السابقة. _ تقديم تمارين محاكاة لمهام حياتية يومية باستخدام الطرف السليم مع دعم التمثيل الذهني للطرف المبتور. _ تنفيذ مهام حركية بسيطة ذات طابع وظيفي كترتيب الأشياء للطرف السليم. _ توجيه الحالة الى التركيز على التقدم والنجاحات الجزئية بدل السعي الى الكمال. _ مناقشة الأفكار السلبية المرتبطة بالأداء (مثلا لا أستطيع، سأفشل...) وتحليل	_ تعزيز الشعور بالكفاءة الجسدية. _ تحسسين الإدراك الوظيفي للقدرات المتبقية. _ دعم الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية. _ تقليل سلوكيات الانسحاب والتجنب الاجتماعي.	05	تعزيز الكفاءة الوظيفية

		أثرها على السلوك. _ إعادة صياغة هذه الأفكار بطريقة واقعية وإيجابية تدعم وتعزز الثقة بالنفس. _ تعزيز السلوكيات الإيجابية وربطها بإمكانية الاندماج في الحياة الاجتماعية وتحسين جودة الحياة.			
45 دقيقة	التخيل الحركي الموجه. _ الدمج البصري- الذهني. _ الإيحاء الإيجابي _ التركيز الداخلي. _ تقنية المرأة	_ تمهيد الجلسة من خلال استرجاع تجربة الحركات الواقعية المنجزة في الجلسة السابقة مع مناقشة الإحساس المرتبط بها. _ تقديم مفهوم التخيل الحركي وتوضيح أهميته بطريقة مبسطة. _ دمج تقنية المرأة مع التخيل الحكي من خلال مشاهدة انعكاس الطرف السليم مع تخيل حركة الطرف المبتور في الوقت نفسه. _ توجيه الحالة لتخيل تفاصيل الحركة بدقة (القوة، السرعة، الاتجاه، والاحساس المصاحب لها) _ تدريب الحالة على وصف ما تشعر به أثناء التخيل.	_ تنشيط التمثيل الذهني للطرف المبتور. _ تحفيز عمل الشبكات العصبية المرتبطة بالملاحظة والحركة. _ دعم التكامل بين الإحساس الجسدي والتصور الذهني. _ تعزيز تقبل الجسد بشكل تدريجي.	دمج التخيل الحركي	06

		_ استكشاف الانفعالات المصاحبة للتجربة ومناقشتها. _ تقديم تمرين منزلي بسيط قائم على التخيل الحركي قبل النوم بهدف تعزيز الاستمرارية وتثبيت التعلم.			
45 دقيقة	_ تمرين المرأة _ المناقشة والحوار. _ إعادة البناء المعرفي. _ التفكك المعرفي. _ الاسترخاء التنفسي.	_ تمهيد الجلسة من خلال مراجعة التغيرات النفسية والسلوكية التي تم ملاحظتها على الحالة منذ بداية البرنامج العلاجي. _ تطبيق تمرين المرأة لفترة طويلة مع توجيه الانتباه نحو التقبل والملاحظة دون اصدار الاحكام. _ مناقشة المقارنات الاجتماعية السلبية من خلال استكشاف كيفية رؤية الحالة لذاتها مقارنة بالآخرين وتأثير ذلك على مشاعرها. _ تفكيك الأفكار المرتبطة بالوصمة او الشعور بالنقص وتوضيح أثرها على تقدير الذات. _ إعادة بناء معنى الجسد والذات بحيث ينظر الى الجسد كجزء من الهوية وليس المحدد الوحيد لها.	_ تقليل المقارنات الاجتماعية السلبية المرتبطة بصورة الجسد. _ دمج تجربة البتر ضمن الهوية الشخصية بشكل متوازن. _ تعزيز التكيف النفسي والمرونة الانفعالية. _ دعم تقبل الجسد كما هو دون رفض او انكار.	إعادة بناء الهوية الجسدية والتقبل	07

		_ تدريب الحالة على ملاحظة افكارها دون الاندماج فيها. _ تطبيق تمرين استرخاء قائم على الوعي بالحاضر وتعزيز تقبل المشاعر الداخلية.			
45 دقيقة	_ القياس البعدي _ المناقشة والحوار. _ التعزيز الإيجابي. _ التخطيط لمنع الانتكاس.	_ تطبيق مقياس اضطراب صورة الجسد (القياس البعدي). _ تحليل النتائج ومشاركتها مع الحالة. _ مناقشة التغيرات النفسية والسلوكية التي طرأت خلال البرنامج منذ بدايته. _ استرجاع اهم المهارات المكتسبة (تقنية المرأة، التخيل الحركي، التحكم الانفعالي) وربطها باستخدامها في الحياة اليومية. _ مناقشة التحديات والمخاوف المستقبلية المحتملة وتدريب الحالة على كيفية التعامل معها. _ انتهاء الجلسات بطريقة داعمة من خلال التعزيز الإيجابي.	_ تقييم التغير في اضطراب صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج. _ تحديد مدى فعالية البرنامج العلاجي. _ تثبيت المهارات المكتسبة وتعزيز استمراريتها. _ اعداد الحالة لمواجهة التحديات المستقبلية ومنع الانتكاس. _ إنهاء العلاقة العلاجية بطريقة إيجابية.	08 التقييم البعدي وانهاء البرنامج العلاجي	

4.2.3. تحكيم البرنامج العلاجي:

من أجل ضمان جودة البرنامج العلاجي وسلامة اجراءاته، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في علم النفس بجامعة بلحاج بوشعيب-عين تموشنت، وذلك بهدف تقييم محتواه وابداء ملاحظات واقتراحات لازمة لتحسينه، والجدول الموالي يوضح أسماء الأساتذة المحكمين ورتبهم وآرائهم.

الجدول(2): يوضح قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي.

اسم ولقب الاستاذ	الرتبة العلمية	جامعة الانتماء
أ. سبع هاجيرة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت
أ. قلعي أمال	أستاذ محاضر "أ"	جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت
أ. سعدي زينب	أستاذ محاضر "أ"	جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت

- بناءا على نتائج تحكيم البرنامج العلاجي من طرف الاساتذه المتخصصين الظاهرة أسماؤهم على الجدول(2) اتفق الجميع على مجموعة من التعديلات، والتي تم مراعاتها في النسخة النهائية من البرنامج والمتمثلة في:
- توقيت الجلسة يتم إعادة النظر حيث كانت المدة طويلة جدا، والتي قد تدخل الحالة في حالة من الملل، بهذا أصبحت مدة الجلسة الأولى أقل من 45 دقيقة.
 - إزالة خفض مستوى القلق لدى الحالة.

4. مجال اجراء الدراسة الأساسية:

- المجال المكاني: تم اجراء الدراسة الأساسية بالمؤسسة الإستشفائية أحمد مدغري بولاية عين تموشنت.
- المجال الزمني: تمت الدراسة الأساسية خلال الفترة الممتدة من 09 مارس إلى 09 أبريل 2026

5. عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها:

- شملت الدراسة على ثلاث(03) حالات تم اختيارها بطريقة قصدية.
- أولهم الحالة(ج) التي تبلغ من العمر(37) سنة عزباء تعيش مع والدتها ظروف مادية ميسورة الحال، كانت تقوم بأعمال الخياطة قبل دخولها المستشفى وتعرضها لبتز اليد بسبب جرح ناجم عن مسمار صدئ.
- والحالة (أ) الذي يبلغ من العمر(24) سنة عازب يعمل في مجال الفلاحة، والذي تم بتر اصابع رجله اليسرى بعد سقوط باب عربة الجرار عليها.
- وأخيرا الحالة(س) التي تبلغ من العمر(76) سنة وهي امرأة متزوجة ولديها أحفاد، والتي فقدت ساقها بعد موت الأوعية الدموية لساقها اليمنى.

خلاصة:

خلاصة القول يعتبر الجانب الخاص بإجراء الدراسة الميدانية محور مهم وأساسي في البحوث العلمية، حيث تطرقنا في هذا الفصل بإتباع الإجراءات المنهجية التي يجب أن يتبعها أي باحث في بحثه، والمتمثلة في الدراسة الاستطلاعية من أجل التعرف على عينة الدراسة من أجل القيام بتطبيق مقياس الخاص بصورة الجسم عليهم، وكذلك الإشارة إلى أهم أدوات البحث العلمي التي قمنا بتطبيقها وهي دراسة الحالة، الملاحظة والمقابلة العيادية وفي الأخير قمنا بتصميم برنامج علاجي مقترح للعلاج بانعكاسات المرأة.

الفصل السادس: نتائج الدراسة

تمهيد

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

تمهيد:

بعد تطرقنا في الفصل السابق للخطوات المنهجية التي اتبعتها الدراسة الحالية سنقوم، فيما يلي بتقديم عرض للحالات، ثم مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الفرضيات المصاغة، يليها استنتاج عام للدراسة، ثم عرض مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي يمكن أن تسهم في تطوير التكفل النفسي بهذه الفئة.

1. عرض حالات الدراسة:

1.1. عرض الحالة الأولى:

1.1.1. البيانات الأولية للحالة.

- الإسم: (ج)
- العمر: 37 سنة
- المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي
- العمل: خياطة
- الحالة الإجتماعية: عزباء
- الحالة الاقتصادية: متوسطة
- الأمراض السابقة: لا توجد
- نوع البتر: بتر الكف اليمنى بسبب جرح مسمار صدأ.
- مدة البتر: أسبوع.

2.1.1. سير المقابلات مع الحالة:

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

الجدول(3): يمثل سير المقابلات مع الحالة الأولى(ج)

الرقم	التاريخ	المكان	المدة	الهدف
01	2026/04/24	قسم الطب الداخلي	30 دقيقة	تم التعرف الأولي مع الحالة وجمع البيانات الأولية، وبعدها نعرف بأنفسنا وبمهنة الأخصائي النفسي، وشرح دورنا وحدود مهامنا. كما تم السعي للتعرف على تاريخه النفسي

والإجتماعي والطبي ان وجد، وذلك بهدف بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والإحترام. مع الاهتمام بأسئلة الحالة والاجابة عليها بوضوح، ثم الاتفاق على أهداف العلاج ومواعيد الجلسات القادمة.		بالمؤسسة الاستشفائية أحمد مدغري		
تم توفير بيئة تواصل إيجابية وأمنة مع الحالة وذلك لتعزيز قدرته على التعبير عن الانفعالات بشكل منظم، ولتسهيل اكتشاف مظاهر اضطراب صورة الجسد بعد البتر. والتعرف على الأفكار السلبية التلقائية المرتبطة بالذات والجسد. ثم تقديم شرح مبسط للمفاهيم المتعلقة بصورة الجسم والمقياس الذي سنطبه بشكل قبلي في الجلسة القادمة. في نهاية الجلسة تم محاولة تحديد طموحات الحالة وأهدافه المستقبلية لفهم رؤيته للمستقبل وارتباطها بمستوى قلقه.	45 دقيقة		2026/04/30	02
تم تطبيق القياس القبلي مع تقنية تنشيط الإدراك البصري الجسدي. بهدف تقليل الشعور بالغربة والانفصال عن الجسد بعد البتر، كما تم تعزيز تقبل صورة الجسد بشكل تدريجي، مع إعادة إدماج التمثيل الذهني للطرف المبتور، من أجل خفض سلوكيات التجنب المرتبطة بالنظر الى الجسد.	45 دقيقة		2026/04/31	03
تم تمهيد للجلسة من خلال استرجاع تجربة تقنية المرآة في الجلسة السابقة، ومناقشة أبرز الملاحظات والتدريب على تنفيذ حركات بطيئة ومنتظمة للطرف السليم امام المرآة بما يعزز الاحساس بوجود الطرف المبتور كالثني والبسط. وتنفيذ سلسلة من الحركات بشكل تدريجي من البسيط الى المركب مع توجيه الانتباه نحو الإحساس الحركي والبصري في الوقت نفسه، وذلك لتسهيل ملاحظة التوافق بين ما تراه	45 دقيقة		2026/05/01	04

الحالة في المرأة وما تشعر به داخليا. تم تكرار الحركات بطريقة منظمة لتعزيز التعلم التدريجي وتحسين الإحساس بالجسد. وتفسير المشاعر والأفكار التي تظهر أثناء الأداء الحركي خاصة تلك المرتبطة بالثقة.				
تعزيز شعور الحالة بالكفاءة الجسدية من أجل تحسين الإدراك الوظيفي للقدرة المتبقية. ودعم الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية وتقليل سلوكيات الانسحاب والتجنب الاجتماعي.	45 دقيقة	2026/05/05	05	
تنشيط التمثيل الذهني للطرف المبتور لتحفيز عمل الشبكات العصبية المرتبطة بالملاحظة والحركة. ودعم التكامل بين الإحساس الجسدي والتصور الذهني. من أجل تعزيز تقبل الجسد بشكل تدريجي.	45 دقيقة	2026/05/06	06	
تقليل المقارنات الاجتماعية السلبية المرتبطة بصورة الجسد، ودمج تجربة البتر ضمن الهوية الشخصية بشكل متوازن. بالإضافة الى تعزيز التكيف النفسي والمرونة الانفعالية من أجل دعم تقبل الجسد كما هو دون رفض او انكار.	45 دقيقة	2026/05/08	07	
تقييم التغير في اضطراب صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج، وتحديد مدى فعالية البرنامج العلاجي. كذا تثبيت المهارات المكتسبة لاعداد الحالة لمواجهة التحديات المستقبلية ومنع الانتكاس، وأخيرا إنهاء العلاقة العلاجية بطريقة إيجابية.	45 دقيقة	2026/05/09	08	

3.1.1. ملخص الحالة:

الحالة (ج) تبلغ من العمر 37 سنة عزباء تعيش مع والدتها المسنة تقوم بأعمال الخياطة من منزلها، كما انها تقوم بأعمال البيت وحدها أيضا. تركت الدراسة بعد خسارتها لشهادة البكالوريا وهذا كان إرغاما لها من قبل والدها المتوفي حاليا، وحالتها الاقتصادية متوسطة تعيش هي ووالدتها عن طريق الراتب الذي تبقى لها من والدها كما تساعد نفسها بمكسبها من الخياطة. تم خضطبتها عدة مرات لكنها لم تقبل فكرة الزواج خشية ترك والدتها العاجزة وحيدة والتماطل في إعانتها بسبب مسؤوليات الزواج. التحقت بالعديد من مسابقات التوظيف للثالثة ثانوي لكنها لم تنجح في أي واحدة منها. بترت كفها بعد إصابتها بجرح مسمار صدياً لكنها لم تكثرت له رغم تعفنه بمرور الوقت وسبب ذلك خوفا من البتر الذي سيعيقها في أعمالها والإعتناء بوالدتها. بترت كفها اليمنى يوم الأربعاء 25 مارس 2026 وهي الآن تحت الرعاية الاستشفائية.

4.1.1. ملخص المقابلات مع الحالة:

من خلال الجلسات التي أجريت مع **الحالة (ج)** وبناء على ادوات البحث بما فيها الملاحظة والمقابلة العيادية، الحالة بدأت الجلسات بكل أريحية وهذا ما ترجمته لغة جسدها وحتى طريقة كلامها، حيث لم تبدي أي رفض لإجراء المقابلة كانت ساكنة تجيب حسب السؤال يبدو على نظراتها الحزن والخيبة تبعدها كلما نظرت إلي تجنبا للتواصل البصري، أصابع يدها السليمة ترتجف قليلا، هندامها منظم ونظيف ورائحتها مميزة. اتسمت بالعفوية والصراحة وأجابت عن الأسئلة بسلاسة مع وضوح اللغة مع إضافتها لجملة: "ما عندي ما نخبي وعلاش نحشم كلشي راه باين" مع وجود لحظات صمت متقطعة خاصة عند الحديث عن حادثة البتر. وعند التطرق إلى ظروف الإصابة، صرحت بأنها كانت تدرك خطورة الجرح بقولها "كنت عارفة شراه جايني" لكنها فضلت تجاهله خوفاً من فقدان يدها، وهو ما يعكس تعلقها الكبير بوظيفتها اليدوية ودورها داخل المنزل. وحبها لأُمها وخوفها من عدم القدرة على مساعدتها مجدداً. كما أبدت الحالة نوعاً من الندم عند حديثها عن تأخرها في التوجه للعلاج، حيث قالت "ما كانش عندي حل كنت خايفة حياتي كانت غادي تنقلب"، وكانت تحاول تجنب الخوض في تفاصيل الألم الجسدي الذي عانت قبل البتر. وعند سؤالها عن شعورها بعد العملية، ظهرت عليها علامات التأثير النفسي تغيرت أنفاسها وملامح وجهها وامتلأت عيناها بالدموع وصمتت. بعدها سألتها عن علاقتها بمحيطها، ذكرت الحالة أنها تعتمد بشكل كبير على نفسها في تسيير شؤون المنزل والعناية بوالدتها حيث قالت "أنا ندير كلشي وحدي من قبل ما تمرض ما" وهو ما جعلها تشعر بضغط نفسي إضافي بعد العملية، خاصة مع تخوفها من عدم قدرتها على مواصلة نفس الدور مستقبلاً. كما صرحت بأنها لم تخبر الكثير من معارفها بحالتها الحالية، مفضلة نوعاً من الانسحاب المؤقت. أما بخصوص نظرتها لذاتها وعند سؤالها لسبب عدم زواجها حتى الآن، فقد عبرت بشكل غير مباشر عن إحساسها بالنقص خاصة عندما أشارت إلى يدها

المبتورة، حيث قالت: "أنا شكون غادي يشوف فيادروك أصلا كبرت وزلدو قطعولي يدي"، حيث تجنبت النظر إليها أثناء الحديث، كما كانت تحاول إخفاء الجزء المصاب قدر الإمكان.

لكن من جهة أخرى إيجابية، لم تُبدِ الحالة أي رفض لفكرة العلاج النفسي، بل أظهرت استعداداً للتعاون، خاصة عندما تم طمأننتها حول سرية المعلومات وأهداف الدراسة. كما بدت مهتمة بمعرفة ما إذا كان بإمكانها استعادة نوع من التوازن النفسي أو التكيف مع وضعها الجديد.

طبقت البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة على الحالة (ج) عبر ثماني جلسات، حيث وظفنا مجموعة من التقنيات العلاجية بشكل متدرج ومتكامل وفق خصوصية الحالة. فقد اعتمدنا في الجلسة الأولى على الإصغاء العلاجي الفعال والتفريغ الانفعالي بهدف بناء التحالف العلاجي، حيث أُتيحت للحالة فرصة التعبير عن تجربتها، كما ظهرت عليها علامات التأثر عند الحديث عن البتر، وهو ما تم احتواؤه من خلال الدعم الانفعالي والتنقيف النفسي، مما ساهم في خفض توترها وتعزيز شعورها بالأمان.

أما في الجلسة الثانية، فقد وظفنا تقنيات المناقشة والحوار وإعادة البناء المعرفي، حيث حللنا الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسد، وتم ربط هذه الأفكار بمشاعر الحزن والخجل وسلوك التجنب، مع البدء في تعديلها تدريجياً نحو أفكار أكثر واقعية.

في الجلسة الثالثة، طبقنا تقنية المرأة لأول مرة مع الاستعانة بالاسترخاء التنفسي والتعريض التدريجي، حيث وجهنا الحالة للنظر إلى انعكاس يدها السليمة، إلا أنها أبدت تردداً واضحاً وتجنباً للنظر في البداية، ما يعكس حساسية صورتها الجسدية، لكن مع التوجيه والدعم بدأت في تقبل النظر بشكل جزئي، مع وصفها للتجربة بشكل حذر.

وخلال الجلسة الرابعة قمنا بتعزيز التكامل الحسي-الحركي من خلال التدريب الحركي أمام المرأة، حيث طلبنا صمغها أداء حركات بسيطة، ومع التعزيز الإيجابي بدأت تظهر استجابة أفضل، وانخفض التوتر تدريجياً، كما تحسن تركيزها البصري والحسي.

أثناء الجلسة الخامسة ركزنا على تعزيز الكفاءة الوظيفية باستخدام المحاكاة والتدرج السلوكي، حيث دربنا الحالة على مهام بسيطة مرتبطة بنشاطها اليومي، خاصة الخياطة، وقد عبرت في البداية عن شكوكها في قدرتها بقولها "ما وليتش نقد صايي"، إلا أن التكرار والتشجيع ساهما في تعزيز شعورها بالقدرة وتقليل أفكار العجز.

في الجلسة السادسة استعنا بتقنية التخيل الحركي الموجه والدمج البصري-الذهني، حيث طلبنا منها تخيل حركة يدها المبتورة بالتزامن مع رؤية انعكاس اليد السليمة، وقد ساعد ذلك على تقليل الإحساس بالفقد وتعزيز التمثيل الذهني للطرف، مع ملاحظة اندماجها بشكل أكبر في التمرين.

في الجلسة السابعة اشتغلنا على إعادة بناء صورة الجسد من خلال تمرين المرأة المطول والتفكك المعرفي، حيث ناقشنا أفكار الحالة المرتبطة بالنقص خاصة فيما يتعلق بعدم الزواج، والتي تجنبنا خلالها النظر إلى يدها، وتم تدريبها على ملاحظة هذه الأفكار دون الاندماج فيها، مما ساهم في تعزيز تقبلها التدريجي لذاتها.

وفي الجلسة الثامنة والأخيرة أجرينا التقييم البعدي وتثبيت المكتسبات، كما ناقشنا التغيرات التي طرأت عليها، والتي تمثلت في تحسن نسبي في نظرتها لجسدها وتقليل سلوكيات التجنب، مع تعزيز ثقتها بقدرتها على التكيف مستقبلاً. بشكل عام أظهرت الحالة (ج) استجابة تدريجية للبرنامج العلاجي، حيث انتقلت من حالة يغلب عليها الحزن والانسحاب والشعور بالنقص، إلى مستوى أفضل من القبول والتكيف النفسي، وهو ما يعكس فعالية التقنيات المستخدمة خاصة تقنية المرأة المدعمة بالأساليب المعرفية والانفعالية.

5.1.1. نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة:

1.5.1.1. نتائج القياس القبلي:

تشير نتائج القياس القبلي للحالة (ج) الموضحة في الملحق (2) إلى وجود اضطراب شديد في صورة الجسم، حيث حصلت الحالة على درجة (108)، وهي درجة مرتفعة تقع ضمن الفئة (90-120). وقد عكست استجاباتها هيمنة واضحة للأفكار والانفعالات السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي بعد البتر، خاصة الشعور بالنقص، وعدم الرضا عن شكل الجسد، والخجل من نظرة الآخرين، إضافة إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والانزعاج من التغيرات الجسدية.

كما أظهرت المقابلات العيادية أن هذا الاضطراب ارتبط بعدة عوامل نفسية واجتماعية، أبرزها فقدان الدور الوظيفي الذي كانت تقوم به داخل المنزل، والخوف من عدم القدرة على مساعدة والدتها، إلى جانب تأثر ثقتها بنفسها ونظرتها المستقبلية لذاتها كامرأة. وقد انعكس ذلك في سلوكيات التجنب والانطواء ومحاولة إخفاء الجزء المبتور، مع ارتفاع واضح في الحساسية تجاه نظرة الآخرين والشفقة الاجتماعية، مما يؤكد الحاجة إلى تدخل نفسي يساعدها على التكيف مع وضعها الجديد.

2.5.1.1. ملخص المقابلات العلاجية:

بعد إجراء المقابلات الأولية والتعرف على الحالة (ج)، اتضح أنها تعاني من اضطراب في صورة الجسد مصحوب بمشاعر الحزن والخجل والشعور بالنقص بعد عملية البتر، إضافة إلى خوفها من فقدان دورها داخل الأسرة وعدم قدرتها على مواصلة أعمالها اليومية والخطاطة. كما أظهرت المقابلات وجود ضغط نفسي مرتبط بالمسؤولية تجاه والدتها، مع انخفاض واضح في الثقة بالنفس وتجنب للنظر إلى الطرف المبتور أو الحديث عنه، ففي بداية الجلسات تم التركيز على بناء العلاقة العلاجية من خلال الإصغاء الفعال والتفريغ الانفعالي، مما سمح للحالة بالتعبير عن مشاعرها بحرية وخفف من توترها النفسي. بعد ذلك تم العمل على تعديل الأفكار

السلبية المرتبطة بصورة الجسد من خلال إعادة البناء المعرفي، خاصة الأفكار المتعلقة بالنقص والخلل والخوف من نظرة الآخرين.

كما تم تطبيق تقنية العلاج بالانعكاسات المرآة بشكل تدريجي، حيث أبدت الحالة في البداية ترددا وصعوبة في مواجهة انعكاس الطرف السليم، لكنها بدأت تدريجيا في التفاعل مع التمارين والتكيف معها. وتم تدعيم ذلك بتمارين الاسترخاء والتخيل الحركي والتدريب الحسي الحركي، إضافة إلى تدريبات مرتبطة بالأنشطة اليومية والخيطة، مما ساعدها على استعادة جزء من شعورها بالكفاءة والقدرة.

وفي الجلسات الأخيرة ركز العمل العلاجي على تعزيز تقبل الذات وإعادة بناء صورة الجسد، مع تقليل سلوكيات التجنب والانطواء. وقد أظهرت الحالة تحسنا تدريجيا في نظرتها لذاتها واستعدادا أكبر للتفاعل الاجتماعي والتكيف مع وضعها الجديد، مما يعكس فعالية البرنامج العلاجي المستخدم.

3.5.1.1. نتائج القياس البعدي:

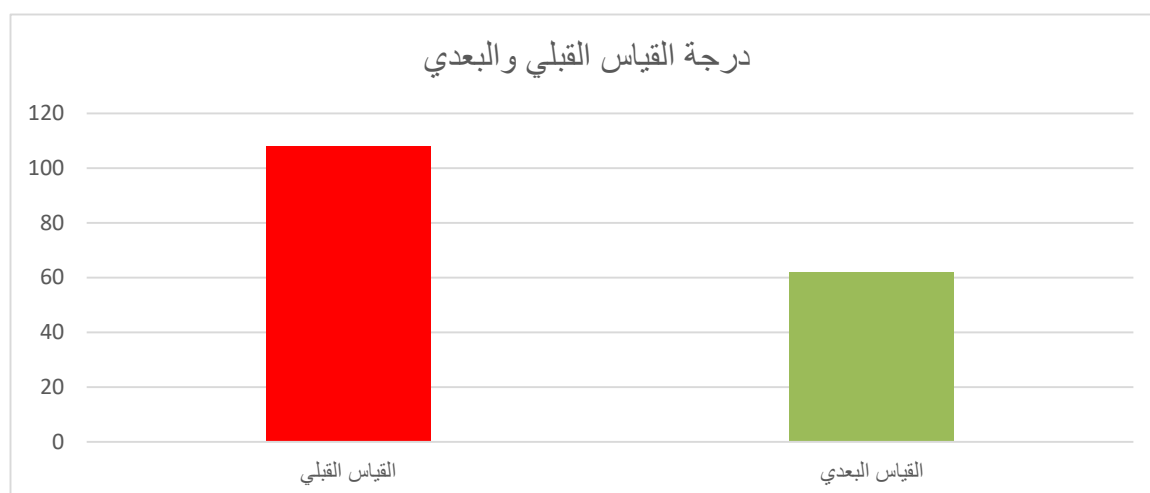
تشير نتائج القياس البعدي الموضحة في الملحق (2) إلى حدوث تحسن ملحوظ في صورة الجسم لدى الحالة (ج)، حيث انخفضت الدرجة من (108) في القياس القبلي إلى (62) في القياس البعدي، وهو ما يعكس استجابة إيجابية للبرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرآة. وقد أظهرت استجابات الحالة تراجعاً واضحاً في حدة الأفكار والانفعالات السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي، مع انخفاض الشعور بالخلل والنقص والانزعاج من التغيرات الجسدية.

كما اتجهت إجابات الحالة نحو بدائل أكثر إيجابية وتوازناً، مع تراجع سلوكيات التجنب والانسحاب الاجتماعي، وظهور درجة أكبر من التقبل النسبي للجسد والتكيف مع الوضع الجديد. كذلك لوحظ تحسن في مستوى الثقة بالنفس والاستعداد للتفاعل مع الآخرين، إضافة إلى انخفاض توقع نظرات الشفقة والخوف من الأحكام الاجتماعية.

ويشير هذا التحسن إلى فعالية البرنامج العلاجي في إعادة بناء صورة الجسد وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي لدى الحالة، خاصة من خلال توظيف تقنية المرآة إلى جانب الأساليب المعرفية والانفعالية التي ساعدت الحالة على تقبل ذاتها والتخفيف من حدة الأفكار السلبية المرتبطة بالبتير، والجدول الموالي يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة:

الجدول (4): يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى (ج)

القياس القبلي	القياس البعدي
108 درجة	62 درجة



الشكل (1): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى (ج).

يتضح من خلال الجدول (3) والشكل (1) نتائج القياس القبلي لدى الحالة (ج) أظهر ارتفاعاً واضحاً في الدرجة الكلية حيث بلغت (108) درجة، والتي تدخل ضمن الفئة (90_120)، وقد سجلت درجات مرتفعة على معظم العبارات السلبية خاصة تلك المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسدي وتجنب التفاعل الاجتماعي، والشعور بالإحراج والنقص.

ويفسر هذا الارتفاع في الدرجات أن الحالة تعاني من اضطراب شديد في صورة الجسم، وهذا يتجلى في نظرتها السلبية لجسدها وتجنبها للآخرين، وشعورها بفقدان الثقة بالنفس خاصة بعد حادثة البتر. كما أن ارتباط هذا الاضطراب بالعوامل النفسية والاجتماعية كالخوف من نظرة الآخرين وفقدان الدور الوظيفي والمسؤولية تجاه الأم زاد من حدة هذا الاضطراب. كما أظهرت نتائج القياس البعدي تحسناً ملحوظاً مقارنة بالقياس القبلي، حيث انخفضت حدة الاستجابات السلبية على عدد معتبر من العبارات، وتوزعت إجابات الحالة بشكل أكثر توازناً بين بدائل (أحياناً، نادراً، أبداً)، بدلاً من التركيز المكثف على (كثيراً) كما كان في القياس القبلي. فقد بدأت الحالة تُظهر درجة من القبول النسبي لجسدها، مع تراجع واضح في حدة النظرة السلبية والانزعاج من التغيرات الجسدية، وهذا ما يعكس تحسناً في إدراكها لصورة جسدها. كما لاحظنا انخفاضاً في سلوكيات التجنب، حيث لم

تعد تتجنب النظر في المرأة أو التفاعل الاجتماعي بنفس الدرجة السابقة، إضافة إلى تراجع الشعور بالإحراج وتوقع نظرة الشفقة من الآخرين.

وقد سجلت الحالة تحسناً في مستوى الثقة بالنفس، حيث تراجعت مؤشرات الشعور بالنقص والقلق المرتبط بالمظهر الجسدي، كما أصبحت أقل ميلاً إلى التفكير في إجراء تغييرات على جسدها، مما يدل على بداية تقبلها لوضعها الجديد. كما انعكس هذا التحسن على الجانب الاجتماعي، حيث أبدت استعداداً أكبر للتفاعل مع الآخرين وتقليل سلوكيات الانسحاب، وهذا ما يعكس تحسناً في التكيف النفسي والاجتماعي.

2.1. عرض الحالة الثانية:

1.2.1. البيانات الأولية للحالة:

- الإسم: (س)
- العمر: 76 سنة
- الحالة الاجتماعية: متزوجة
- الأطفال: 3 بنات وولدان
- الحالة الاقتصادية: متوسطة
- الأمراض السابقة: لا توجد
- نوع البتر: بتر ساقها بعد موت الاوعية الدموية لساقها اليمنى
- مدة البتر: 20 يوم.

2.2.1. سير المقابلات مع الحالة:

تم اعتماد مجموعة من المقابلات العيادية المنظمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي هدفها تتبع تطور الحالة الاولى، وقد تم توثيق هذه المقابلات في الجدول الموالي:

الجدول(5): يمثل سير المقابلات مع الحالة الثانية(س)

الرقم	التاريخ	المكان	المدة	الهدف
01	2026/04/24	قسم الطب الداخلي بالمؤسسة الاستشفائية	30 دقيقة	تم التعارف الأولي مع الحالة وجمع البيانات الأولية. وبعدها التعريف بمهنة الأخصائي النفساني ونشرح دورنا وحدود مهامنا كما تم السعي للتعرف على تاريخه النفسي والاجتماعي والطبي ان وجد وذلك بهدف بناء علاقة

علاجية قائمة على الثقة والإحترام. كما تم الاهتمام بأسئلة الحالة والاجابة عليها بوضوح. ثم الاتفاق على أهداف العلاج ومواعيد الجلسات القادمة.	أحمد مدغري		
نوفير بيئة تواصل إيجابية وآمنة مع الحالة، وتعزيز قدرته على التعبير عن الانفعالات بشكل منظم لتسهيل اكتشاف مظاهر اضطراب صورة الجسد بعد البتر. والتعرف على الأفكار السلبية التلقائية المرتبطة بالذات والجسد. واخيرا تقديم شرح مبسط للمفاهيم المتعلقة بصورة الجسم والمقياس الذي سنطبه بشكل قبلي في الجلسة القادمة. وفي نهاية الجلسة تم تحديد طموحات الحالة وأهدافه المستقبلية لفهم رؤيته للمستقبل وارتباطها بمستوى قلقه.	45 دقيقة	2026/04/30	02
تم تطبيق القياس القبلي مع تقنية تنشيط الإدراك البصري الجسدي بهدف تقليل الشعور بالغربة والانفصال عن الجسد بعد البتر، كما تم تعزيز تقبل صورة الجسد بشكل تدريجي، مع إعادة إدماج التمثيل الذهني للطرف المبتور من أجل خفض سلوكيات التجنب المرتبطة بالنظر الى الجسد.	45 دقيقة	2026/04/31	03
تمهيد للجلسة من خلال استرجاع تجربة تقنية المرآة في الجلسة السابقة، ومناقشة أبرز الملاحظات، وتدريب الحالة على تنفيذ حركات بطيئة ومنتظمة للطرف السليم امام المرآة بما يعزز الاحساس بوجود الطرف المبتور كالثني والبسط. وننفذ سلسلة من الحركات بشكل تدريجي من البسيط الى المركب مع توجيه الانتباه نحو الإحساس الحركي والبصري في الوقت نفسه لتسهيل ملاحظة التوافق بين ما تراه الحالة في المرآة وما تشعر به داخليا.	45 دقيقة	2026/05/01	04

تكرار الحركات بطريقة منظمة لتعزيز التعلم التدريجي وتحسين الإحساس بالجسد، وتفسير المشاعر والأفكار التي تظهر أثناء الأداء الحركي خاصة تلك المرتبطة بالثقة.				
تعزيز شعور الحالة بالكفاءة الجسدية من أجل تحسين الإدراك الوظيفي للقدرة المتبقية، ودعم الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية وتقليل سلوكيات الانسحاب والتجنب الاجتماعي.	45 دقيقة	2026/05/05	05	
تنشيط التمثيل الذهني للطرف المبتور لتحفيز عمل الشبكات العصبية المرتبطة بالملاحظة والحركة. تدعيم التكامل بين الإحساس الجسدي والتصور الذهني من أجل تعزيز تقبل الجسد بشكل تدريجي.	45 دقيقة	2026/05/06	06	
تقليل المقارنات الاجتماعية السلبية المرتبطة بصورة الجسد، ودمج تجربة البتر ضمن الهوية الشخصية بشكل متوازن. تعزيز التكيف النفسي والمرونة الانفعالية من أجل دعم تقبل الجسد كما هو دون رفض أو انكار.	45 دقيقة	2026/05/08	07	
تقييم التغير في اضطراب صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج، وتحديد مدى فعالية البرنامج العلاجي، وكذا تثبيت المهارات المكتسبة لاعداد الحالة لمواجهة التحديات المستقبلية ومنع الانتكاس، وأخيرا إنهاء العلاقة العلاجية بطريقة إيجابية.	45 دقيقة	2026/05/06	08	

3.2.1. ملخص الحالة:

تتعلق الحالة (س) بامرأة تبلغ من العمر 76 سنة، متزوجة وأم لخمس أبناء (ثلاث بنات وولدان) ولديها عدد من الأحفاد، أسرتها توفر لها قدرا من الدعم والاستقرار الاجتماعي، كما أن مستواها الاقتصادي المتوسط يسمح بتلبية احتياجاتها الأساسية. تعرضت هذه الحالة لمشكلة صحية خطيرة تمثلت في انسداد وموت الأوعية الدموية

في الساق اليمنى، الأمر الذي استدعى تدخلاً طبياً عاجلاً انتهى ببتتر الساق من أجل إنقاذ حياتها ومنع تفاقم المضاعفات. وقد شكّلت هذه العملية نقطة تحول كبيرة في حياتها، حيث انتقلت من وضع كانت تتمتع فيه بنوع من الاستقلالية إلى حالة من محدودية الحركة والاعتماد على الآخرين في أداء بعض الأنشطة اليومية، وهذا ما أثر على إحساسها بالقدرة والكفاءة الذاتية. وعلى الصعيد النفسي، ظهرت عليها مشاعر الحزن والانزعاج نتيجة فقدان أحد أطرافها، إضافة إلى شعورها أحياناً بالعجز أو بأنها أصبحت عبئاً على أسرته، مع وجود بعض مظاهر القلق والتوتر المرتبطة بالتكيف مع وضعها الجديد. ورغم ذلك، ساهم الدعم الأسري والمتابعة النفسية في مساعدتها تدريجياً على التكيف، حيث بدأت تظهر تقبلاً أكبر لوضعها الصحي، وأصبحت أكثر هدوءاً واستعداداً لمواجهة التغيرات التي طرأت على حياتها، مما يعكس أهمية الإحاطة الاجتماعية والتدخل النفسي في تحسين جودة حياة المرضى بعد مثل هذه الحالات.

4.2.1. سير الجلسات:

من خلال الجلسات العيادية التي أجريت مع الحالة (س) تبين أن الحالة تعيش مرحلة ما بعد البتر في سياق نفسي يتسم بتوازن نسبي بين الحزن والتقبل، مع وجود صدمة مرتبطة بفقدان القدرة الحركية والاستقلالية الجسدية. وقد ظهرت خلال الجلسات الأولى ملامح انفعالية هادئة ظاهرياً، تخفي خلفها شعوراً عميقاً بالانكسار وإعادة تقييم الذات داخل النسق العائلي.

في الجلسة الأولى ركزنا على الإصغاء العلاجي الفعال والتفريغ الانفعالي الموجه باعتباره مدخلاً لبناء العلاقة العلاجية. أُتيح للحالة فرصة التعبير عن خبرتها مع فقدان الساق وما ترتب عنه من تغير في موقعها داخل الأسرة، وقد لاحظنا أن خطابها كان مشبعاً بإحساس بالذنب الاجتماعي خاصة عندما عبرت عن خوفها من أن تصبح عبئاً على أبنائها. هذا التفريغ الانفعالي ساعد على خفض التوتر الأولي وسمح بظهور استعداد نسبي للاستمرار في التدخل العلاجي دون مقاومة.

في الجلسة الثانية، أدمجنا إعادة البناء المعرفي للأفكار المرتبطة بالعجز وفقدان القيمة الذاتية، حيث تم تحديد مجموعة من الأفكار التلقائية السلبية مثل: "وليتت بلا فائدة" و"راني مثقلة على ولادي". لكن مع التقبل النفسي للمريضة والمجهود المبذول من طرفنا تفككت هذه المعتقدات وربطها بالسياق الانفعالي للحالة، كما أعدنا صياغتها تدريجياً نحو تصور أكثر توازناً للذات، يربط القيمة بالدور الاجتماعي والمعنوي وليس فقط بالقدرة الجسدية. وقد أبدت الحالة تفاعلاً معرفياً مقبولاً رغم تمسكها البسيط ببعض الأفكار التقليدية حول الشيخوخة والإعاقة.

في الجلسة الثالثة طبقنا تقنية المرآة (Mirror Therapy) مع الاسترخاء التدريجي لأول مرة حيث وجهنا الحالة للتركيز على انعكاس الطرف السليم كبديل بصري للطرف المفقود، اين أظهرت الحالة استجابة انفعالية قوية

تمثلت في دموع وصمت لحظي، مع تعبير لفظي مباشر: “حسبت رجلي رجعت لي”. هذا التفاعل يعكس حدوث صدمة إدراكية إيجابية مرتبطة بإعادة تشكيل التمثيل الحسي-البصري للجسد، وهو ما يشكل مرحلة حساسة في التكيف العصبي-النفسي بعد البتر.

في الجلسة الرابعة انتقلنا إلى التدريب الحركي البصري أمام المرآة بهدف تعزيز التكامل بين الإدراك البصري والحركة، حيث قمنا بتشجيع الحالة على متابعة حركات الطرف السليم بشكل واعٍ ومنظم، مع التركيز على الإيقاع والتنفس تدريجياً، إذ لاحظنا انخفاض في التوتر العضلي والانفعالي، وتحسن في القدرة على الاستمرار في التمرين دون انسحاب أو تجنب، مما يشير إلى بداية إعادة تنظيم التمثيل الجسدي في الوعي.

في الجلسة الخامسة اعتمدنا على التخيل السلوكي، حيث تدريب الحالة على تصور مواقف حياتية يومية مرتبطة بالحركة داخل المنزل والتفاعل مع الأسرة، وقد برز في البداية خطاب عجز مؤقت يعكس قناعة مكتسبة حول فقدان القدرة: “الرجل ما عادتش تعاوئي”، إلا أن التدرج في التمرين ساهم في إضعاف هذا التصور تدريجياً، وتعزيز الإحساس بإمكانية التكيف باستخدام وسائل مساعدة.

في الجلسة السادسة وظفنا التخيل الحركي الموجه مع الدمج البصري-الذهني، حيث طلبنا من الحالة تخيل حركة الطرف المبتور بالتزامن مع مراقبة انعكاس الطرف السليم. هذا الدمج بين الصورة الذهنية والصورة البصرية ساهم في تخفيف الإحساس بالفراغ الجسدي وتقليل التوتر المرتبط بالإحساس بالنقص، مع ظهور مؤشرات أولية على تقبل التمثيل الجسدي الجديد.

في الجلسة السابعة ركزنا على إعادة بناء صورة الجسد من خلال تمرين المرآة المطول والتفكير المعرفي العميق للأفكار السلبية. تناولنا الحالة أفكار جوهرية مرتبطة بالهوية الجسدية، مثل فقدان الاستقلالية والخوف من التحول إلى عبء اجتماعي. كما تدرب على مراقبة هذه الأفكار بوصفها أفكاراً وليس حقائق مما ساهم في خلق مسافة معرفية بينها وبين محتوى التفكير السلبي، وبالتالي تقليل تأثيره الانفعالي.

في الجلسة الثامنة والأخيرة تم إجراء التقييم البعدي وتثبيت المكتسبات العلاجية، حيث أظهرت الحالة تحسناً تدريجياً في مستوى القبول الذاتي، مع انخفاض واضح في سلوكيات التجنب المرتبطة بالنظر إلى الطرف المبتور أو الحديث عنه، كما صرحت بأنها أصبحت تنظر إلى وضعها الجديد باعتباره حالة تحتاج إلى تكيف وليس فقداناً كاملاً للقدرة، قائلة: “المهم الصبر، وبدت نولف روعي”. ويعكس هذا التصريح تحولاً من منطق العجز إلى منطق التكيف التدريجي.

5.2.1. نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة:

1.5.2.1. نتائج القياس القبلي:

تشير نتائج القياس القبلي للحالة (س) الموضحة في الملحق (3) إلى وجود اضطراب شديد في صورة الجسم، حيث تحسنت الحالة على درجة (98)، وهي درجة مرتفعة تقع ضمن الفئة (90-120). وقد أظهرت استجاباتها ارتفاعاً واضحاً في العبارات السلبية المرتبطة بعدم الرضا عن المظهر الجسدي، والشعور بالنقص والإحراج، إضافة إلى تجنب التفاعل الاجتماعي وضعف الثقة بالنفس بعد حادثة البتر.

كما بينت المقابلات العيادية أن هذا الاضطراب ارتبط بعوامل نفسية واجتماعية متعددة، خاصة شعور الحالة بالعجز وعدم قدرتها على القيام بأمورها الشخصية بشكل مستقل، الأمر الذي أثر سلباً على نظرتها لذاتها وزاد من حدة التوتر والانزعاج المرتبطين بصورة الجسد. وقد انعكس ذلك في حساسية الحالة تجاه نظرة الآخرين وشعورها بأنها أصبحت عبئاً على من حولها، مما يؤكد حاجتها إلى تدخل نفسي يساعدها على التكيف مع وضعها الجديد وتحسين إدراكها لصورة جسدها.

2.5.2.1. ملخص المقابلات العلاجية:

بعد إجراء المقابلات الأولية مع الحالة (س) اتضح أنها تعاني من اضطراب في صورة الجسد نتيجة البتر، حيث ظهرت لديها مشاعر الحزن والخجل والشعور بالنقص، إضافة إلى فقدان جزء من الثقة بالنفس بسبب اعتمادها المتزايد على الآخرين في تلبية بعض حاجاتها اليومية. كما أظهرت الحالة حساسية كبيرة تجاه نظرة الآخرين وخوفاً من أن تصبح عبئاً على من حولها، الأمر الذي انعكس في ميلها إلى الانسحاب الاجتماعي وتجنب بعض المواقف التي تذكرها بإصابتها.

في بداية الجلسات تم التركيز على بناء العلاقة العلاجية من خلال الإصغاء الفعال والتفريغ الانفعالي، مما ساعد الحالة على التعبير بحرية عن مشاعرها المرتبطة بالبتر وما رافقه من تغيرات نفسية وجسدية. وقد ساهم ذلك في تخفيف حدة التوتر والقلق، وتعزيز شعورها بالأمان والثقة داخل الإطار العلاجي.

بعد ذلك تم العمل على تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسد من خلال المناقشة وإعادة البناء المعرفي، حيث تمت مناقشة أفكار العجز والنقص والخوف من نظرة الآخرين، ومساعدتها على استبدالها تدريجياً بأفكار أكثر واقعية وتقبلاً لوضعها الحالي.

كما تم تطبيق تقنية العلاج بانعكاسات المرأة بشكل تدريجي، حيث أبدت الحالة في البداية توتراً وقلقاً أثناء مواجهة انعكاس الطرف السليم، لكنها بدأت مع التكرار والتشجيع في التفاعل بشكل أفضل مع التمارين. وتم دعم ذلك بتمارين الاسترخاء والتخيل الحركي والتدريب الحسي الحركي، مما ساعدها على تخفيف القلق المرتبط بالبتر وتحسين إدراكها لصورة جسدها.

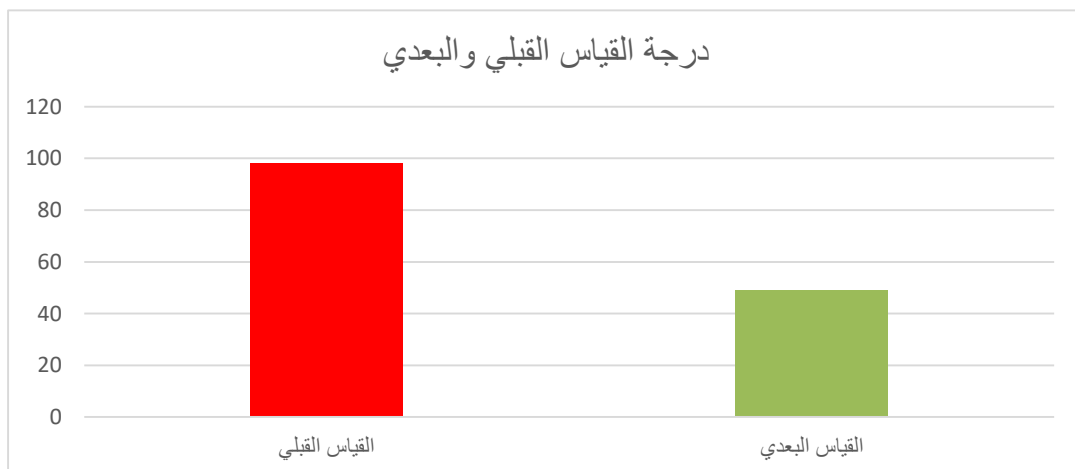
وفي الجلسات الأخيرة تم التركيز على تعزيز النقبل الذاتي والتكيف النفسي والاجتماعي، مع تشجيع الحالة على استعادة ثقتها بنفسها وتقليل شعورها بأنها عبء على الآخرين. وقد أظهرت الحالة استجابة إيجابية للبرنامج العلاجي، حيث بدا عليها تحسن تدريجي في نظرتها لجسدها وانخفاض في سلوكيات التجنب والتوتر المرتبط بالمظهر الجسدي، إضافة إلى استعداد أكبر للتفاعل مع محيطها والتكيف مع وضعها الجديد.

3.5.2.1. نتائج القياس البعدي:

تشير نتائج القياس البعدي الموضحة في الملحق (3) إلى حدوث تحسن جيد في صورة الجسم لدى الحالة (س)، حيث انخفضت الدرجة من (98) في القياس القبلي إلى (49) في القياس البعدي، وهو ما يعكس استجابة إيجابية للبرنامج العلاجي المطبق. وقد أظهرت استجابات الحالة انخفاضاً واضحاً في حدة الأفكار والانفعالات السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي، مع تراجع الشعور بالإحراج والنقص والانزعاج من التغيرات الجسدية. كما أصبحت إجابات الحالة أكثر توازناً واتجهت نحو بدائل أقل سلبية مثل (أحياناً، نادراً، أبداً) بدل التركيز المكثف على بديل (كثيراً) كما في القياس القبلي، وهو ما يدل على تحسن تدريجي في نظرتها إلى جسدها وتقبلها النسبي لوضعها الجديد. كذلك لوحظ انخفاض في القلق والتوتر المصاحب لتقنية المرأة، إضافة إلى تراجع الشعور بالثقل على الآخرين وتحسن مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى الحالة، والجدول الموالي يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لها:

الجدول (6): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية (س)

القياس القبلي	القياس البعدي
98	49



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

يتضح من خلال الجدول (4) والشكل (2) ان نتائج القياس القبلي لدى الحالة (س) اظهر حتى هو ارتفاعا واضحا في الدرجة الكلية، حيث بلغت (98) درجة والتي تنتمي إلى فئة (90_120)، حيث سجلت درجات مرتفعة على معظم العبارات السلبية، خاصة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسدي، وتجنب التفاعل الاجتماعي، والشعور بالإحراج والنقص.

يفسر هذا الارتفاع في الدرجات أن الحالة تعاني من اضطراب شديد في صورة الجسم، وهذا يتجلى في نظرتها السلبية لجسدها، وشعورها بفقدان الثقة بالنفس، خاصة بعد حادثة البتر. كما أن ارتباط هذا الاضطراب بالعوامل النفسية والاجتماعية كالعجز عن القدرة على القيام بأمورها الشخصية وحدها يزيد من حدة هذا الاضطراب. كما أظهرت نتائج القياس البعدي تحسنا جيدا مقارنة بالقياس القبلي، حيث انخفضت حدة الاستجابات السلبية على عدد معتبر من العبارات، وتوزعت إجابات الحالة بشكل أكثر توازنا بين بدائل (أحيانا، نادرا، أبدا)، بدلا من التركيز المكثف على (كثيرا) كما كان في القياس القبلي. فقد بدأت الحالة تظهر درجة من القبول النسبي لجسدها مع تراجع واضح في حدة النظرة السلبية والانزعاج من التغيرات الجسدية، وهذا ما يعكس تحسنا في إدراكها لصورة جسدها، كما لاحظنا انخفاض في القلق والتوتر الذي يصاحب تقنية المرأة، إضافة إلى تراجع الشعور بالإحراج والثقل على الآخرين.

3.1. عرض الحالة الثالثة:

1.3.1. البيانات الأولية للحالة:

- الاسم: (أ)
- العمر: 24 سنة
- الجنس: ذكر
- المستوى الدراسي: ثالثة جامعي ليسانس
- العمل: يعمل في مجال الفلاحة.
- الحالة الاجتماعية: عزب
- الحالة الاقتصادية: متوسطة
- الامراض السابقة: لا يوجد
- نوع البتر: بتر اصابع رجله اليسرى
- مدة البتر: 09 أيام.

2.3.1. سير المقابلات مع الحالة:

تم اعتماد مجموعة من المقابلات العيادية المنظمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي هدفها تتبع تطور الحالة الاولى، وقد تم توثيق هذه المقابلات في الجدول الموالي:

الجدول(7): يمثل سير المقابلات مع الحالة الثالثة(أ).

الرقم	التاريخ	المكان	المدة	الهدف
01	2026/04/24	قسم الطب الداخلي بالمؤسسة الاستشفائية أحمد مدغري	30 دقيقة	تم التعرف الأولي مع الحالة وجمع البيانات الأولية. وبعدها التعرّف بمهنة الأخصائي النفسي، وشرح دورنا وحدود مهامنا كما تم السعي للتعرف على تاريخه النفسي والاجتماعي والطبي ان وجد وذلك بهدف بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والإحترام. كما تم الاهتمام بأسئلة الحالة والاجابة عليها بوضوح، ثم الاتفاق على أهداف العلاج ومواعيد الجلسات القادمة.
02	2026/04/30		45 دقيقة	توفير بيئة تواصل إيجابية وأمنة مع الحالة، وتعزيز قدرته على التعبير عن الانفعالات بشكل منظم لتسهيل اكتشاف مظاهر اضطراب صورة الجسد بعد البتر. والتعرف على الأفكار السلبية التلقائية المرتبطة بالذات والجسد، ثم تقديم شرح مبسط للمفاهيم المتعلقة بصورة الجسم والمقياس الذي سيطبق بشكل قبلي في الجلسة القادمة. في نهاية الجلسة تم محاولة تحديد طموحات الحالة وأهدافه المستقبلية لفهم رؤيته للمستقبل وارتباطها بمستوى قلقه.
03	2026/04/31		45 دقيقة	تم تطبيق القياس القبلي مع تقنية تنشيط الإدراك البصري الجسدي بهدف تقليل الشعور بالغربة والانفصال عن الجسد بعد البتر، كما تم تعزيز تقبل صورة الجسد بشكل تدريجي مع إعادة إدماج التمثيل

الذهني للطرف المبتور، من أجل خفض سلوكيات التجنب المرتبطة بالنظر الى الجسد.			
تم تمهيد للجلسة من خلال استرجاع تجربة تقنية المرأة في الجلسة السابقة، ومناقشة أبرز الملاحظات.	45 دقيقة	2026/05/01	04
تدريب الحالة على تنفيذ حركات بطيئة ومنظمة للطرف السليم امام المرأة بما يعزز الاحساس بوجود الطرف المبتور كالثني والبسط. وننفذ سلسلة من الحركات بشكل تدريجي من البسيط الى المركب مع توجيه الانتباه نحو الإحساس الحركي والبصري في الوقت نفسه لتسهيل ملاحظة التوافق بين ما تراه الحالة في المرأة وما تشعر به داخليا.			
تكرار الحركات بطريقة منظمة لتعزيز التعلم التدريجي وتحسين الإحساس بالجسد، وتفسير المشاعر والأفكار التي تظهر اثناء الأداء الحركي خاصة تلك المرتبطة بالثقة.			
تعزيز شعور الحالة بالكفاءة الجسدية من أجل تحسين الإدراك الوظيفي للقدرات المتبقية. ودعم الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية وتقليل سلوكيات الانسحاب والتجنب الاجتماعي.	45 دقيقة	2026/05/05	05
تنشيط التمثيل الذهني للطرف المبتور لتحفيز عمل الشبكات العصبية المرتبطة بالملاحظة والحركة. ودعم التكامل بين الإحساس الجسدي والتصور الذهني من أجل تعزيز تقبل الجسد بشكل تدريجي.	45 دقيقة	2026/05/06	06
تقليل المقارنات الاجتماعية السلبية المرتبطة بصورة الجسد، ودمج تجربة البتر ضمن الهوية الشخصية بشكل متوازن.	45 دقيقة	2026/05/08	07

تعزيز التكيف النفسي والمرونة الانفعالية من أجل دعم تقبل الجسد كما هو دون رفض او انكار .			
تقييم التغير في اضطراب صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج، وتحديد مدى فعالية البرنامج العلاجي، وكذا تثبيت المهارات المكتسبة لاعداد الحالة لمواجهة التحديات المستقبلية ومنع الانتكاس، وأخيرا إنهاء العلاقة العلاجية بطريقة إيجابية.	45 دقيقة	2026/05/06	08

3.3.1. ملخص الحالة:

الحالة (أ) يبلغ من العمر 24 سنة أعزب تم بتر أصابع رجله اليسرى بعد سقوط باب عربة الجرار عليها، وهو ما يدل على طبيعة عمله التي تتطلب جهدا بدنيا واعتمادا كبيرا على السلامة الجسدية، الأمر الذي أدى إلى إصابة خطيرة استدعت بتر أصابع القدم اليسرى، وقد نتج عن هذا الحادث تغير مفاجئ في حالته الجسدية مما قد أثر على قدرته على العمل والحركة، إضافة إلى انعكاسات نفسية واجتماعية محتملة نتيجة فقدان جزء من جسده.

4.3.1. سير الجلسات:

من خلال الجلسات التي أجريتها مع **الحالة (أ)** أظهرت الحالة انضبا في المواعيد، إلا أن لغة جسده كانت تعكس نوعا من الانغلاق في البداية، حيث كان يجلس بوضعية متصلبة واضعا يديه بين ركبتيه. هندامه كان بسيطا وعمليا يوحى بطبيعته كشاب عامل في مجال الفلاحة. كان كلامه مقتضبا في الجلسات الأولى حيث اتسم بنوع من "الرصانة الريفية" الممزوجة بالصدمة، وصرح بوضوح عن حجم الفاجعة بقوله: "الدنيا حبست بيا في هذيك اللحظة، كنت نخدم على روعي وفي دقيقة وليت هكذا".

عند التطرق لحادثة سقوط باب عربة الجرار على رجله ساد صمت عميق، وكان يتجنب الحديث عن تفاصيل الحادثة مشيرا إلى أن حياته المهنية هي هويته الوحيدة: "الرجل هي الصح في الفلاحة، بلا بيها واش يسوى الخدام؟". أظهر **الحالة (أ)** نوعا من فقدان الأمل في المستقبل المهني خاصة وأنه شاب في مقتبل العمر (24 سنة) وأعزب، مما ولد لديه مخاوف مرتبطة بالزواج وتكوين أسرة، حيث قال بنبرة حزينة: "شكون اللي تقبل بواحد ناقص؟ راني خايف نولي حمل على الدار بدل ما نرفدهم".

ومع تقدم الجلسات بدأ يبدي ليونة في التعامل خاصة عند الحديث عن رغبته في العودة للعمل بأي طريقة، مما عكس جانبا إيجابيا من شخصيته وهو "الإرادة". لم يرفض فكرة العلاج بل كان يسأل بفضول: "هل كاين أمل

نولي نمشي عادي بلا ما يفيقو بيا الناس؟"، وهو ما يعكس رغبته في إخفاء أثر العجز، ومرت الجلسات كالآتي:

الجلسة الأولى: ركزنا على بناء التحالف العلاجي والتفريغ الانفعالي. اين عبرت الحالة خلال خذخ الجلسة عن تجربة فقدان، وما يترتب عنها من إحساس بالنقص، مع تقديم الدعم النفسي الأولي بهدف التخفيف حدة من حدة الصدمة.

الجلسة الثانية: خصصناها لإعادة البناء المعرفي، حيث قمنا بمناقشة فكرة أن قيمته ليست في طرفه المبتور بل في مهاراته، وحاولنا تعديل جملته "راني ضعت" إلى أفكار أكثر مرونة.

الجلسة الثالثة: كانت بداية لتطبيق تقنية المرأة للطرف السفلي، اين أبدى الحالة استغرابا في البداية وصرح بصعوبة تقبل المشهد: "جاني العجب كي شفت رجلي لخرى في المראה، حسبت روجي راني نحلم". تم التركيز هنا على تقليل "الألم الشبحي" إن وجد.

الجلسة الرابعة: التكامل الحسي-الحركي أمام المرأة، حيث طُلب منه القيام بحركات تخيلية للقدم المبتورة أثناء رؤية السليمة، اين تحسنت استجابته وبدأ يشعر بنوع من "السيطرة الذهنية" على الطرف المفقود.

الجلسة الخامسة: المحاكاة الوظيفية المرتبطة بالبيئة الفلاحية، اين تم تدريبه ذهنيا وحركيا على وضعيات التوازن مما قلل من شعوره بالعجز: "بديت نحس بلي نقدر نوقف على رجلي الذهنية".

الجلسة السادسة: التخيل الحركي الموجه للدمج البصر، والتي تم التركيز فيها على تقوية التمثيل الذهني للرجل اليسرى في الدماغ لتقليل الهوة بين صورته الجسدية السابقة والحالية.

الجلسة السابعة: العمل على "صورة الجسد الاجتماعية"، اين تمت مناقشة مخاوفه من الزواج ونظرة المجتمع، وتم استخدام المرأة لتعزيز تقبله لذاته بعيدا عن سلوك الاختباء، حيث قال: "لازم نتقبل روجي باش يتقبلوني الناس".

الجلسة الثامنة: أجري التقييم البعدي وتنشيت المكتسبات العلاجية، اين أبدى الحالة تحسنا ملحوظا في مستوى الدافعية، وانتقل من الانعزال إلى التفكير في اقتناء طرف اصطناعي والعودة لممارسة نشاطات فلاحية تتناسب مع وضعه الجديد، معتبرا أن "الضربة اللي ما تقتلش تقوي".

5.3.1. نتائج القبلي والبعدي للحالة:

1.5.3.1. نتائج القياس القبلي:

تشير نتائج القياس القبلي للحالة (أ) الموضحة في الملحق (4) إلى وجود اضطراب شديد في صورة الجسم، حيث تحصلت الحالة على درجة (99)، وهي درجة مرتفعة تقع ضمن الفئة (90-120). وقد أظهرت استجابات الحالة

ارتفاعا واضحا في العبارات السلبية المرتبطة بعدم الرضا عن المظهر الجسدي، والشعور بالإحراج والنقص، إضافة إلى تجنب التفاعل الاجتماعي وضعف الثقة بالنفس بعد حادثة البتر.

كما بينت المقابلات العيادية أن هذا الاضطراب ارتبط بعوامل نفسية واجتماعية متعددة، خاصة تأثير الطرف المبتور على قدرته على العمل وأداء مهامه اليومية، الأمر الذي انعكس سلبا على نظرته لذاته وزاد من شعوره بالعجز وفقدان الكفاءة. وقد أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى التوتر والانزعاج المرتبط بصورة الجسد، مع حساسية واضحة تجاه نظرة الآخرين وشعوره بأنه أصبح أقل قدرة على أداء أدواره السابقة، مما يؤكد حاجته إلى تدخل نفسي يساعده على التكيف مع وضعه الجديد وتحسين إدراكه لصورة جسده.

2.5.3.1. ملخص المقابلات العلاجية:

بعد إجراء المقابلات الأولية مع الحالة (أ) اتضح أنه يعاني من اضطراب في صورة الجسد نتيجة البتر، حيث ظهرت لديه مشاعر النقص والإحراج وفقدان الثقة بالنفس، خاصة بسبب تأثير الإصابة على قدرته على العمل وأداء مهامه اليومية. كما أبدى حساسية واضحة تجاه نظرة الآخرين وشعورا بالعجز المرتبط بفقدان جزء من استقلاليته، الأمر الذي انعكس في توتره النفسي وتجنبه لبعض المواقف الاجتماعية.

في بداية الجلسات تم التركيز على بناء العلاقة العلاجية من خلال الإصغاء الفعال والتفريغ الانفعالي، مما أتاح للحالة فرصة التعبير عن مشاعرها المرتبطة بالبتر والتغيرات التي طرأت على حياته. وقد ساعد ذلك في تخفيف التوتر النفسي وتعزيز شعوره بالراحة والثقة داخل الإطار العلاجي.

بعد ذلك تم العمل على تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بصورة الجسد من خلال المناقشة وإعادة البناء المعرفي، حيث تمت مناقشة أفكار العجز والنقص وفقدان الكفاءة، ومساعدة الحالة على تبني أفكار أكثر واقعية وإيجابية حول قدراته وإمكاناته الحالية.

كما تم تطبيق تقنية العلاج بانعكاسات المرآة بشكل تدريجي، حيث أبدى الحالة في البداية بعض التوتر أثناء التمرين، إلا أنه بدأ تدريجيا في التفاعل الإيجابي مع التقنية، خاصة مع دمج تمارين الاسترخاء والتخيل الحركي والتدريب الحسي الحركي. وقد ساعد ذلك في تقليل القلق المرتبط بالبتر وتحسين إدراكه لصورة جسده.

وفي الجلسات الأخيرة تم التركيز على تعزيز النقبل الذاتي واستعادة الثقة بالنفس، مع تشجيعه على الانخراط في الأنشطة اليومية والاعتماد على قدراته المتبقية بشكل أكثر إيجابية. وقد أظهرت الحالة استجابة علاجية جيدة، حيث بدأ أكثر نشاطا ومرونة في التعامل مع وضعه الجديد، مع انخفاض واضح في مشاعر الإحراج والتوتر وتحسن ملحوظ في نظرته إلى جسده وتفاعله مع الآخرين.

3.5.3.1. نتائج القياس البعدي:

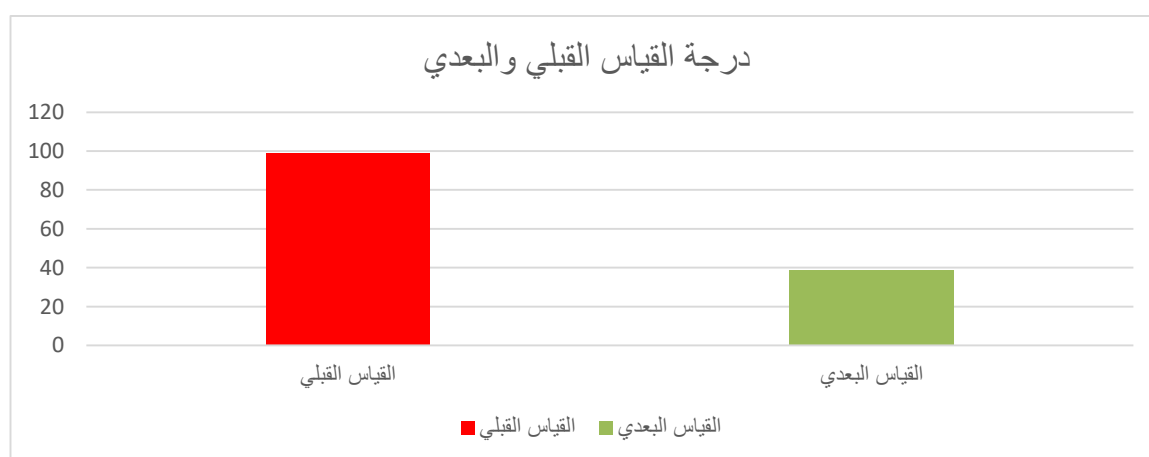
تشير نتائج القياس البعدي الموضحة في الملحق (4) إلى حدوث تحسن جيد وملحوظ في صورة الجسم لدى الحالة (أ)، حيث انخفضت الدرجة من (99) في القياس القبلي إلى (39) في القياس البعدي، وهو ما يعكس استجابة إيجابية وفعالة للبرنامج العلاجي المطبق. وقد أظهرت استجابات الحالة انخفاضاً كبيراً في حدة الأفكار والانفعالات السلبية المرتبطة بالمظهر الجسدي، مع تراجع واضح في الشعور بالإحراج والنقص والانزعاج من التغيرات الجسدية.

كما أصبحت إجابات الحالة أكثر توازناً واتجهت نحو بدائل أقل سلبية مثل (أحياناً، نادراً، أبداً) بدل التركيز المكثف على بدائل (كثيراً وأحياناً) كما في القياس القبلي، وهو ما يدل على تحسن واضح في نظرته إلى جسده وتقبله لوضعه الجديد. كذلك أظهرت الحالة روحاً أكثر عملية ونشاطاً في أداء واجباتها وأعمالها اليومية، مما يعكس استعادة جزء مهم من الثقة بالنفس وتحسناً في إدراك صورة الجسد.

كما لوحظ انخفاض في مستوى القلق والتوتر المصاحب لتقنية المرأة، إضافة إلى تراجع الشعور بالإحراج والثقل على الآخرين، وهو ما يدل على تحسن مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى الحالة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

الجدول (8): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة (أ)

القياس البعدي	القياس القبلي
39	99



الشكل (3): يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة (أ).

يتضح من خلال الجدول (8) والشكل (3) أن نتائج القياس القبلي لدى الحالة (أ) أظهر ارتفاعاً واضحاً في الدرجة الكلية، حيث بلغ (99) درجة، والتي تنتمي إلى فئة (90_120)، حيث سجلت درجات مرتفعة على معظم

العبارات السلبية، خاصة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسدي، وتجنب التفاعل الاجتماعي، والشعور بالإحراج والنقص.

يغسر هذا الارتفاع في الدرجات في كون الحالة تعاني من اضطراب شديد في صورة الجسم، وهذا يتجلى في إحساسه بالنقص، وشعوره بفقدان الثقة بالنفس، خاصة بعد حادثة البتر. كما أن ارتباط هذا الاضطراب بالعوامل النفسية والاجتماعية كإعاقة طرفه المبتور لعمله يزيد من حدة هذا الاضطراب. أظهرت نتائج القياس البعدي تحسناً جيداً وملحوظاً مقارنة بالقياس القبلي بما يكفي لإعادة ثقته بنفسه حيث انخفضت حدة الاستجابات السلبية كثيراً على عدد معتبر من العبارات، وتوزعت إجابات الحالة بشكل أكثر توازناً بين بدائل (أحياناً، نادراً، أبداً)، بدلاً من التركيز المكثف على (كثيراً وأحياناً) كما كان في القياس القبلي. فقد بدأت الحالة تظهر تقبلها الواضح لجسدها، إضافة إلى روح عملية ونشطة تساعده في أداء ولجباته وأعماله، وهذا يعكس تحسناً في إدراكها لصورة جسدها. كما لاحظنا انخفاض في القلق والتوتر الذي يصاحب تقنية المرأة، إضافة إلى تراجع الشعور بالإحراج والثقل على الآخرين.

2. تفسير ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات المصاغة:

1.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على وجود فروق بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي في مستوى اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف لصالح القياس البعدي. وقد بينت النتائج المتحصل عليها وجود انخفاض واضح في مستوى اضطرابات الصورة الجسمية بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة، وهو ما يعكس تحسناً في إدراك الحالات لأجسادهم وفي درجة تقبلهم للتغير الجسدي الناتج عن البتر. يمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقاً من كون البتر لا يمثل فقداناً عضوياً فحسب، بل يعد خبرة نفسية صادمة تمس هوية الفرد وصورته عن ذاته، إذ يرتبط الجسد عند الإنسان بالشعور بالاكتمال والكفاءة والاستقلالية. وعندما يفقد الفرد أحد أطرافه، فإنه يواجه تغيراً مفاجئاً في صورة جسده، الأمر الذي يولد لديه شعوراً بالنقص والعجز وفقدان الثقة بالنفس، إضافة إلى الإحساس بالاختلاف عن الآخرين. لذلك فإن اضطراب الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف يعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بعد البتر، لما يرافقه من صعوبة في التكيف مع الوضعية الجديدة.

وفي هذا السياق ساهم العلاج بانعكاسات المرأة في إحداث تغيرات إيجابية لدى الحالات من خلال إعادة تشكيل التمثيلات الذهنية الخاصة بالجسد. فاعتماد الفرد على رؤية انعكاس الطرف السليم داخل المرأة يولد لديه إحساساً

بصريا يوحي بوجود الطرف المفقود، وهو ما يسمح بتقليل حالة التناقض بين ما يدركه الدماغ وبين الواقع الجسدي الجديد. وتساعد هذه العملية على إعادة دمج صورة الطرف المفقود ضمن البناء النفسي والمعرفي للفرد، مما يؤدي تدريجيا إلى تخفيف مشاعر الرفض والاضطراب المرتبطة بصورة الجسم.

كما يمكن تفسير التحسن المسجل بكون البرنامج العلاجي وفر للحالات فرصة التفاعل الإيجابي مع أجسادهم بطريقة آمنة وتدرجية، حيث ساعدهم على مواجهة مشاعر الخوف والقلق المرتبطة بالبت، والتقليل من التركيز على مظاهر النقص الجسدي. إضافة إلى ذلك، فإن التكرار المستمر للتمارين العلاجية أدى إلى تعزيز الإحساس بالتحكم في الجسد واستعادة جزء من الشعور بالكفاءة، وهو ما انعكس إيجابا على تقدير الذات والثقة بالنفس.

ومن جهة أخرى فإن التحسن في مستوى الصورة الجسمية يمكن ربطه أيضا بالجانب الانفعالي والاجتماعي الذي رافق تطبيق البرنامج العلاجي، إذ إن شعور الحالة بالاهتمام والمتابعة النفسية يخفف من الإحساس بالعزلة والوصمة الاجتماعية التي قد يعاني منها مبتورو الأطراف. كما أن الدعم العلاجي يساعد الفرد على إعادة بناء نظريته إلى ذاته بعيدا عن التركيز المفرط على الإعاقة أو الفقد الجسدي.

وتتسم هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي أكدت أن العلاج بانعكاسات المرأة يعد من الأساليب العلاجية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في تحسين صورة الجسم والتقليل من الآثار النفسية الناتجة عن البتر، خاصة من خلال دوره في تنشيط المرونة العصبية وإعادة تنظيم التمثيل الدماغي للطرف المفقود. كما أشارت عدة دراسات إلى أن هذا النوع من العلاج يساهم في تعزيز التكيف النفسي وتحسين التوافق الانفعالي والاجتماعي لدى المبتورين.

كما يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء النظريات النفسية التي ترى أن صورة الجسم بناء نفسي دينامي يتأثر بالخبرات الحياتية والانفعالات والتفاعلات الاجتماعية، وبالتالي فإن أي تدخل علاجي يساعد الفرد على إعادة إدراك جسده بطريقة أكثر إيجابية ينعكس مباشرة على مستوى توافقه النفسي. فالعلاج بالمرأة لا يعمل فقط على الجانب الفيزيولوجي، وإنما يتجاوز ذلك إلى التأثير في الجوانب المعرفية والانفعالية المرتبطة بإدراك الذات والجسد.

وعليه فإن النتائج المتوصل إليها تؤكد صحة الفرضية الأولى، حيث تبين وجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يدل على أن البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة ساهم بفعالية في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف وتحسين مستوى تقبلهم لأجسادهم.

2.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على انه للبرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة أثر ايجابي في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف. وقد أكدت النتائج صحة هذه الفرضية حيث أظهرت الحالات تحسنا ملحوظا بعد تطبيق البرنامج سواء من حيث تقبل الجسد أو من حيث انخفاض المشاعر السلبية المرتبطة بالبتير.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون العلاج بانعكاسات المرأة يعتمد على مبدأ نفسي وعصبي يقوم على استخدام التغذية الراجعة البصرية من أجل تعديل التمثيلات الدماغية للطرف المفقود. فالدماغ يستمر بعد البتر في الاحتفاظ بصورة ذهنية للطرف المفقود، الأمر الذي يسبب نوعا من الاضطراب في إدراك الجسد، وقد يؤدي إلى ظهور مشاعر الرفض أو الإحساس بعدم اكتمال الجسد. وعندما يشاهد المبتور انعكاس الطرف السليم داخل المرأة، فإن الدماغ يتعامل مع الصورة المنعكسة وكأن الطرف المفقود ما يزال موجودا، مما يساهم في تقليل الصراع الحسي والمعرفي الناتج عن فقدان الطرف.

كما أن هذا العلاج يساعد على استعادة نوع من الانسجام بين الجانب الحسي والحركي والإدراكي، الأمر الذي ينعكس إيجابا على صورة الجسم. فالشخص المبتور غالبا ما يشعر بأن جسده أصبح غريبا عنه أو ناقصا، لكن التفاعل المستمر مع المرأة يسمح بإعادة بناء العلاقة النفسية مع الجسد بطريقة أكثر إيجابية، ويخفف من حدة المشاعر السلبية المرتبطة بالعجز أو التشوه.

إضافة إلى ذلك فإن البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرأة ساعد الحالات على تنمية الشعور بالأمل والقدرة على التكيف مع الوضعية الجديدة، خاصة وأن العلاج يقوم على المشاركة الفعلية للحالة وليس على التلقي السلبي فقط. فإحساس الفرد بأنه قادر على التحكم في بعض الحركات والتفاعل مع العلاج يولد لديه شعورا بالكفاءة النفسية، ويعزز ثقته بنفسه، الأمر الذي ينعكس مباشرة على نظريته إلى جسده.

كما يمكن تفسير فعالية البرنامج بكونه وفر بيئة علاجية داعمة سمحت للحالات بالتعبير عن معاناتهم النفسية المرتبطة بالبتير، والتخفيف من التوتر والقلق والانطواء الاجتماعي. فالكثير من مبتوري الأطراف يعانون من الحساسية تجاه نظرة الآخرين ومن صعوبة الاندماج الاجتماعي بسبب اضطراب صورة الجسم، وبالتالي فإن تحسن هذه الصورة يساهم في رفع مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لديهم.

وتتفق هذه النتائج مع العديد من الدراسات التي تناولت فعالية العلاج بالمرأة، حيث أكدت أن هذا الأسلوب لا يقتصر تأثيره على تخفيف الألم الوهمي فقط، بل يمتد أيضا إلى تحسين صورة الجسم والتخفيف من الاضطرابات النفسية والانفعالية المصاحبة للبتير. كما أشارت بعض الدراسات إلى أن العلاج بانعكاسات المرأة

يساعد على تنشيط المرونة العصبية للدماغ، مما يساهم في إعادة تنظيم الخرائط الدماغية المرتبطة بالطرف المفقود وتحقيق قدر أكبر من التكيف النفسي.

ويمكن كذلك تفسير النتائج الحالية في ضوء النظرية المعرفية التي ترى أن الأفكار والتصورات التي يكونها الفرد عن جسده تؤثر بشكل مباشر في حالته النفسية والانفعالية، وبالتالي فإن تعديل هذه التصورات من خلال الخبرة العلاجية يؤدي إلى تعديل المشاعر والسلوكيات المرتبطة بها. فالتدخل بالمرآة ساعد الحالات على إعادة بناء صورة أكثر إيجابية عن ذواتهم وعن أجسادهم، مما أدى إلى التخفيف من حدة الاضطراب.

وبناء على ما سبق يمكن القول إن البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرآة أثبت فعاليته في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الثانية ويبرز أهمية إدماج هذا النوع من البرامج ضمن أساليب التكفل النفسي وإعادة التأهيل الخاصة بالمبتورين.

3. استنتاج عام وتوصيات:

توصلت الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي القائم على انعكاسات المرآة ساهم بشكل إيجابي في التخفيف من اضطرابات الصورة الجسمية لدى مبتوري الأطراف، حيث أظهرت الحالات المدروسة تحسناً ملحوظاً في مستوى تقبل الجسد، وانخفاضاً في مشاعر النقص والقلق والتجنب الاجتماعي، إضافة إلى تحسن التوافق النفسي والحسي الحركي. كما بينت النتائج أن فعالية البرنامج ترتبط بمدى تقبل الحالة للعلاج وطبيعة الدعم النفسي والاجتماعي المحيط بها، إلى جانب الخصائص الفردية لكل حالة. وقد أكدت الدراسة أن تقنية المرآة عندما تدعم بأساليب معرفية وانفعالية وحركية يمكن أن تساعد المبتور على إعادة بناء صورته الجسدية والتكيف مع وضعه الجديد بشكل أفضل، مما يبرز أهمية التكفل النفسي ضمن برامج إعادة التأهيل الخاصة بمبتوري الأطراف. وانطلاقاً من النتائج المتوصل إليها، تبرز:

- ضرورة إدماج التكفل النفسي ضمن برامج إعادة التأهيل الخاصة بمبتوري الأطراف.
- تعميم استخدام تقنية العلاج بانعكاسات المرآة داخل المؤسسات الاستشفائية ومراكز إعادة التأهيل.
- توفير أخصائيين نفسانيين ضمن الفرق الطبية المكلفة بمرافقة مبتوري الأطراف.
- تنظيم حملات توعوية حول الآثار النفسية للبتر وأهمية الدعم النفسي للمبتورين.
- تشجيع الأسرة على تقديم الدعم الانفعالي والاجتماعي للمريض خلال مرحلة التكيف.
- إعداد برامج علاجية تجمع بين العلاج النفسي والتأهيل الحركي لتحسين صورة الجسد والتوافق النفسي.
- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر ولمدد زمنية أطول للتحقق من فعالية العلاج بالمرآة.

- دراسة أثر العلاج بانعكاسات المرأة على متغيرات نفسية أخرى مثل القلق، الاكتئاب.
- الاهتمام بالجانب المهني والاجتماعي للمبتور ومساعدته على استعادة أدواره اليومية والاستقلالية.
- تصميم برامج إرشادية موجهة لأسر مبتوري الأطراف بهدف تحسين أساليب الدعم والتعامل مع الحالة.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم حلمي، وفرحات، ليلي السيد. (1998). *أثر التربية النفس حركية في تنمية المهارات الإجتماعية لدى أطفال ذوي تخلف ذهني بسيط دراسة ميدانية بالمركز. الطبي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بمدينة الأغواط.*
- أحمد صبري غنيم، محمد صبري غنيم. (2016). *الإعاقة الحركية بين التعليم والتفكير . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.*
- أحمد، نائل الغرير، والنوايسة، أديب الله. (2009). *الوسائل المساعدة والأجهزة التعويضية للأشخاص المعاقين. عمان: دار الشروق للنشر.*
- آسيا، عبازة. (2014). *صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي. (رسالة ماجستير). دراسة ميدانية بمدينة ورقلة (جامعة ورقلة)*
- الأشرم، رضا، وإبراهيم، محمد. (2008). *صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية (رسالة ماجستير منشورة كلية التربية): دراسة سيكومترية إكلينيكية (جامعة الزقازيق)*
- بلغول، فتحي. (2009). *الرياضة التنافسية وإشكالية الهوية عند الأشخاص المعاقين :مقارنة أنثروبولوجية للجسد، مجلة علوم وتقنيات النشاط البدني والرياضي. ص ص 57_60.*
- الجبوري كاظم، حافظ إبراهيم، ارتقاء يحيى. (2007). *صورة الجسم وعلاقتها بالقبول الاجتماعي لدى طلبة الجامعة، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، العدد 10. ص ص 351-383.*
- حلمي، المليجي. (2001). *مناهج البحث في علم النفس. لبنان: دار النهضة العربية.*
- حمد، سيد فهمي. (2001). *السلوك الاجتماعي للمعاقين .المكتب الجامعي الحديث.*
- خوخة، عادل. (2011). *اثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيًا. معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة المسيلة، الجزائر.*
- الدسوقي، مجدي محمد. (2006). *اضطرابات صورة الجسم :الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج (ط1) مكتبة الأنجلو المصرية. 12 (4)، ص ص 415-434*
- الريماوي، محمد عودة. (2004). *علم النفس العام (ط1) دار المسيرة.*
- زهية، خليل القرا. (2015). *خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بالموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة.*

قائمة المراجع

- سالي، محمد عبد الفتاح مصطفى. (2018). صورة الجسم لدى المراهقين والمراهقات. دراسة مقارنة، *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*. العدد 10
- صمويل، تامر بشري. (2020). برنامج تقنية الحرية النفسية برنامجًا علاجيًا معرفيًا تحكيميًا. مكتبة الأنجلو المصرية. 27(01)، ص ص 231-270
- طه، فرج عبد القادر، وآخرون. (2003). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- عبد الرحمان، سيد سليمان. (2001). *الإعاقة البدنية: المفهوم، التصنيفات والأساليب العلاجية*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد الرحيم، شادلي. (2017). *انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف*. دراسة حالات من منظور نفسي عيادي. أطروحة نهاية السنة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة محمد خيضر. بسكرة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- علي عبد السلام، وعبد الهادي، أحمد محمد. (1997). دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء الجسم عن طريق البتر. القاهرة. الهيئة المصرية للكتاب. *مجلة علم النفس*. العدد 42
- عياد مسعودة. (2012). *اكتساب مفهومي الزمان والمكان وعلاقته بظهور عسر القراءة لدى الطفل في المرحلة الابتدائية* (أطروحة دكتوراه)، جامعة فرحات عباس، الجزائر.
- فكريش عبد الكريم، محامدية دليلة. (2020). *صورة الجسم لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف* (مذكرة ماستر)، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.
- لوبروتون دافيد. (1993). *أنثروبولوجية الجسد والحداثة*. ترجمة محمد عرب صاصيلا. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- مهيرة، سهيل خلف. (2012). *مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة*: دراسة إكلينيكية مقدمة استكمالاً للحصول على درجة الماجستير. كلية التربية الجامعة الإسلامية
- ميرنا، أحمد دلالة. (2015). مفهوم الذات لدى عينة من حالات البتر في محافظة اللاذقية جراء الحرب على سورية. (دراسة وصفية تحليلية). *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. 37(03).
- النوبي، محمود محمد علي. (2010). *مقياس صورة الجسم للمعاقين بدنيًا والعاديين*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

- وفاء محمد أحمدان القاضي. (2009). **قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة**. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة.

المراجع الأجنبية

- Altschuler, E. L., Wisdom, S. B., Stone, L., Foster, C., Galasko, D. M. E., Llewellyn, D. M. E., et al. (1999). **Rehabilitation of hemiparesis after stroke with a mirror**. The Lancet.
- Braun, S., Kleynen, M., Schols, J., Schack, T., Beurskens, A., & Wade, D. (2008). **Using mental practice in stroke rehabilitation: A framework**. Clinical Rehabilitation.
- Bruchez, R., Jequier Gygax, M., Roches, S., Fluss, J., Jacquier, D., Ballabeni, P., et al. (2016). **Mirror therapy in children with hemiparesis: A randomized observer-blinded trial**. Developmental Medicine & Child Neurology.
- Chan, B. L., Witt, R., Charrow, A. P., Magee, A., Howard, R., Pasquina, P. F., et al. (2007). **Mirror therapy for phantom limb pain**. The New England Journal of Medicine.
- Deconinck, F. J. A., Smorenburg, A. R. P., Benham, A., Ledebt, A., Feltham, M. G., & Savelsbergh, G. J. P. (n.d.). **Reflections on mirror therapy. Neurorehabilitation and Neural Repair**.
- Dohle, C., Kleiser, R., Seitz, R. J., et al. (2004). **Body scheme gates visual processing**. Journal of Neurophysiology.
- Dolto, F. (1984). **L'image inconsciente du corps**. Seuil.
- Kara, O. K., Yardimci, B. N., Sahin, S., Orhan, C., Livanelioglu, A., & Soylu, A. R. (2019). **Combined effects of mirror therapy and exercises on the upper extremities in children with unilateral cerebral palsy: A randomized controlled trial**. Developmental Neurorehabilitation.
- Mendelzweig, M. D. (2011). **La plasticité cérébrale de Cajal à Kandel: Cheminement d'une notion constitutive du sujet cérébral**. Revue d'Histoire des Sciences.
- Moseley, G. L. (2006). **Graded motor imagery for pathologic pain: A randomized controlled trial**. Neurology.
- Novak, I., Morgan, C., Fahey, M., Finch-Edmondson, M., Galea, C., Hines, A., et al. (2020). **State of the evidence traffic lights 2019: Systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy**. Current Neurology and Neuroscience Reports.
- Oakes, A., Collison, J., & Milne-Home, J. (2017). Repetitive, safe and automatic: **The experience of appearance-related behaviours in body dysmorphic disorder**. Australian Psychologist.
- Park, E., Baek, S., & Park, S. (2016). **Systematic review of the effects of mirror therapy in children with cerebral palsy**. Journal of Physical Therapy Science.
- Peterson, C. B., Wimmer, S., Ackard, D. M., Crosby, R., Cavanagh, L. C., Engbloom, S., & Mitchell, J. E. (2004). **Change in body image during cognitive behavioral therapy in women with bulimia nervosa**. Body Image.
- Ramachandran, V. S. (2005). **Le cerveau, cet artiste**. Eyrolles.

- Ramachandran, V. S., & Altschuler, E. L. (2009). **The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function.** *Brain*.
- Ramachandran, V. S., & Rogers-Ramachandran, D. (1996). **Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors.** *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences.* journalpsyche.org
- Ramachandran, V. S., Rogers-Ramachandran, D., & Cobb, S. (1995). **Touching the phantom limb.** *Nature*.
- Reid, L. B., Rose, S. E., & Boyd, R. N. (2015). **Rehabilitation and neuroplasticity in children with unilateral cerebral palsy.** *Nature Reviews Neurology*.
- Reinhardt, J. C. (1990). **La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant.** Presses Universitaires de France.
- Rothgangel, A. S., Braun, S. M., Beurskens, A. J., Seitz, R. J., & Wade, D. T. (2011). **The clinical aspects of mirror therapy in rehabilitation: A systematic review of the literature.** *International Journal of Rehabilitation Research*.
- Sathian, K. (2009). **Mirror, mirror, move my manu! Neurorehabilitation and Neural Repair.**
- Stevens, J. A., & Stoykov, M. E. (2004). **Stimulation of bilateral movement training through mirror reflection: A case report demonstrating an occupational therapy technique for hemiparesis.** *Topics in Stroke Rehabilitation*.
- Thieme, H., Mehrholz, J., Pohl, M., Behrens, J., & Dohle, C. (2012). **Mirror therapy for improving motor function after stroke.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Tierney, L., McPhee, S. J., & Papadakis, M. A. (2006). **Current medical diagnosis and treatment.** McGraw-Hill.
- Wade, G. (n.d.). **Difference in body image and self-esteem in adolescents with and without scoliosis.**
- Yavuzer, G., Selles, R., Sezer, N., et al. (2008). **Mirror therapy improves hand function in subacute stroke: A randomized controlled trial.** *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
- Yildirim, M., & Sen, S. (2020). **Mirror therapy in the management of phantom limb pain.** *AJN: The American Journal of Nursing*.



قائمة الملاحق

الملحق (1)

مقياس صورة الجسم

تعليمات:

سيدي، سيدتي أمامك مجموعة من العبارات يرجى منك قراءتها بعناية، ثم اختر الاجابة التي تعبر عن حالتك وتطبق عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب شاكرين لك حسن التعاون.
معلومات أولية:

الجنس:.... السن:.... سبب البتر:.....

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	العبارات
				أقبل جسدي كما هو عليه
				أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس
				أنظر الى جسدي نظرة سلبية
				تزعجني التشوهات الموجودة في جسدي
				أشعر بعدم الرضا عن جسدي
				أحاول تجنب النظر في المرأة
				أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسدي
				أشعر أن أجزاء من جسدي مختلف عن الآخرين
				أشعر بأنه من الأفضل اجراء تغيير شكلي وجسدي
				أشعر بشفقة الآخرين عندما ينظرون الى جسدي
				أحتاج الى جراحة تجميلية لاجداث تناسق في جسدي
				أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسدي
				أميل لتغيير بعض ملامحي بعد البتر
				أشعر بالقلق على حالتي
				أفتقر الى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي
				أرى أن ملابسي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين
				أرى أن هنالك تناقض بين أفكاري وحالتي
				أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسدي

الملاحق

				أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها
				أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه
				لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد فيه الناس
				أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي
				أشعر بالاحراج من مظهري عندما ألتقي بالآخرين
				أحزن عند النظر الى جسمي
				أرى أن جسمي بشع ومقزز
				يقلقني التغير في مظهر جسمي
				أحكم على الناس تبعا لأشكال اجسامهم
				لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية لتفكيرى في حالتى
				أشعر أن الناس لا يروننى جذابا

الملحق (2)

القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى

تعليقات:

سبدي، سبدي أمامك مجموعة من العبارات يرجى منك قراءتها بعناية، ثم اختر الإجابة التي تعبر عن حالتك ونحيط عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب شاكرين لك حسن التعاون.

معلومات أولية:

العمر 37 سنة ليد جرح مسار مداف الكد المني

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	العبارات
	X			أشعر جسدي كما هو عليه
X				أرى أنني أمتنع بالقول لدى الناس
			X	أنظر إلى جسدي نظرة سلبية
			X	تزعجني التشوهات الموجودة في جسدي
		X		أشعر بعدم الرضا عن جسدي
		X		أحاول تجنب النظر في المرأة
			X	أرى أنني مفيد الحركة بسبب جسدي
		X		أشعر أن أجزاء من جسدي مختلف عن الآخرين
			X	أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير شكلي وجسدي
			X	أشعر بشغف الآخرين عندما ينظرون إلى جسدي
			X	أحتاج إلى حراقة تعميلية لأحداث تناسق في جسدي
			X	أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسدي
			X	أميل لتغيير بعض ملامحي بعد البتر
			X	أشعر بالقلق على حالتي
			X	أفخر إلى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي
		X		أرى أن ملاسني أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين
			X	أرى أن هناك تناقض بين أفكارتي وحالتي
	X			أرفض ارتداء الملابس الصعبة التي تبتل معاني جسدي
			X	أعاني حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها
			X	أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه
			X	لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد فيه الناس
		X		أحسب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي
			X	أشعر بالاحراج من معظهري عندما ألتقي بالآخرين
			X	أحزن عند النظر إلى جسدي
		X		أرى أن جسدي شبع ومفرز

الملاحق

		✓		يفتني التغيير في مظهر جسمي
✗				أحكم على الناس تبعاً لأشكال أجسامهم
		✗		لا استمتع بالتفاعل مع الناس بطريقة طبيعية لتفكري في حالتي
			✗	أشعر أن الناس لا يروني جذاباً

شكراً

*

الملاحق

لتعليمات:

سيدتي، سيدتي أمامك مجموعة من العبارات يرجى منك قراءتها بعناية، ثم احقر الاجابة التي تعبر عن حالتك وتطبق عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب شاكرين لك حسن التعاون

معلومات أولية:

الجنس: أنثى السن: 37 حب المرح: حرم مسمار محمد أبو الالك المسمى

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	العبارات
			X	أنتقل جسدي كما هو عليه
		X		أرى أنني أتمتع بالقول لدى الناس
		X		أنظر الى جسدي نظرة سلبية
	X			ترجعني التشوهات الموجودة في جسدي
X				أشعر بعدم الرضا عن جسدي
	X			أحاول تجنب النظر في المرأة
	X			أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسدي
		X		أشعر أن أجزاء من جسدي مختلف عن الآخرين
X				أشعر بأنه من الأفضل أجزاء تغيير شكلي وجسدي
	X			أشعر بشفقة الآخرين عندما ينظرون الى جسدي
X				أحتاج الى جراحة تجميلية لأحداث تناسق في جسدي
	X			أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسدي
X				أقبل لتغيير بعض ملامحي بعد البتر
X				أشعر بالتعلق على حالتي
	X			أفقر الى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي
X				أرى أن ملامحي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين
	X			أرى أن هنالك تناقض بين أفكارتي وحالتي
	X			أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسدي
	X			أفكر في حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها
	X			أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه
	X			لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد فيه الناس
	X			أتحلب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي
		X		أشعر بالاحراج من مظهري عندما أنفي بالآخرين
	X			أحزن عند النظر الى جسدي
	X			أرى أن جسدي بشع ومقزز

				بفكر الناصر في معظهم جسمي
				أحكم على الناس شدا لأشكال أجسامهم
				لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طيبة تفكر في حائتي
				شعر أن الناس لا يروني حذابي

شكرا

الملحق (3)

القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية

تعليمات:
سيدتي، سيدتي أمامك مجموعة من العبارات يرجى منك قراءتها بعناية، ثم اختر الإجابة التي تعبر عن حالتك وتنطبق عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب شاكرين لك حسن التعاون.
معلومات أولية:
الجنس: السن: 26 سبب البتر:
الزوجة الدموية:

العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
أقبل جسمي كما هو عليه			X	
أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس			X	
أنظر الى جسمي نظرة سلبية		X		
ترزعجني التشوهات الموجودة في جسمي	X			
أشعر بعدم الرضا عن جسمي	X			
أحاول تجنب النظر في المرأة		X		
أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي	X			
أشعر أن أجزاء من جسمي مختلف عن الآخرين	X			
أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير شكلي وجسمي	X			
أشعر بشفقة الآخرين عندما ينظرون الى جسمي	X			
أحتاج الى جراحة تجميلية لحدوث تناسق في جسمي	X			
أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي	X			
أميل لتغيير بعض ملامحي بعد البتر		X		
أشعر بالقلق على حالتي	X			
أفقر الى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي	X			
أرى أن ملاسبي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين		X		
أرى أن هنالك تناقض بين أفكاري وحالتي			X	
أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسمي	X			
أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها	X			
أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه	X			
لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد فيه الناس	X			
أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي		X		
أشعر بالاحراج من مظهري عندما ألتقي بالآخرين		X		
أحزن عند النظر الى جسمي	X			
أرى أن جسمي بشع ومقزز		X		

			X	يقلقني التغيير في مظهر جسمي
X				أحكم على الناس تبعاً لأشكال أجسامهم
		X		لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية لتفكيري في حالتي
	X			أشعر أن الناس لا يرونني جذاباً

شكراً

الملاحق

تعلیمات:

سيدي، سيدي أمامك مجموعة من العبارات يرجى منك قراءتها بعناية، ثم اختر الاجابة التي تعبر عن حالتك وتطبق عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب شاكرين لك حسن التعاون.

معلومات أولية:

الجنس: إنشئي السن: 76 سبب البتر: بتر من قدام اليمنى بعد موت اذوعية الهورية

أبدأ	نادراً	أحياناً	كثيراً	العبارات
X				أقبل جسمي كما هو عليه
X				أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس
	X			أنظر الى جسمي نظرة سلبية
	X			تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي
	X			أشعر بعدم الرضا عن جسمي
X				أحاول تجنب النظر في المرأة
		X		أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي
	X			أشعر أن أجزاء من جسمي مختلف عن الآخرين
X				أشعر بأنه من الأفضل اجراء تغيير شكلي وجسمي
	X			أشعر بشفقة الآخرين عندما ينظرون الى جسمي
			X	أحتاج الى جراحة تجميلية لاجداث تناسق في جسمي
	X			أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي
X				أميل لتغيير بعض ملامحي بعد البتر
X				أشعر بالقلق على حالتي
X				أفكر الى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي
	X			أرى أن ملابسي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين
X				أرى أن هنالك تناقض بين أفكاري وحالتي
			X	أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسمي
		X		أفكر في حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها
	X			أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه
	X			لا أستطيع البقاء طويلاً في مكان يتواجد فيه الناس
X				أبتعد الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي
X				أشعر بالاحراج من مظهري عندما ألتقي بالآخرين
	X			أحزن عند النظر الى جسمي
X				أرى أن جسمي بشع ومقزز

الملاحق

X				يقلقني التغيير في مظهر جسمي
X				أحكم على الناس تبعا لأشكال أجسامهم
X				لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية أتكبر في حالتي
X				أشعر أن الناس لا يرونني جذابا

شكرا

الملحق (4)

القياس القبلي والبُعدي للحالة الثالثة

تعليمات:

سيدي، سيدتي أمامك مجموعة من العبارات يرس منك قراءتها بعناية، ثم اختر الإجابة التي تعبر عن حالتك وتنطبق عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب. شاكرين لك حسن التعاون.

معلومات أولية:

الجنس: ذكر _____ السن: ٢٤ _____ سبب الفخر: غير واضح ويلمح السيد أنه يحبها في مرة جاز عليها

العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
أنفيل جسدي كما هو عليه	X			
أرى أنني أتمتع بالقول لدى الناس	X			
أنظر إلى جسدي نظرة سلبية	✓			
تزعجني التشوهات الموجودة في جسدي	✓			
أشعر بعدم الرضا عن جسدي		X		
أحاول تجنب النظر في المرأة		X		
أرى أنني مقيد بالحركة بسبب جسدي		X		
أشعر أن أجزاء من جسدي مختلف عن الآخرين	X			
أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير شكلي وجسدي		✓		
أشعر بشفقة الآخرين عندما ينظرون إلى جسدي		✓		
أحتاج إلى جراحة تجميلية لأحداث تناسب في جسدي	✓			
أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسدي	✓			
أريد لتغيير بعض ملامحي بعد البتر	X			
أشعر بالقلق على حالتي	✓			
أفكر إلى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي	✓			
أرى أن ملامحي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين			✓	
أرى أن هناك تناقض بين أفكاري وحالتي		X		
أرفض ارتداء الملابس العسيفة التي تبين معالم جسدي			✓	
أنتقادي حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها			✓	
أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه	✓			
لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد فيه الناس	X			
أتحب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي	✓			
أشعر بالاحراج من مظهري عندما ألتقي بالآخرين	✓			
أحزن عند النظر إلى جسدي	✓			
أرى أن جسدي بشع ومقرز		X		

		✓		يقفني التعبير في مظهر جسمي
✓				أحكم على الناس تبعاً لأشكال أجسامهم
			✓	لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية تفكير في حالتي
			✓	أشعر أن الناس لا يرونني جذاباً

شكراً

الملاحق

تعليمات:

سيدتي، سيدتي أمامك مجموعة من العبارات يرجى منك قراءتها بعناية، ثم اختر الإجابة التي تعبر عن حالتك وتطبق عليك بوضع العلامة (X) في مكانها المناسب شاكرين لك حسن التعاون.

معلومات أولية:

الجنس: ذكر السن: 24 سبب البتر: بتر أصابع رجلي اليسرى بعد سقوطه بـ ٤ سنوات البتر على

العبارة	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
أقبل جسدي كما هو عليه				X
أرى أنني أتمتع بالقبول لدى الناس				X
أنظر الى جسدي نظرة سلبية				X
ترعجني التشوهات الموجودة في جسدي		X		
أشعر بعدم الرضا عن جسدي				X
أحاول تجنب النظر في المرأة		X		
أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسدي				X
أشعر أن أجزاء من جسدي مختلف عن الآخرين		X		
أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير شكلي وجسدي				X
أشعر بشفقة الآخرين عندما ينظرون الى جسدي				X
أحتاج الى جراحة تجميلية لحدوث تناسق في جسدي		X		
أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسدي				X
أميل لتغيير بعض ملامحي بعد البتر				X
أشعر بالقلق على حالتي		X		
أفكر الى الثقة في نفسي جراء ما حدث لي				X
أرى أن ملابسي أقل وجاهة من الأشخاص الآخرين				X
أرى أن هنالك تناقض بين أفكاري وحالتي			X	
أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسدي				X
أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح وغيرها				X
أفضل البقاء في المنزل عن الخروج منه			X	
لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد فيه الناس			X	
أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي				X
أشعر بالاحراج من مظهري عندما ألتقي بالآخرين				X
أحزن عند النظر الى جسدي		X		
أرى أن جسدي بشع ومقزز				X

الملاحق

				يقفني التعبير في مظهر جسمي
	✓			أحكم على الناس تبعاً لأشكال أجسامهم
✓				لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية لتفكيري في حالتي
	✓			أشعر أن الناس لا يرونني جذاباً
✓				

شكراً

الملحق (5)
بطاقة الاشراف

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

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

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

السنة الجامعية: 2025 - 2026

بطاقة الاشراف على مذكرة التخرج

الاسم و اللقب للطالب (ة):
الاسم و اللقب للطالب (ة):
الشهادة المحضرة:
عنوان المذكرة:
الدرجة العلمية:
اسم ولقب الأستاذ المشرف:
مكان التريض:

تاريخ و مكان الازدياد: 2021/03/17
تاريخ و مكان الازدياد: 2021/08/08
التخصص:
الدرجة العلمية:
الدرجة العلمية:
الدرجة العلمية:
الدرجة العلمية:
الدرجة العلمية:

التاريخ /...../..... تأشيرة رئيس القسم قسم العلوم الاجتماعية أحمد رئيس قسم العلوم الاجتماعية	التاريخ 2026/05/24 إمضاء الأستاذ المشرف	التاريخ 2026/05/24 إمضاء الطالب
---	--	--