

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم علم النفس



صورة الجسد و المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى
المرضى المصابين بالشلل النصفي
- دراسة عيادية لثمانية حالات (08)-
في المستشفى الجامعي "تدير محمد ، مصلحة بالوا تيزي وزو"

مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص الصحة.

إشراف:

إعداد:

- أ.د/ لعقاب مليكة.

- دحمون مسيلبة.

- بلميلود ويزة.

السنة الجامعية 2025/2024

كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

بعد رحل قبحت وجهه واجتفتلك لربنا جاز هلال بحث، نحمد الله عز وجل
تقنقنا ويسرنا الطريق من العملنا التواضع.

كلمة شكرنا إلى أن نخصب أسامي عبائرنا لشكرنا لقيادتنا الأستاذة «ليلى»
ليلى كة كى ما قدمتنا لوالديك ان تخير موج مقيصاى حولتنا لتقنتها للبناء،
وجهه دلال سيدي قطيلة هلال بحث. جعل الله له العمل في ميزان
حسنة فله ان تولىنا في يسرنا أدامها الله عفا للدسني والحنين.

نوفقكم شكر إلى كفلنا قسمة عملنا سببنا جامعتنا وزيروا إلى كل
أسرنا كرامنا كل ما قدمنا من جهد وعطمتنا من الالعمل
الضو طيلهم مهيستنا لثنا مع عملهم.

كضاعبر عن عهقنا ونقرا لألخصنا لفسنا لستنا
الجامعي كير محمد "مصلحنا" «ربحي حسنة المني لتبخل
علينا التوجي هاننا لساى حثنا لثنا تبص.

كلمة شكرنا من سلعنا في انجاز هلال حثنا قريبا أوبعدي ولوبلنا
طبة.

وفي الخيرة شكرنا لبلنا حكيما لى أشرفنا من اقشة هذنا ذكرنا
وحسننا غلنا، جعل الله

ذلك في ميزان حسناتكم.

تقدم بالشكر إلى جزيالنا لستنا لثنا، سؤولة الماستر عيروا /
شربنا عيسنا، التي فلتنا بلمعنا لثنا القيمة طوالنا وانا
الجامعي. كملنا لثنا علنا قبولنا لثنا ومن اقشنا لثنا لثنا
الثقة للبلنا واللسنا، وأنيكون لنا في ميزان حسناتكم.





إهداء

أهدي ثمرة نجاحي إلى نبع الحنان والإحسان أمي العزيزة، إلى صاحب البر الجميل
ومثلي
الأعلى أبي الغالي الذي علمني العطاء دون إنقطاع. أطال الله في عمرهما.
إلى الأمل المتجدد في حياتي الذي أنار دربي، والأمان الذي يحتويني أخي وسندي في
الحياة علي، الذي وقف دائما بجاني.
إلى عائلتي الكريمة إخوتي وأخواتي، طاوس، يوغرطا، ماسينيسا، ويزة، كاهينة. الذين
كانوا نعم
المشجعين لي في مواصلة مسيرتي التعليمية.
إلى من أفاضني بمشاعره ونصائحه المخلصة، وصديقاتي كارين، سيلية، دينا، ليديا،
ثيللي، ويزة وكل من وقف بجاني
طوال هذا المشوار.
أهديكم ثمرة جهودهم وثنم تضحياتهم

دحمون مسيلبية.





إهداء

إلى القلب النابض واللسان الناطق بالدعاء لوالدي العزيزين, اللذان ساعداني
طوال مشواري الدراسي، حفظهما الله وأطال في عمرهما.

وإخوتي "إبراهيم و إلیاس.

وصديقاتي التي وقفن بجانبی طيلة هذا المشوار فريال، إيناس، مسيلبة

إلى الذين كانوا عوناً وسنداً لي بعد الله جل وعلى

إلى كل من ساعدني من بعيد وقريب

اهدي ثمرة جهدي لكم

بلميلود ويزة.



ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة صورة الجسد والمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى المصابين بالشلل النصفي. ولمعرفة ذلك اعتمدنا في دراستنا الحالية على المنهج العيادي, القائم على دراسة حالة على عينة من (08) حالات من المرضى المصابين بالشلل النصفي, والتي تم الحصول عليها من المستشفى الجامعي "ندير محمد", مصلحة "بالوا" بتيزي وزو. في الفترة الممتدة من 13-03-2025 إلى غاية 21-04-2025 وقد اعتمدنا على مقياس صورة الجسد لسامية محمد صابر عبد النبي (2008), والمعد من طرف "حديد ليلية و"براهيمي صندرة" (2022), ومقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لجيفري "يونغ", المعد من طرف صحراوي فاطمة الزهراء (2023). وأسفرت النتائج إلى : الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي سلبية, كذلك هناك مخططات أكثر انتشارا لدى المصابين بالشلل النصفي وهي: الحرمان العاطفي, الفشل, التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات, عدم الاستقرار, وأن المخطط الواحد يؤثر على المرضى المصابين بالشلل النصفي فيعتبر كمخطط أساسي في تنظيم حياتهم, ويلعب دور هام لديهم. وأخيرا المخططات ككل تعتبر كمشكلة بالنسبة للمرضى المصابين بالشلل النصفي, وفي نفس الوقت تلعب دور هام في حياتهم.

الكلمات المفتاحية: صورة الجسد, المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة, الشلل النصفي.

Study summary:

The current study aimed to identify the body image and non-adaptive early cognitive schemas in patients paraplegia. To investigate this, our current study relied on the clinical approach, with a sample of eight (08) cases of patients with paraplegia, obtained from "Nadhir Mohamed" University hospital and "Balwa's" department in Tizi-Ouzou in 13-03-2025 and 21-04-2025. We relied on the body image scale of "Samia Mohamed Saber Abd Nabi" (2008), made by "Hhadid Laila" and "Brahimi Sandra" (2022), as well as the non-adaptive early cognitive schemas scale of djeffrey Young, made by" Sahraoui Fatima Al-Zahraa" (2023). The results indicated that the body image of patients with paraplegia is negative. There are also schemas more commonly found among paraplegic patients, which include: emotional deprivation, failure, impulsivity control problem, and instability. A single schema can affect paraplegic patients as a basic schema that organizes their lives and plays an important role in them. Finally, The schemas as a whole are considered a problematic issue for patients with paraplegia, and in another hand, they play a significant role in their lives.

Key Words: Body image, Non-adaptive early cognitive schemas, paraplegia.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	كلمة الشكر
	إهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
5	1- إشكالية الدراسة
17	2- فرضيات الدراسة
17	3- أهداف الدراسة
17	4- أهمية الدراسة
18	5- أسباب اختيار موضوع الدراسة
18	6- تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة
19	7- الدراسات السابقة
الفصل الثاني: صورة الجسد	
47	تمهيد
48	1- تاريخ الإهتمام صورة الجسد
50	2- مفهوم صورة الجسد
51	3- أهمية صورة الجسد
52	4- أنواع صورة الجسد
53	5- مكونات صورة الجسد
43	6- أبعاد صورة الجسم
54	7- صورة الجسم و المراحل العمرية
55	8- النظريات المفسرة لصورة الجسم

57	9- المفاهيم المرتبطة صورة الجسم
59	10- اضطرابات صورة الجسم
61	11- العوامل التي تؤثر في نمو صورة الجسم و تكوينها
62	12-علامات ضعف الرضا عن صورة الجسم
63	خلاصة
الفصل الثالث: المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة	
65	تمهيد
66	أولا لمحة تاريخية عن المخطط
66	1- المخططات المعرفية
68	2- ثانيا تطور المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
69	1-تعريف المخططات المعرفية المبكرة الغير المبكرة عند "بيك ويونغ"
72	2-العلاقة بين المخططات المعرفية و بعض المفاهيم الأخرى
73	3-خصائص المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
75	4- أنواع المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
76	5- نظرية المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة حسب يونغ
78	6- ميادين (مجالات) المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
89	7- مصدر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
95	8- آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
98	9- محتويات وأساليب المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
100	10- أساليب التعرف على المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
100	11- المخططات الشرطية واللاشرطية
102	12- أنماط المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
104	13- علاج المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
106	الخلاصة
الفصل الرابع: الشلل النصفي	
108	تمهيد
109	I الجهاز العصبي
109	1- الجهاز العصبي المركزي
116	2- الجهاز العصبي المحيطي

123	II الجلطة الدماغية
123	1- تعريف الجلطة الدماغية
124	2- أعراض الجلطة الدماغية
125	3- أنواع الجلطة الدماغية
127	4- عوامل الخطر للسكتة الدماغية
128	5- مضاعفات الجلطة الدماغية
129	6- الوقاية من الجلطة الدماغية
129	III الشلل النصفي
129	1- تعريف الشلل النصفي
130	2- أنواع الشلل النصفي
131	3- أسباب الشلل النصفي
133	4- أعراض الشلل النصفي
134	5- الاضطرابات المصاحبة بالشلل النصفي
138	6- الآثار المترتبة بالشلل النصفي
138	7- علاج الشلل النصفي
140	خلاصة
الجانب التطبيقي الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
143	تمهيد
144	1- الدراسة الاستطلاعية
144	2- أهداف الدراسة
154	3- منهج الدراسة
156	4- الدراسة الأساسية
156	5- مجموعة البحث وخصائصها
157	6- مكان وزمان إجراء الدراسة
157	7- أدوات جمع البيانات
166	8- ظروف انجاز الدراسة وكيفية التطبيق
167	9- كيفية تطبيق أدوات الدراسة
168	خلاصة

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
170	تمهيد
171	1- عرض وتحليل نتائج الحالات الثمانية وفق أدوات جمع البيانات
215	2- عرض ومناقشة الفرضيات
226	3- استنتاج عام
228	4- توصيات
229	خاتمة
231	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
(01)	أهم الفروقات بين صورة الجسم والمخطط الجسمي.	58
(02)	العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة والحاجات العاطفية غير المشبعة والممارسات التربوية الوالدية.	88
(03)	يبين المقابلات مع الحالة الأولى.	146
(04)	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الأولى.	147
(05)	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الأولى.	148
(06)	يبين المقابلات مع الحالة الثانية.	150
(07)	يبين نتائج مقياس صوارة الجسد للحالة الثانية.	152
(08)	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثانية.	152
(09)	يبين حالات الدراسة الأساسية وخصائصها.	156
(10)	يمثل معاملات الارتباط بالدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد.	160
(11)	ارتباط البعد الأول بالدرجة الكلية.	161
(12)	يمثل معاملات ارتباط البعد الثاني بالدرجة الكلية.	162
(13)	أبعاد مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة وعدد بنودها.	163
(14)	يمثل مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.	164
(15)	يمثل مستوى الدلالة بين القيم العليا والدنيا للدرجة الكلية للمقياس.	165
(16)	يبين المقابلات مع الحالة الأولى.	171
(17)	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الأولى.	174
(18)	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الأولى.	174
(19)	يبين المقابلات مع الحالة الثانية.	177
(20)	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثانية.	179
(21)	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثانية.	180
(22)	يبين المقابلات مع الحالة الثالثة.	182
(23)	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثالثة.	184

185	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثالثة.	(24)
188	يبين المقابلات مع الحالة الرابعة.	(25)
190	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الرابعة.	(26)
190	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الرابعة.	(27)
193	يبين المقابلات مع الحالة الخامسة.	(28)
195	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الخامسة.	(29)
196	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الخامسة.	(30)
199	يبين المقابلات مع الحالة السادسة.	(31)
200	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة السادسة.	(32)
201	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة السادسة.	(33)
203	يبين المقابلات مع الحالة السابعة.	(34)
205	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة السابعة.	(35)
206	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة السابعة.	(36)
209	يبين المقابلات مع الحالة الثامنة.	(37)
211	يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثامنة.	(38)
211	يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثامنة.	(39)
215	تصنيف نتائج مقياس صورة الجسد على الحالات.	(40)
223	تصنيف تأثير المخططات ككل على الحالات الثمانية.	(41)

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
79	مخطط يمثل نموذج يونغ Young 1991 الهرمي للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.	(01)
94	المخطط التصنيفي الأول للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة حسب يونغ.	(02)
95	يبين كيفية نشوء المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.	(03)
137	المضاعفات في حالات الشلل النصفي	(04)
137	المضاعفات في حالات الشلل النصفي	(05)

فهرس الصور

الصفحة	العنوان	رقم الصورة
111	يبين الفصوص الاربعة للدماغ	(01)
119	تبين الأعصاب الشوكية و أماكن دخولها في الحبل الشوكي (منظر أمامي)	(02)
131	تبين الشلل النصفي	(03)

فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان	رقم الملحق
	دليل المقابلة	(01)
	مقياس صورة الجسد	(02)
	مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة	(03)

مقدمة:

يعتبر الجسم والنفس ثنائية مركبة لا يمكن الفصل بينهما، فأي اختلال في الجانب الجسدي يؤثر على الجانب النفسي. فالإنسان يتعرض إلى عدة مواقف الايجابية منها والسلبية في حياته اليومية، من توترات وضغوط ومسؤوليات، والتي بدورها تؤدي إلى الإصابة بعدة أمراض. بما فيها الشلل النصفي الناتج عن الصدمة (السكتة) الدماغية، والذي ينتشر بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة بحيث يؤثر هذا المرض على الحركة ونفسية المريض المصاب به. ونظرا لدراسات بعض العلماء والباحثين في المجال، عرفوا الشلل النصفي على انه ضعف أو شلل في احد جانبي الجسم، والذي يؤثر على الذراع، الساق على نفس الجانب، إضافة إلى ذلك تدهور الوظائف المعرفية كالنسيان، فقدان الذاكرة وغيرها. كما يمكن أن يؤثر أيضا على صورة الجسم، فقد يواجه المرضى المصابون بالشلل النصفي صعوبات في التكيف مع التغيرات الجسدية، مما يؤدي إلى مشاعر سلبية تجاه أجسادهم. بينما نجد الأفكار التي تلعب دور في تشكيل نظرتهم لأجسادهم. بحيث يمكنها أن تؤثر بشكل كبير على مشاعرهم بالرضا وعدم الرضا. بالإضافة إلى أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة أنماط تتشكل في الطفولة، وتستمر مدى الحياة والتي تؤثر على كيفية إدراك العالم من حولنا.

ومن أجل التعمق في دراستنا، قمنا بتجزئتها إلى الجانب النظري والتطبيقي. وهنا سنقوم بعرض أهم الفصول التي تناولت الجانب النظري:

الفصل الأول: قمنا بتقديم الإشكالية وفرضيات الدراسة، إضافة إلى أهميتها وأهدافها، وأهم المفاهيم الإجرائية، وأخيرا عرض الدراسات السابقة.

في حين ندرس في الفصل الثاني: متغير صورة الجسد بدءا من التعريف، وأهميتها، مكوناتها، والنظريات المفسرة لها، والعوامل المؤثرة على نمو وتكوين صورة الجسد. وكذلك اضطرابات صورة الجسم، ويختتم هذا الفصل بالخلاصة.

أما الفصل الثالث: يعالج متغير المخططات المعرفية الغير المتكيفة "الجيفري يونغ" والذي يضم تطورها، ومفهومها، خصائصها، نظريتها ومجالاتها، مصدرها، آلية عملها، وأساليب التكيف اللاتوافقية للمخططات المعرفية، محتويات وأساليب التفكير في المخططات، وأساليب التعرف عليها، أيضا تطرقنا إلى المخططات الشرطية واللاشرطية، وأنماطها، علاجها، وأخيرا خلاصة الفصل.

وفي الفصل الرابع: تناولنا فيه متغير الشلل النصفي والذي يضم الجهاز العصبي بمكوناته، الجلطة الدماغية وتعريفها، أعراضها، أنواعها، عوامل الخطر، مضاعفاتها، والوقاية منها. وبعدها تطرقنا إلى تعريف الشلل النصفي، أنواعه، أسبابه، أعراضه، وبعض الاضطرابات المصاحبة به، وأخيرا الآثار المترتبة عنه.

وفي الجانب التطبيقي: تم التطرق إلى الجانب الميداني للدراسة الذي يضم الفصول التالية:

الفصل الخامس، الذي تناول الإجراءات المنهجية للدراسة، والذي يضم الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع، ومجموعة البحث وخصائصها، مكان وزمان إجراء البحث، إضافة إلى أدوات هذه الدراسة، وظروف انجازها. وكذلك كيفية تطبيق الأدوات.

ثم يأتي الفصل الأخير: عرض وتحليل ومناقشة النتائج من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة لكل فرضية، وتقديم استنتاج عام، وبعض التوصيات التي يمكن تقديمها حول هذه الدراسة.

وفي الختام: قمنا بتقديم بعض المواضيع التي يمكن أن تساعد طلبتنا في المستقبل.

الجانِب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أسباب اختيار موضوع الدراسة.
6. تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة.
7. الدراسات السابقة.
8. التعقيب على الدراسات السابقة.

1. الإشكالية:

يتعرض الإنسان في بعض الأوقات إلى تهديدات مختلفة من أمراض واضطرابات لكونه يحتك كثيرا ببيئته وذلك يكون نتيجة لمجموعة من العوامل البيئية والاجتماعية، والتعرض المستمر للضغط النفسي فيصبح في تفاعل دائم مع هذه الظروف، التي يمكن أن تؤثر سلبا على الصحة الجسدية والنفسية للفرد. إذ يعتبران ككل متكامل، فكلاهما تؤثر على الأخرى، فتحسين احدهما يساهم في تحسين الأخرى. وأي اختلال في مستواها يؤدي إلى بعض الأمراض المزمنة التي انتشرت بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة. فحسب الدراسات المتوصل إليها فهي حالات طبية تستمر لفترات طويلة، وغالبا ما تكون غير قابلة للشفاء، لأنها تتطور ببطء. والتي يمكن أن تكون مرفقة بمضاعفات صحية خطيرة. والتي تؤثر على صحة الفرد وجودة حياته. ومن بين الأمراض المزمنة الشائعة في هذه الآونة الأخيرة، نجد الجلطة (السكتة) الدماغية (Accident vasculaire cérébrale). حيث نجد مجموعة من الباحثين في هذا المجال كل حسب تخصصه قاموا بتفسيرها من خلال قولهم أنها حالة تحدث عندما ينقطع تدفق الدم إلى جزء من الدماغ. وهذا ما يؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية. وذلك بسبب انسداد احد الأوعية الدموية بسبب نزيف في الدماغ. والاهم من ذلك يعتبر سبب رئيسي في الإصابة بالشلل النصفي الذي يترتب عنه فقدان القدرة على التحكم في الحركة في جانب واحد من الجسم، بسبب إصابة الدماغ أو النخاع الشوكي. ويمكن أن يؤثر ذلك على الحركات الإرادية للعضلات في احد جانبي الجسم. وبالتالي الأشخاص المصابون بهذا المرض يحتاجون إلى الرعاية والمساندة أكثر من الذين يصابون به منذ الصغر أو الولادة. وذلك لأنهم يجدون صعوبات في تقبل التغيرات الجسمية التي تطرأ على أجسامهم. وهذا سيؤثر على حالتهم النفسية.

بحيث تشير البيانات إلى أن 60000 ألف شخص يصابون بالسكتة الدماغية في الجزائر كل عام. وهو يمثل السبب الرئيسي للإعاقة المكتسبة لدى البالغين والسبب الثالث الرئيسي للوفاة، أن معدل الإصابة بالسكتة الدماغية يتضاعف كل 10 سنوات بعد سن 55 سنة، 25% من السكتات الدماغية تحدث لدى الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65% عاما (أي فئة السكان العاملين)، وأكثر من 50% لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 75% عاما أو أكثر. بعد الإصابة بالسكتة الدماغية الأولى، يكون خطر تكرار الإصابة كبيرا، ويقدر بنحو 30 إلى 43% بعد 5 سنوات.

ويعاني أكثر من 50% من الأشخاص من قصور عصبي شديد. وغالبا ما يكون القصور في القدرات الحركية. ويكون العجز الحركي أكثر حدة في التصلب المتعدد مقارنة بالطرف السفلي (80% من الحالات يستطيعون القدرة على المشي) (Bendahou.k , Benmouna.M.K, Belhachi.Z,) (2019, p.3-4)

يعتبر الشلل النصفي من احد أمراض العصر الحديث، والمرآة العاكسة لمعاناة هذا الجيل من صراعات وضغوط حياتية يومية وعدم الاستقرار والقلق والاكتئاب. بحيث انه يصيب الفرد في أي مرحلة عمرية. وهو يعتبر فقدان الحركة في نصف الجسم، بسبب إصابة في الدماغ أو النخاع الشوكي. ويحدث عادة نتيجة السكتة الدماغية. فيؤثر ذلك على السيطرة الحركية في الجانب المعاكس للإصابة. وقد يصحب اضطرابات حسية أو نفسية. وبما أن جسم الإنسان يتكون من عدة جوانب بما في ذلك الجانب الجسمي الذي يعتبر كمادة حية (الجسد). والذي يتكون من الخلايا والأعضاء والأجهزة. من جهة أخرى نجد الجانب النفسي الذي يتضمن الجانب المعرفي والعاطفي والسلوكي والاجتماعي والوجداني، والإدراكي... فلهذا لا يمكننا تشخيص المرض من جانب واحد دون ذكر الآخر. وذلك لكونهما وجهان لعملة واحدة، أي نفسي جسمي (سيكوسوماتي). ويعتبر الشلل النصفي من بين الأمراض العصبية التي تسبب في عدة اضطرابات نفسية كالمعرفية منها والسلوكية. وهذه الأخيرة تؤدي إلى عرقلة روتين حياة الفرد.

الشلل النصفي الناتج عن السكتة الدماغية، إصابة تحصل لجزء من دماغ الإنسان نتيجة لتوقف ضخ الدم، إلى ذلك الجزء. مما يؤدي إلى فقد الوظيفة التي كان يؤديها. وذلك فان أقصى ما يمكن عموما لمريض السكتة الدماغية، وإنقاذ ما تبقى لديه من الخلايا والاستفادة منه، واستخدامه الاستخدام الأمثل لمساعدة الطب الطبيعي، والتقليل من احتمالية حدوث جلطة دماغية أخرى. يجب الإكثار من الحركة والرياضة وترك الكسل (عبد الله حسين، عبد الرحمن الهماي، 2023، ص02)

يعتبر الشلل النصفي الحالة الأكثر شيوعا من اضطراب التحكم الإرادي نتيجة السكتة الدماغية. ويعرف الشلل النصفي بأنه: "فقدان شبه كامل أو كامل للحركة الإرادية في نصف الجسم". وهو ناتج عن إصابة أحادية الجانب في المسار الحركي الرئيسي بين الخلايا العصبية الأصلية للمسار الهرمي. والتشابك مع الخلايا العصبية "ألفا" في القرن الأمامي للنخاع الشوكي. يمكن أن تؤدي إصابة نصف كروية، أو في جذع الدماغ أو النخاع الشوكي إلى الشلل النصفي المضاد (في الجانب المعاكس

للإصابة). أو بشكل نصفي في نفس الجانب للإصابة. والشلل النصفي غالبا ما يكون نتيجة لسكتة دماغية، وغالبا ما يرتبط للتأثير الحركي باضطرابات جسمية أو نفسية أو نفسية عصبية (Bendahou.k.k, Bennihi.M.K, Behachi.K, 2019, p.13)

والشلل النصفي الحركي هو العجز الأكثر شيوعا لدى المرضى الذين تعرضوا لسكتة دماغية. يعرف بأنه: " فقدان شبه كامل أو كامل للحركة الطوعية في نصف الجسم". عندما نلاحظ فقدان أو انخفاض في التحكم الطوعي، وغالبا ما تتأثر أطراف الأعضاء. بالإضافة إلى اضطراب في توتر العضلات، أي فرط التوتر التشنجي.

وعند الإنسان يعتبر الطرف العلوي عضوا رمزيا جدا في الحياة اليومية. هذا العضو وخاصة اليد ينفذ ما يفكر فيه الدماغ، لها دور للمس والكلام والصوت أو الرؤية، "اليد تقيّم الاتصال" (مادة عقل علم، بدون تاريخ) لدى الشخص السليم. تعتبر اليد عنصرا ضروريا في الحياة اليومية والاجتماعية. أن انخفاض أو فقدان الحركة في الطرف العلوي المصاب بالشلل النصفي سيؤدي إلى عواقب في الأنشطة اليومية. وكذلك على المستوى النفسي والاجتماعي للمريض (Astrid, 2016, p.8)

تشكل الحالة الأكثر نموذجية لاضطرابات التحكم الإرادي الناتج عن السكتة الدماغية. ويعرف الشلل النصفي بأنه عجز جسدي نصفي شامل إلى حد ما، يؤثر على الحركة البعيدة أو القريبة، بشكل كامل أو جزئي. يشار إلى العجز بأنه نسبي إذا كان يؤثر على نصف الجسم بالكامل أو يهيمن على الأطراف العلوية والوجه أو السفلية. غالبا ما يكون تأثير العضلات المحورية مصحوبا بعجز في التوتر الوضعي. يكون العجز في البداية شاملا، وعادة ما يحدث التعافي بطريقة قريبة من البعيد. يصعب التقييم بسبب عدم وجود عجز عضلي جوهري. ولكنه يتم من خلال وجود حركة نمطية مع فقدان التحكم الإرادي في الحركة. بالإضافة إلى ذلك نادرا ما يكون العجز مطلقا مع توزيع غير متساوي. يجب البحث عن الاضطرابات المرتبطة (اضطرابات الحساسية، البصرية، المعرفية) في أي تناقض بين الحركة التحريرية والقدرات الوظيفية (Maras, 2016, p.8)

والشلل النصفي هو الشلل الكامل لنصف الجسم، ويشمل ذلك الوجه، اليد والرجل في نفس الجهة من الجسم. لا تكون الإصابة في بعض الأحيان في الدماغ كاملة، ويكون الشلل في الجسم جزئيا. أن المخ، كما هو معروف مقسوم إلى قسمين: اليمين واليسار.

كل واحد من القسمين مسؤول عن نصف الجسم الأيمن والعكس صحيح. سيظهر الشلل النصفي في القسم الأيسر من الجسم. فيما لو حصل ضرر لنصف الدماغ الأيمن (دغوش، 2022، ص 1367).

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الشلل النصفي، واهتمت بدراسته وذلك بالتركيز على جوانب مختلفة من هذا المرض. ومنها:

دراسة شعلال مصطفى إسماعيل (2018). التي أجريت على عينة قوامها (12) مريض مصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة المخية، الذين تتراوح أعمارهم ما بين 50-60 سنة. أن تطبيق محتويات البرنامج التأهيلي على هذه العينة أدى إلى تحسين الحالة الفيزيولوجية والبدنية. كما انه يرفع من قدراتهم على العمل ويجعلهم يزاولون أعمالهم بصورة طبيعية أو اقرب ما يكون إلى الحالة الطبيعية (شعلال، 2018)

وقد أكدت أيضا دراسة "عادل وكال"، ومخلوف مسعودان (2019). التي أقيمت على عينة من (10) مصابين بالشلل النصفي، أن للتمارين العلاجية دور في شعور المصاب بالثقة بالنفس. وتساهم أيضا في التقليل من حدة القلق ودرجة الاكتئاب والمشاكل النفسية التي يتعرض لها المصاب بالشلل النصفي... (وكال، مسعودان، 2019)

وقد أشارت أيضا دراسة "الربيع بلواضح"، وعبد الحليم الخلقي (2022). التي أجريت على عينة من (197) مريض مصاب بالشلل النصفي (102 ذكور، و95 إناث)، أنه هناك تطابق جيد للنموذج المفترض لمقياس (تقبل العلاج) مع بيانات عينة المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (بلواضح، عبد الحليم، 2022)

وحسب ما قاله الباحثون هنا، فان الشلل النصفي هو تحد جسدي، يؤثر على نصف الجسم، والذي يمكن أن يتسبب في ضعف عام في الحركة. وذلك بسبب عدة عوامل، بما فيها السكتة الدماغية (Accident Vasculaire Cérébrale)، الإصابات، الأورام، والأمراض العصبية. مما يؤثر على قدرته على المشي، التحدث، البلع، الكتابة. وكذلك القدرة على القيام بالأنشطة اليومية.

ويمكن أيضا أن يؤثر على قدرة الفرد على التواصل والعمل والعيش بشكل مستقل. مما يؤثر على صحته العقلية والنفسية والاجتماعية. وذلك بسبب التغيرات التي قد تطرأ على جسم الفرد. فالصورة الجسمية هي الطريقة التي ينظر بها الشخص إلى نفسه جسديا. فالاعتماد على كرسي متحرك أو أدوات

أخرى مساعدة. قد يؤثر على شعور الشخص الشخص بالجسد وطريقة رؤيته لنفسه، خاصة إذا كان يعاني من فقدان القدرة على الحركة جانب واحد من الجسم. فقد يواجه الأشخاص الذين يعانون من الشلل النصفي صعوبة في التكيف مع التغيرات في أجسادهم، مما يؤدي إلى الشعور بالخجل أو الإحباط أو حتى الاكتئاب، على سبيل المثال يشعر الشخص المصاب بالشلل النصفي بالخجل من استخدام كرسي متحرك، مما يؤثر على شعوره بالجمال والجاذبية.

وصورة الجسد خاصية تتسم بالاستمرارية، إذ أنها تلازم الفرد في مراحل العمر المختلفة فهي عملية يدركها الفرد منذ الطفولة وفي رشده. وهي شائعة لدى كل من الجنسين. وإن كانت الإناث أكثر حساسية وتمحيصا لصورة أجسادهم عن نظراتهن من الذكور. ومع صورة الجسد يتحدد مدى سواء ورضا الفرد فعندما تكون صورة الجسم سليمة أو موجبة وصحيحة يكون السواء "الرضا"، وعندما تكون صورة الجسم غير سليمة وسلبية ومضطربة يكون اللاسواء "عدم الرضا" (عبد الواحد، ملوح، 2023، ص 02)

تعرف صورة الجسم بأنها بناء يتألف من ثلاث مكونات، المكون الإدراكي: ويشير إلى تصورات الفرد حول جسده، المكون العاطفي: ويشير إلى المواقف، المشاعر والأفكار لدى الفرد حول جسمه. المكون السلوكي: ويشير إلى السلوكيات الناتجة عن إدراك الفرد لجسده، والمشاعر والمواقف التي ترتبط بصورة جسده حيث تساهم هذه المكونات في بناء مفهوم الذات. وتشكيل نموذج جمالي الذي يفرضه المجتمع. حيث يقود ذلك إلى حدوث المقارنة بين مظهر الجسد الفعلي للفرد والصورة المثالية (عبد الله الشريفيين، الرفاعي، 2024، ص04)

يرى يونغ (young) أن مفهوم صورة الجسد معقد، حيث يشمل تصور الفرد لذاته الوجودي، والذات الجسدي والتفسير الاجتماعي الذي يكون من قبل الآخرين للجسد، فهو ينظر إلى صورة الجسد باعتبارها جزءا مهما من صورة الذات... (رؤى، 2021، ص26)

عرف "تومبسون" (Thompson) صورة الجسم بأنها: "الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم، إلى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة"، ويتمشى هذا التعريف مع ما ذكره "روزين وآخرون" (Rosen et al)، بأن صورة الجسم هي "صورة ذهنية- ايجابية أو سلبية- يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة (الشناوي، 2019، ص 08)

وصورة الجسد هي الصورة الذهنية لدى الفرد عن جسده، وهي صورة متعددة الأبعاد، وتتضمن الخصائص الجسدية (الوزن، الطول) ملامح الوجه (تناسق الأجزاء المختلفة من الجسم). وتتضمن كذلك اتجاهات الفرد نحو جسمه واعتقاده عن تصور الآخرين، وتتأثر تلك الصورة بخبرات الفرد المعرفية والانفعالية، وتؤثر على اتجاهاته وسلوكه. وهذه الصورة الذهنية غير ثابتة بل تتغير تبعاً للبيئة والحالة الخارجية للفرد (يارا جمال عبد الناصر موسى عبد الفتاح المغربي، 2023، ص118-119)

كما تتسم صورة الجسم سواء كانت سلبية أو ايجابية في تكوين وتشكيل خبرات الفرد واتجاهاته نحو ذاته من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف أثناء تفاعله مع الآخرين، فرؤية الفرد الايجابية لصورة جسمه ترتبط بكافة عوامل نجاحه في أسرته وف محيط مجتمعه وعمله، وأي تشوه في صورة الجسم غالباً ما يرتبط باضطراب رؤية الفرد الخاطئة نحو ذاته، نتيجة بعض الإخفاقات التي تواجهه في حياته، وترتبط عادة ببعض أعراض الاكتئاب والقلق ومعظم السلوكيات غير الصحيحة، وكذلك فإن الاتجاهات المتعلقة بصورة الجسم بشقيها الايجابي والسلبي. إما أن تكون ميسرة أو معوقة لتفاعلات الفرد مع ذاته وتجاه الآخرين، ومن ثم تؤدي في النهاية إلى الصحة النفسية للفرد أو اعتلالها... (عبد الرحيم سلامة، 2024، ص51)

ويوضح كل من "هيد Head" و "إسكيلدر Esquirol"، أن صورة الجسم تتغير من خلال كل وضع أو تغير جديد للجسد فهي عملية نفسية لا شعورية، وتعتمد في نموها على الاتصال الاجتماعي. كما يسهم الجلد في تكوين صورة الجسم، فعلى الجلد تشابك إحساسات وإدراكات بدائية أولية وأخرى متميزة ودقيقة مع بعضها البعض، وأيضاً الحساسية للمس. فهذه العوامل أساسية في تكوين صورة الجسم وهذا من جانب وعلى الجانب الآخر يوجد عاملين أكثر أهمية في نمو صورة الجسم لدى الفرد يتمثلان في مدى قدرة التحكم في حركة الأطراف في الجسم (ناجي، 2019، ص10)

ونجد أنه هناك العديد من الدراسات التي تناولت متغير صورة الجسم. وذلك نظراً للدور الذي يلعبه. وبهذا سنعرض البعض:

حيث تشير دراسة **فائد محمد إسنايف (2021)**، التي طبقت على عينة من (89) مريضات بالسرطان أن مستوى تقدير صورة الجسد كان مرتفعاً، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير صورة الجسد تبعاً لمتغير: العمر، الآلة الاجتماعية، المؤهل العلمي، بينما كانت الفروق دالة إحصائية في

الصلابة النفسية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المرأة (المتزوجة)، ووجود علاقة ارتباط بين المتغيرين لدى مريضات السرطان، وجاءت العلاقة ارتباطية (إسناف، 2021)

وتشير أيضا دراسة وفاء احمد الدويك (2020)، التي أقيمت على عينة من (400) امرأة حامل من المراجعات للعيادات الصحية في محافظة الخليل، تم اختيارها بطريقة قصدية. أن مستويات صورة الجسم وقلق الحمل والاكئاب لدى عينة الدراسة جاءت بدرجة متوسطة، وأنه هناك وجود فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لصورة الجسم لدى عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان السكن. ووجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير العمر لصالح النساء الحوامل اللواتي أعمارهن من 22 - 30 سنة. ووجود فروق دالة إحصائية للدرجة الكلية لصورة الجسم تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وأيضا وجود فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لصورة الجسم تبعا لمتغير حالة العمل. وعدم وجود فروق دالة إحصائية الدرجة الكلية لصورة الجسم لدى الحوامل تبعا لمتغيرات عدة مرات الحمل، الجنس، الجنين، شهر الحمل، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لقلق الحمل، الاكئاب، تبعا لمتغيرات مكان السكن (الدويك، 2020)

وقد أشارت أيضا دراسة شيرين محمود الشباب ومنار سعيد بني مصطفى (2024)، التي أجريت على عينة من (205) طالب وطالبة من ذوي الإعاقات الجسدية. أن مستوى مشاعر النقص ومستوى أعراض اضطراب صورة الجسد كان بمستوى متوسط، وأيضا وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحساسة لمشاعر النقص والمتوسطات الحساسة لأعراض اضطراب صورة الجسد ككل ومجالاته تعزى لمتغير الجنس، ولصالح الإناث. كما أشارت أيضا إلى وجود علاقة موجبة دالة إحصائية بين مستوى مشاعر النقص ومستوى أعراض صورة الجسد ككل ومجالاته لدى الطلبة. وأيضا تبين أنه هناك تأثير سلبي متوسط لصورة الجسد على حياة ومشاعر ومواقف الطلبة المعاقين جسديا. إذ أن ضعفهم الجسماني كان له تأثير واضح على صورتهم لأجسامهم، وتأثرهم بالتعليقات الموجهة إليهم من محيطهم الاجتماعي (محمود الشباب، 2024، ص 66)

وحسب ما تناوله الباحثون هنا، نجد أن صورة الجسد مفهوم نفسي، يشير إلى كيفية تصور الشخص لجسمه بما في ذلك مظهره الخارجي. ويمكن أن تكون ايجابية أو سلبية. وهي نتاج لتفاعل معقد بين العوامل النفسية والاجتماعية وسمات الشخصية. فمن جهة، قد تؤثر التجارب المبكرة والظروف الاجتماعية على الشعور بالرضا عن الجسم. مما يشكل صورة ذهنية محددة، ومن جهة أخرى، تلعب الصلابة النفسية والصمود النفسي دورا هاما في بناء نظرة ايجابية. بينما يمكن لطريقة تفكير الفرد

ومعتقداته أن تؤثر بشكل كبير على كيفية تقييمه لجسمه. مما يؤدي إلى الشعور بالرضا أو عدم الرضا. على سبيل المثال قد يؤدي مخططات معرفية مبكرة غير متكيفة، مثل "يجب أن أكون مثالياً" أو "لا استحق الحب إن لم أكن مثالياً"، إلى الشعور بالقلق والضغط حول مظهر الجسم. مما يؤدي إلى تقييم سلبي لجسمه.

وقد أسس "بيك" (Beck)، نظرية متكاملة فسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة والاكنتاب بصفة بوجه خاص على أساس المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض على نفسه وعن العالم، وعن المستقبل. ومن أجل تطوير نموذج "بيك Beck" في العلاج المعرفي. وضع "يونغ" (Young 1999) نموذج في العلاج التكاملية والذي سماه العلاج بالمخططات. واقترح مجموعة من المخططات سماها بالمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التي تمثل المستوى العميق من المعرفة وتعد من الأسباب الكامنة وراء ظهور أنماط الشخصية المرضية (تواتي، 2018، ص02)

فحسب "يونغ" (Young) وزملائه، فإن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تتكون من ذكريات، انفعالات، معارف، إحساسات جسدية. تتشكل خلال مرحلة الطفولة والمراهقة، تتعلق بالذات وبالعلاقة مع الآخرين، وهي اختلال وظيفي واضح (بن قويدر، 2012، ص02)

قد توجد مخططات معرفية لا تكيفية لدى جميع الأفراد باعتبارها معتقدات أساسية مهمة، توجد افتراضات الفرد المستقبلية حول الذات والعالم. حيث أن وجود مخططات معرفية لا تكيفية. يمكن أن يؤثر على استجابات سلوكية مستقبلية، والارتباطات بين الأفراد بحيث يزيد من احتمالية إصابة الفرد بالأمراض النفسية.

وتعتبر المخططات المعرفية اللاتكيفية معتقدات أساسية حول الذات والآخرين والعالم، وتتأثر بتجارب الطفولة المبكرة مع الوالدين. مما يجعل الأفراد أكثر عرضة للمشاكل النفسية. وبالتالي فإن من المتصور أن نتبع الكمالية وصورة الجسد زمنيا في حدوث المخططات المعرفية اللاتكيفية (عبد الله الشريفين، الرفاعي، 2024، ص03-08)

فمصطلح المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية (Maladaptive schemas EMS) هو مصطلح أساسي وجوهري في دراسة علم الأمراض النفسية والاضطرابات الشخصية، وصعوبات العلاقات البين الشخصية المرضية المزمنة. حيث تهتم هذه النظرية بالأفراد الذين يعانون من المشكلات النفسية

ذات طابع البين الشخصي التي تتصف بالغموض، واضطرابات الشخصية المعقدة. تلك المخططات (EMS) عبارة عن معتقدات وأفكار راسخة لدى الفرد لها صفة الثبات والاتساع والعمق. وتتعلق بنظرة الفرد بذاته وعلاقته بالآخرين. وبمجرد أن تكون تعمل للاستمرار، وتكون فاعلة ومؤثرة بشكل على تفاعل الفرد مع بيئته، وعلى عملياته الداخلية. ويمكن اعتبارها واحد من أهم العوامل المهيئة والكامنة وراء معظم المشكلات الصحية النفسية (عبد الودود عبد الحافظ، 2024، ص608)

وبالتالي تؤثر هذه المخططات على إدراك الفرد للعالم الخارجي وكلما ازداد تفعيلها ازدادت. وبالتالي لجوء الفرد إلى استخدام استراتيجيات التجنب والانسحاب. مما يؤدي إلى صعوبات في صحة الفرد النفسية، ويجعله عرضة للعديد من الاضطرابات كالقلق والاكتئاب، الفوبيا (رفعت، 2021، ص06)

وقد حدد يونغ (Young 1999) أربعة مصادر أساسية لتطوير البنى المعرفية اللاتكيفية في حياة الفرد هي: أولاً، إحباط الحاجات وما ينتج عنه من بنى معرفية لا تكيفية تتعلق بالحرمان العاطفي والهجر، ثانياً التعرض للصدمات التي تخلق منه ضحية وتنتج بنى معرفية لا تكيفية تتعلق بعدم الثقة والهشاشة والخزي والأذى. ثالثاً، الإفراط في تدليل الطفل وينتج بنى معرفية لا تكيفية ترتبط بالاعتمادية والشعور بعدم الكفاءة والاستحقاق والتعالي.. رابعاً، التدنيت الانتقائي أو التوحد مع أحد الوالدين كان يصبح الابن المسيء مسيئاً أو يعوض الحرمان بالمبالغة في رعاية غيره وزيادة متطلبات الحب لديه (سعد الشيخ، 2015، ص514)

وأن المخططات المختلة وظيفياً لدى الفرد يسهم في تكوينها عدة عوامل وهي: الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في الطفولة، فهذه الخبرات يمكن أن تؤدي إلى ظهور مشكلات فيما بعد في حياة الفرد، أي أن هذه الخبرات المؤلمة تؤثر على المخططات المعرفية للفرد مثلاً الطفل الذي عاش خبرات مؤلمة تتمثل في النقد المستمر والمعاملة الصارمة من والديه من قبل (أنت شخص ضعيف، أنت شخص فاشل، أنت شخص فضيع). كل هذه الخبرات غير السارة التي عاناها الطفل تجعل المخططات لديه تنمو على طول هذا الخط، وبالتالي ينظر إلى ذاته على أنه شخص ضعيف وإن بالآخرين لا يحبونه، ونجد فيما بعد أن هذا الشخص عندما يكبر قد يعاني صعوبات ومشكلات في حياته. وأن هذه المخططات قد تم معالجتها بطريقة خاطئة، وتأثير التعليم الاجتماعي (طه عبد العظيم، 2007، ص118)

وأشار "بيك" (Beck) إلى أن المخططات السلبية يبدأ تكوينها في سني الطفولة والمراهقة، حيث يتعلم الطفل أن ينمي ويكون بناءات معرفية من خبراته المبكرة مع أفراد آخرين يتعامل معهم ويمثلون أهمية كبيرة بالنسبة له (مثل الوالدين والأقران والمدرسين). وقد تؤدي خبرات معينة مثل (موت أحد الوالدين، والرفض المتكرر من الأقران، أو النقد اللاذع من المدرسين) إلى تكوين اتجاهات ومعتقدات سلبية، والتي تنتج فيما بعد سوء التوافق فمثلاً، قد ينمي الطفل المخطط التالي لا فائدة مما افعل، أو لن أكون مقبولا من الآخرين (خميس، 2023، ص98)

وبالتالي حسب "بيك Beck"، أن المخططات السلبية تتشكل في مرحلة الطفولة والمراهقة بسبب بعض التجارب ك وفاة أحد الوالدين أو الرفض المتكرر من قبل الأقران أو الانتقادات القاسية من المعلمين. وبالتالي ستؤثر على تفكيرنا وشعورنا وسلوكنا والنظرة للنفس والآخرين. وبهذا ستؤدي إلى مشاكل في العلاقات، وصعوبة في التكيف مع المواقف الجديدة التي يمكن أن تحدث. وهذه المخططات المعرفية تتغير وتتعدل من خلال احتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة. فإذا كانت مخططات الطفل تتمركز حول الأنشطة الحسية الحركية والتعامل المباشر مع المواقف والأحداث. فإن هذه المخططات تنمو وتتحوّل تدريجياً إلى عمليات تفكير عند الراشدين. ويرى "بياجي Piaget" أن المخططات تتغير وتتعدل عن طريق التنظيم والتكيف، فالتنظيم يشير إلى الاستعداد الفطري للكائن الحي على عمل تآزر وتكامل المخططات في البناء المعرفي داخل انساق أكثر تعقيداً، وذلك لتسهيل تكيف الطفل مع البيئة. أما التكيف فهو يتضمن عمليتين معرفيتين وهما المماثلة والموائمة. وتشير المماثلة إلى استخدام الفرد للأفكار القديمة لديه لفهم المواقف. فالفرد يغير من تراكيبه العقلية لمواجهة مطالب البيئة، أي أنها تعني تعديل وتغيير المخططات أو الأبنية المعرفية الداخلية للفرد (طه عبد العظيم، 2007، ص114)

وبالتالي من خلال هذه الفكرة يتبين أن المخططات هي بمثابة قوالب عقلية تشكل فهمنا للعالم. وهذه المخططات تتغير وتتعدل بالتفاعل مع البيئة. ففي الطفولة تركز على الأنشطة الحسية الحركية. لكن مع التقدم في العمر تتحول إلى عمليات تفكير أكثر تعقيداً. كما أنها أيضاً يمكن أن تتعدل عن طريق التنظيم أي دمجها في بنية معرفية أكثر شمولاً. أو بواسطة التكيف أي تغييرها لكي تتناسب مطالب البيئة. فلهذا نتعلم ونطور فهمنا للعالم من خلال تفاعلنا معه، وتكيف تفكيرنا حتى يتناسب مع التغيرات التي نمر بها.

نلاحظ أنه هناك العديد من الدراسات التي تركز على متغير المخططات المعرفية المبكرة الغي التكيفية، والتي تناولت جوانب مختلفة تتعلق به. وذلك لمعرفة مدى تأثيرها على هذه الجوانب من حياة الفرد. وهناك العديد من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع نجد:

دراسة **Seyed Ahmed** وزملائه التي أجريت عام (2020)، التي طبقت على عينة من (240) مريض مصاب بنقص المناعة البشرية (الايدز) في طهران. بعنوان: "العلاقة بين المخططات التكيفية المبكرة ونوعية الحياة وسلوكيات العناية الذاتية في عينة من الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، الدور الوسيط المحتمل لاستراتيجيات تنظيم العواطف المعرفية". حيث وجدت هذه الدراسة انه هناك علاقات عكسية مهمة بين جميع المجالات الخمسة للمخططات غير التكيفية المبكرة، واستراتيجيات التنظيم العاطفي المعرفي الايجابية وسلوكات العناية الذاتية وجودة الحياة. كما أنه أيضا كانت علاقات ايجابية مهمة بين جميع المجالات الخمسة للمخططات واستراتيجيات التنظيم العاطفي المعرفي السلبي (**Seyed Ahmed Seyed Alinaghi, Mehrzad Mohsseni.Pour, Elahe Aghaei, Fraiba.Zarani, Jalil.Fathabadi, Mona Mohammadi Firouzeh, 2023**)

كما أظهرت دراسة أخرى أجريت عام (2023) لـ **Ahmed Amiri Pijakelai** وآخرون. التي أجريت على عينة من (700) فرد إيراني. التي هدفت إلى التحقيق في العلاقات البنوية للسلوكات المتعلقة بصحة القلب في عموم السكان بناء على المخططات غير التكيفية المبكرة مع الدور الوسيط لتنظيم العواطف والرحمة الذاتية. فوجدت الدراسة أن المجالات التخطيطية للانفصال والرفض والحدود المعوقة والتوجه نحو الآخرين بشكل مباشر وغير مباشر. وكذلك مجالات اليقظة المفرطة والتثبيط أظهرت بشكل مباشر تأثيرا على السلوكيات المتعلقة بصحة القلب من خلال القمع، وإعادة التقييم والرحمة الذاتية $p<0.011$ ، $x^2=1678$ ، $NFI=0.92$ ، $CFI=0.94$ ، $IFI=0.94$ ، $SRMR=0.075$ ، $GFI=0.86$ ، $RMSEA=0.061$. وقد شكل النموذج النهائي 9.55 من تباين السلوكيات المتعلقة بصحة القلب... (Pijakelaei.A.A, Akbari.M, Shahram.M, Hasani.J, 2023)

وتشير هذه الدراسات أن معظمها أجريت بالطريقة الإحصائية أي عكس الدراسة الحالية. لكن على الرغم من ذلك إلا أنها تتناول نفس الموضوع (أي حول الأمراض بصفة عامة). حيث تشير إلى أن المخططات غير التكيفية المبكرة يمكن أن يكون لها تأثير كبير على تنظيمنا العاطفي وسلوكياتنا في

مجال العناية الذاتية ونوعية حياتنا بشكل عام، وعلاقة هذه المخططات بنتائج الصحة خاصة صحة القلب.

وتعتبر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة أنماط يكتسبها الطفل (الفرد) منذ الطفولة. وعندما تصبح هذه النماذج غير صحية (سلبية) ستؤثر على صورة الجسم بشكل كبير. وباعتبار أن هذا الموضوع يستحق المزيد من الاهتمام والبحث، لصلته المباشرة بالعديد من المجالات بما فيها الصحة النفسية، العلاقات وحتى النجاح المهني.

ونظرا لندرة وقلة الدراسات التي تناولت موضوعنا المتمثل في صورة الجسد والمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى المصابين بالشلل النصفي. وهذا ما كون لدينا دافع قوي لاختياره، وتبنيه كموضوع مذكرة تخرج. وذلك لمعرفة ما إذا كان هناك نوع من المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التي يكتسبها الفرد منذ الطفولة تؤثر على نظرتة لصورة جسمه. لان هذه المخططات تعتبر عاملا رئيسيا في تشكيل صورة الجسد لدى المصابين بالشلل النصفي. بحيث أنها تؤثر على كيفية إدراكهم، وتقييمهم لجسمهم. فمثلا شخص مصاب بالشلل النصفي يعاني مخطط "عدم كفاية". فقد يرى جسده كدليل على "عدم كفاءته أو فشله". أي انه يفسر إعاقته على انه هو شخص غير قادر على تحقيق النجاح أو العيش حياة طبيعية. وقد يتكون هذا المخطط في مرحلة مبكرة من حياته (منذ الطفولة). سوءا بسبب تجارب سلبية مر بها أو رسائل سلبية تلقاها من الآخرين. مما يؤدي به إلى تكوين مشاعر سلبية تجاه جسده. كالشعور بالعار مثلا أو الغضب. بهذا يمكن أن يكون نظرة سلبية لجسده، فيتجنب النظر إليه في المرأة أو تجنب ارتداء ملابس كاشفة.

لذا هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا هناك نوع من المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التي يكتسبها الفرد منذ الطفولة تؤثر على صورة الجسد لدى المصابين بالشلل النصفي، وذلك من خلال الإجابة على سلسلة من الأسئلة التالية:

- هل الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي ايجابية أم سلبية؟
- ما هو المخطط الأكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي؟
- ما مستوى تأثير المخطط الواحد على المرضى المصابين بالشلل النصفي؟
- ما مستوى تأثير المخططات ككل على المرضى المصابين بالشلل النصفي؟

2. فرضيات الدراسة:

- الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي سلبية.
- توجد مخططات أكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي.
- تؤثر المخططات الواحدة على المرضى المصابين بالشلل النصفي.
- تؤثر المخططات ككل على المرضى المصابين بالشلل النصفي.

3. أهداف الدراسة:

- الكشف عن الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي.
- الكشف على المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة الأكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي.
- التعرف على مستويات تأثير المخطط الواحد على المصابين بالشلل النصفي.
- التعرف على مستوى تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على المرضى المصابين بالشلل النصفي.

4. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في فهم كيفية تأثير الشلل النصفي على صورة الجسد والمخططات المبكرة الغير المتكيفة لدى الأفراد. فالشخص المصاب بالشلل النصفي غالبا ما يعاني من صورة جسد غير صحيحة، مما يؤدي إلى تطوير مخططات معرفية سلبية تؤثر على تقديره لذاته وسلوكه اليومي. ومن خلال دراسة هذه الظواهر، يمكننا تحسين استراتيجيات العلاج، والدعم النفسي للأشخاص الذين يعانون من هذه الحالة. مما يساعدهم على إعادة بناء صورة جسدية ايجابية عن أنفسهم، وتعزيز جودة حياتهم.

أ. الأهمية النظرية:

- لا توجد في حدود علمنا دراسات تناولت متغيري المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة وصورة الجسد لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي. فنجد أن تغير صورة الجسد كمكون أساسي في شخصية الفرد. فكلما كانت ايجابية تحقق السواء وكلما كانت سلبية ومضطربة يكون عدم الرضا.
- تسليط الضوء على المعاناة التي يعانيها المصابين بالشلل النصفي من الناحية النفسية والاجتماعية والاقتصادية.
- تقديم رصيد إضافي للمعرفة العلمية.

– إثراء المكتبة العلمية لمثل هذه الدراسات.

ب. الأهمية التطبيقية:

- التعرف على المعتقدات والأفكار السلبية والإيجابية لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي.
- لفت الانتباه لهذه الفئة من المجتمع.
- معرفة مدى تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة على صورة الجسد لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي.
- قد تساعد هذه النتائج المختصين خاصة النفسانيين في وضع برامج علاجية لهذه الفئة تعتمد على علاج المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

ت. أسباب اختيار الموضوع:

• أسباب موضوعية:

- لنقص الأبحاث التي ركزت على هذا الموضوع.
- لأهمية فهم الصحة النفسية لدى المصابين بالشلل النصفي.
- لكونه موضوع مثير للاهتمام وهام.
- قابلية البحث من الناحية النظرية والميدانية.

• أسباب ذاتية:

- لرغبتنا الشخصية في فهم المزيد عن التحديات التي يواجهها المصاب بالشلل النصفي.
- للتعرف على التحديات والمعتقدات التي تواجههم.
- لسبب الفضول الفكري لدينا في اكتشاف المزيد عن العقل البشري وكيفية تفاعله مع الجسم.

6. تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة:

يتم التطرق في هذه الدراسة إلى ثلاثة مفاهيم أساسية وهي: المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، وصورة الجسد، الشلل النصفي.

1.6. صورة الجسد: هي الطريقة التي ينظر بها الأشخاص إلى جسدكم، بما في ذلك أفكار ومشاعر وسلوكياته تجاهه. والتي يمكن أن تكون نظرة ايجابية أو سلبية.

وفي الدراسة الحالية هي مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المصابين بالشلل النصفي في مقياس صورة الجسد.

2.6. المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة: Les Schémas Cognitive Précoces Inadaptées

هي مجموعة من سلوكيات وأنماط تفكير سلبية وتوقعات سلبية عن النفس والعالم والآخرين تتشكل في مرحلة الطفولة المبكرة.

وفي الدراسة الحالية هي الدرجة التي يتحصل عليها المصابين بالشلل النصفي في مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة "الجيفري يونغ".

3.6. الشلل النصفي: الشلل النصفي هو حالة طبية تؤثر على جانب واحد من الجسم، أي ضعف في جانب واحد، عادة بسبب تلف في الدماغ أو في النخاع الشوكي. مما يؤدي إلى شلل في الأطراف والوجه.

7. الدراسات السابقة:

❖ الدراسات السابقة التي تناولت صورة الجسد:

➤ الدراسات المحلية:

✓ دراسة Madi Amazigh (2021)

عنوان الدراسة: "صورة الجسم لدى مرضى السكري المبتورين". وقد هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء بان صورة الجسد لدى المبتورين المصابين بمرض السكري سيئة بشكل عام. وقد تكونت العينة من (04) أشخاص بالغين بين الرجل والمرأة، تتراوح أعمارهم بين 49-60 سنة، متزوجين. بحيث كان مستوى البتر في الركبة اليسرى واليمنى، أصبع القدم اليمنى بدون تركيبات صناعية. بحيث بلغت مدة البتر من (08) أشهر إلى (03) سنوات. وقد اعتمد الباحث هنا على المقابلة التقنية الشبه الموجهة والاختبار الاسقاطي الروشاخ (Rorschach)، في المؤسسة الاستشفائية (CHU) خليل عمران بجاية، في عيادة مرضى السكري. وقد أسفرت النتائج أن صورة الجسم لدى مبتوري الأطراف المصابين بمرض السكري، هو بناء معقد وان إجراءات تحليل العوامل هي أدوات قوية محتملة لتوضيح جودة وخصائص صورة الجسم. وتشير أيضا إلى أن حجم الجسم مهم ليس فقط فيما يتعلق بالوزن والجاذبية، بل وأيضا فيما يتعلق بمفهوم الذات والراحة الاجتماعية. وأن حجم الجسم هو عامل في عينة غير سريرية من النساء

والرجال. وقد يتأثر ذلك سلبا للتقييم الذاتي للصفات الجسدية وخاصة غير الجسدية (Madi.A, 2021,) (p.96-108)

✓ دراسة (Fares Bougan Doura, Salim Zabar (2021):

عنوان الدراسة: "صورة الجسم المعوقة وممارسة الرياضة وإعادة تنظيم الهوية". والتي حاولت منها الباحثون التعرف على مشكلة صورة الجسم لدى الرياضيين ذوي الإعاقة الجسدية، وعلاقة هذه الممارسة بإعادة بناء الهوية. وقد تكونت العينة من (03) أشخاص مصابين بالقصور الحركي في الأطراف السفلية من الجسم. ويختلف سبب الإعاقة من شخص لآخر (مرض أو حادث). حيث أن مستوى أعمارهم (30) سنة، ونشاطهم البدني هو كرة السلة على كرسي متحرك، يمارسونها (05) سنوات متتالية. وقد اعتمد الباحثين على التيار التحليلي النفسي، واستخدام مقياس صورة الجسم (Schweitzer, 1990). وقد أثبتت النتائج انه هناك تغييرا حقيقيا في اللياقة البدنية بسبب ممارسة الرياضة التنافسية لأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة (Bougendoura, Zaaban, 2021,) (p.693)

➤ الدراسات العربية:

✓ دراسة نورية عمر قريط (2017):

عنوان الدراسة: "قلق المستقبل وتقدير الذات وعلاقتها بصورة الجسم لدى مبتوري الأطراف بعد الثورة 17" فبراير، بمدينة مصراتة. بلغت عينة الدراسة (178) فردا من مبتوري الأطراف المنتسبون بجمعية أبطال ليبيا لفاقي الأطراف بمدينة مصراتة. وذلك بتطبيق مقياس قلق المستقبل، ومقياس صورة الجسم (من إعداد وفاء القاضي 2009)، ومقياس تقدي الذات (من إعداد كوبر سميث، ترجمة للعربية علاء كفاي، وجابر عبد الحميد جابر 1987). وقد اتبعت الباحثة خطوات البحث الامبريقي المبني على الملاحظة والقياس. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الثلاثة قلق المستقبل وتقدير الذات، وصورة الجسم عند مستوى (0.001). كما أن لصورة الجسم إسهام في تقدير الذات وقلق المستقبل عند مستوى (0.001). وأن هناك فروق دالة إحصائية على مقاييس البحث الثلاثة وفق متغير نوع البتر، جاءت لصالح من بترت أيديهم. وجاءت الفروق لصالح المهن العليا على مقياس

صورة الجسم وفق لمتغير نوع العمل، ولصالح العسكريين على مقياسي قلق المستقبل وتقدير الذات لصالح المرملين وفق لمتغير الحالة الاجتماعية على المقاييس الثلاثة (نورية عمر قزيط، 2017)

✓ دراسة أنور العبادسة، باسل الخضري، هاني الغمري (2018):

عنوان الدراسة: "صورة الجسم والفاعلية الشخصية والتوافق النفسي لذوي الطرف البديل". حيث تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين صورة الجسم والفاعلية الشخصية والتوافق النفسي لذوي الطرف البديل. وقد اعتمد الباحثين هنا على المنهج الوصفي التحليلي. الذي طبق على عينة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلة البتر ويستخدمون طرفا بديلا عددهم (40) فردا في قطاع الجسم (إعداد مسرة الشاعر)، ومقياس التوافق النفسي (إعداد علي الديب). وقد أسفرت النتائج انه هناك علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من صورة الجسم والفاعلية الشخصية، ووجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والتوافق النفسي لدى الأفراد المبتورين. وكذلك وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الفاعلية الشخصية والتوافق النفسي، وفروق في صورة الجسم يعزى للمستوى الاقتصادي. وأيضا وجود علاقة تنبؤية في متغيرات (صورة الجسم، الفاعلية الشخصية) على المتغير التابع (التوافق الزواجي)، وكذلك وجود علاقة طردية بين كلا من متغير صورة الجسم، الفاعلية الشخصية مع متغير التوافق النفسي. كما يتضح أيضا أن المتغيرات المستقلة (صورة الجسم والفاعلية الشخصية) مجتمعة تفسر (9%)، وهذه النسبة مرتفعة تشير إلى حجم اثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع (التوافق النفسي). والباقي يرجع لعوامل أخرى لدى الفئة المستهدفة (العبادسة، الخضري، الغمري، 2018)

✓ دراسة لولوة صالح الرشيد (2019):

عنوان الدراسة: "اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالشعور بالاكتئاب لدى عينة من مضي السكري". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والشعور بالاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري. وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي. الذي طبق على عينة من (96) مريض بالسكري بمستشفى الملك فهد (السعودية) التخصصي ببريدة بالقصيم، بواقع (46 ذكور و50 إناث). وذلك بتطبيق مقياس اضطراب صورة الجسم (من إعداد مجدي الدوسقي)، وقائمة تشخيص الاكتئاب (من إعداد زيمرمان وآخرون). وقد أسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب

صورة الجسم وبين الشعور بالاكتئاب. وأن الإناث أكثر اضطراباً من الذكور. كما أظهرت أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة (ذكور، إناث)، من مرضى السكري على مقياس اضطراب صورة الجسم وقائمة الاكتئاب. والذي يرجع بدوره لاختلاف العمر بين أفراد عينة الدراسة... (صالح الرشيد، 2019)

✓ دراسة مى حسن على عبده (2019):

عنوان الدراسة: "صورة الجسم لدى مرضى البهاق وعلاقتها بالصلابة النفسية". هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن علاقة صورة الجسم لدى مرضى البهاق بالصلابة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، على عينة قوامها (101) مريض بالبهاق من الجنسين، تتراوح أعمارهم بين (14-60) عاماً، من ذوي التعليم المتوسط، والأقل من المتوسط (إعدادي)، والمتوسط الاقتصادي المنخفض والمتوسط، من المتزوجين والغير المتزوجين. ويعانون من البهاق في أماكن ظاهرة وخفية مدة تمتد بين (أقل من 5 سنوات أو أكثر). بحيث طبق عليهم مقياس صورة الجسم لدى مرضى البهاق ومقياس الصلابة النفسية. وقد أظهرت النتائج أن معظم مرضى البهاق لديهم مستوى متوسط من الرضا عن صورة الجسم. كما وجدت علاقة ارتباطية دالة وموجبة بين صورة الجسم لدى مرضى البهاق والصلابة النفسية. ولم تظهر فروق دالة إحصائية في صورة الجسم باختلاف المتغيرات الديموغرافية عدا المستوى الاقتصادي ومدة الإصابة بالبهاق في اتجاه المستوى الاقتصادي المتوسط ومدة الإصابة أقل من خمس سنوات. كما تبين وجود فروق دالة في الصلابة النفسية باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية في اتجاه الذكور والمستوى التعليمي المتوسط والمتزوجين والمستوى الاقتصادي المتوسط. في حين لم توجد فروق دالة باختلاف المرحلة العمرية ومكان ومدة الإصابة بالبهاق. كما تبين وجود قدرة تنبؤية دالة للصلابة النفسية بصورة الجسم لدى مرضى البهاق. وكانت الدراسة في مستشفى القاهرة للأمراض الجلدية والتناسلية (مى حسن علي عبده، 2019)

✓ دراسة فائد محمد اسناف (2021):

عنوان الدراسة: "تقدير صورة الجسد وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى مريضات السرطان في محافظة رام الله والبيرة". هدفت الدراسة الحالية للتعرف على مستوى تقدير صورة الجسد وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى مريضات السرطان. وتقصى الفروق في مستويات كل من صورة الجسد والصلابة

تبعاً لمتغيرات العمر - الحالة الاجتماعية - المؤهل العلمي. وقد تم استخدام المنهج الارتباطي الوصفي، على عينة تقدر ب: (89) من مريضات السرطان. وبتطبيق أدوات الدراسة التالية: مقياس صورة الجسد ومقياس الصلابة النفسية. وبينت النتائج أن مستوى تقدير صورة الجسد كان مرتفعاً، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير صورة الجسد تبعاً لمتغير: العمر، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي. بينما كانت الفروق دالة إحصائية في الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الحياة الاجتماعية لصالح المرأة (المتزوجة)، ووجود علاقة ارتباط بين المتغيرين لدى مريضات السرطان، وجاءت العلاقة طردية (إسناف، 2021)

✓ دراسة محمد إبراهيم الدسوقي، رشا محمد فايز، فاطمة محمد علي عبد العال (2023):

عنوان الدراسة: "وصمة الذات وعلاقتها بأبعاد صورة الجسم لدى عينة من مريضات السرطان". هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أبعاد صورة الجسم وعلاقتها بوصمة الذات لدى عينة من مريضات سرطان الثدي بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين صورة الجسم ووصمة الذات. أجريت على عينة من (80) مريضة من مريضات السرطان الثدي. تم التقيد بالمنهج الوصفي الارتباطي. بتطبيق مقياس صورة الجسم (إعداد الباحثون)، ومقياس وصمة الذات (إعداد الباحثون). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط موجب ذو دلالة إحصائية بين الرضا عن الثدي ووصمة الذات. ووجود ارتباط موجب ذو دلالة إحصائية بين الرضا عن صورة الجسم (المظهر)، والجاذبية ووصمة الذات. ووجود ارتباط موجب ذو دلالة إحصائية بين العلاقات الاجتماعية ووصمة الذات. ووجود ارتباط موجب ذو دلالة إحصائية بين مخاوف من الإصابة ووصمة الذات، وعدم وجود ارتباط دال إحصائي بين المخاوف من شكل الجسم، ووصمة الذات (الدسوقي، محمد فايز، محمد علي عبد العال، 2023)

➤ دراسات أجنبية:

✓ دراسة Ariane Plamondon (2020):

عنوان الدراسة: "تأثير البيئة العائلية للمرأة على صورتها الجسدية وسلوكياتها الغذائية". وقد هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من تأثير الضغط والقبول الجسدي القادم من محيط المرأة على صورة جسدها وسلوكياتها الغذائية. ويتضمن محيط المرأة على الأب، الأم، الشريك العاطفي. وقد أجريت هذه الدراسة على (320) امرأة تتراوح أعمارهم بين 20-52 سنة. وذلك بتطبيق مجموعة من الاستبيانات التي تتعلق بتقدير الذات الجسدي، عدم الرضا الجسدي، الهوس بالانحافة، أعراض الشره، التغذية الحدسية،

إدراك القبول الجسدي. بالإضافة إلى الضغط الجسدي من مختلف المقربين. وقد كانت النتائج كما يلي: الضغط الجسدي القادم من الأب له تأثير كبير على جميع المتغيرات المدروسة. بينما يتنبأ قبول الأب الجسدي بتقدير الذات لدى المرأة فيما يتعلق الشريك العاطفي. فان قبوله الجسدي يعد مؤشرا ايجابيا لتقدير الذات، وسلبيا لعدم الرضا الجسدي. بينا يعد ضغطه الجسدي مؤشرا ايجابيا للهوس بالنعافة. ومع ذلك فان الضغط والقبول الجسدي القادم من الأم ليس مؤشرين لأي متغير (Plamondon, 2020)

✓ دراسة Emilie Richard (2022):

عنوان الدراسة: "تأثير بتر احد الأطراف السفلية أو كليهما على تقدير المرضى لذواتهم وصورة أجسادهم مقارنة بما يلاحظ لدى الأفراد الغير المبتورين". وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد تأثير بتر احد الأطراف السفلية أو كليهما على صورة الجسم واحترام الذات لدى المرضى مقارنة بما يلاحظ لدى الأفراد الغير المبتورين. وقد تكونت العينة من (542) فرد (268 مبتوري الأطراف السفلية و 274 غير مبتوري الأطراف السفلية). بتطبيق مقياس صورة الجسم المبتور (ABIS)، ومقياس (Rosenberg) لتقدير الذات، وتحليل جودة مراجعتهم باستخدام شبكة (Amstar). وقد بينت النتائج أن إدراك صورة الجسم لدى المرضى الذين يعانون من إعاقات ذهنية يمكن أن ينبئ بظهور مشاكل الصحة العقلية، وأيضا وجود علاقة ايجابية بين النشاط البدني وصورة الجسم (Richard, 2022, p.47-48)

✓ دراسة Lobuono.V, Bonanno.L, Carallo.F, Gardile.D, D'Aleo.G, Rifici.C,

: (2023) Sessa.E, et autre

عنوان الدراسة: "العلاقة بين صورة الجسم والإعاقة والصحة النفسية لدى مرضى التصلب المتعدد". وقد هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق في العلاقة بين تصور صورة الجسم وارتباطها بالإعاقة والأعراض العصبية النفسية وتقدير الذات. أجريت الدراسة على (100) مريض خارجي مصاب بالتصلب المتعدد (26 رجل، 74 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين 18-67 سنة. في مركز "بوينو بوليغو Boninno-Pulijo " للأبحاث العصبية في "ميسينا Messine"، في ايطاليا. وقد اعتمد الباحثون هنا على مقياس حالة الإعاقة، ومقياس صورة الجسم (BIS)، ومقياس تقدير الذات "لروزنبرغ" (Rosenberg)، وقائمة الأعراض أيضا (Scl-90-R). وقد أسفرت النتائج انه هناك ارتباط ايجابي كبير بين صورة الجسم والإعاقة ($P = 0.03$, $r = 0.21$) وصورة الجسم والتحويل الجسدي ($P < 0.05$)

(0.001, $r = 0.44$)، وصورة الجسم والاكتئاب ($P < 0.001$, $r = 0.57$)، وصورة الجسم والقلق (P) Lobuono.V, Bonanno.L, Carallo.F, Gardile.D, D'Aleo.G,) (< 0.001 , $r = 0.5$) (Rifici.C, Sessa.E et autre, 2023)

✓ دراسة Mélissa Delalande (2023):

عنوان الدراسة: "تأثير فئات مؤشر كتلة الجسم (IMC) على صورة الجسم السلبية والإيجابية لدى النساء". حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد تأثيرات مؤشر كتلة الجسم بشكل أكثر دقة على الصورة الجسدية من خلال دراسة تأثيرات الفئات المختلفة من (IMC)، على الصورة الجسدية السلبية والإيجابية. بحيث تركز هذه الدراسة على النساء اللواتي يتأثرن أكثر بعدم الرضا عن أجسادهن والمضاعفات التي قد تترتب على ذلك، خاصة عندما يكونون في حالة السمنة، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة تبلغ 505 امرأة، اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 19-78 سنة. وقد استعانت الباحثة بأدوات الدراسة التالية: استبيان عبر الإنترنت، وقد تم تنسيق الاستبيان باستخدام برنامج "Linesurvey". إضافة إلى ذلك ملئ استمارة موافقة مستتيرة. وقد أسفرت النتائج كما يلي: انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عدم الرضا عن الجسم، وتقدير الجسم بين النساء اللواتي يعانين من السمنة من الدرجة الأولى والثانية والثالثة. إما فيما يتعلق الصورة الجسدية الايجابية والسلبية، يبدو أنه لا حاجة لتكييف الرعاية وفقا لدرجة السمنة (Mélissa Delaland, 2023)

❖ الدراسات السابقة التي تناولت المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

➤ الدراسات المحلية:

✓ دراسة يمينة مدوري Yamina Medouri (2022):

عنوان الدراسة: "المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لدى مريضات سرطان الثدي". هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة السائدة لدى مريضات سرطان الثدي بمستشفى مدينة خنشلة. حيث أجريت الدراسة على عينة من 22 مصابة بسرطان الثدي، حيث تم اختيارها بطريقة قصدية. بالاعتماد على مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة. وقد أسفرت النتائج على ما يلي: تتمثل المخططات التي تؤثر بشكل أساسي في تنظيم شخصية المصابات بسرطان الثدي في كل من : مخطط الإهمال أو التخلي (68.5%)، مخطط المراقبة الانفعالية

(75%)، ومخطط الخضوع (68.75%). أما المخططات المهمة لدى المصابات بسرطان الثدي فبرزت في كل من: مخطط الانطواء الاجتماعي (81.25%)، ومخطط الهشاشة (62.5%)... (Medouri, 2022)

✓ دراسة عبد الحفيظ معوشه (2023):

عنوان الدراسة: "المخططات المعرفية غير التكيفية عند مرضى السرطان". هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن مجموعة من المخططات المعرفية الغير التكيفية الأكثر تأثيراً، وبروزاً لدى الأفراد المصابين بمرض السرطان. اعتمد الباحثون هنا على المنهج الوصفي، وقد طبقت الدراسة على عينة من (59) فرد يعانون من مرض السرطان (8 ذكور و51 إناث). وقد تم استخدام مقياس جيفري يونغ للمخططات المعرفية الغير المتكيفة المختصر في صيغته الجديدة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى: وجود اختلاف في مستويات تأثير كل مخطط غير تكيفي عند مرضى السرطان، المخططات الثلاث الأكثر نشاطاً لدى هؤلاء الأشخاص هي: مخطط التضحية، الحقوق الشخصية المتطلبة والمفرطة في المرتبة (02)، مخطط الشعور بالتخلي والإهمال/ عدم الاستقرار في المرتبة (03).

كذلك أسفرت النتائج إلى انه لا توجد فروق دالة إحصائية في المخططات المعرفية الغير المتكيفة، من حيث استعمالها من المصابين بالسرطان تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث. إلا مخطط المثاليات المتطلبة والنقد المفرط. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث (عبد الحفيظ معوشه، 2023)

✓ دراسة بروبي نجاة (2024):

عنوان الدراسة: "فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط لجيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي". وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف على مدى فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط لجيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي. كما تهدف أيضاً إلى تطبيق برنامج علاجي معرفي/ سلوكي، أكثر حداثة والتعرف على الحاجات النفسية الغير المشبعة التي تشكل المخططات اللاتوافقية. وتعليم المرضى استراتيجيات مواجهة فعالة للضغوط النفسية مع تنمية وعيهم بمرضهم. حيث أجريت هذه الدراسة على عينة من (02) شابات مصابات بالقولون العصبي المصحوب بأعراض الضغط النفسي. بحيث تتناولان أدوية لتخفيف أعراض (IBS) مثل (Xifaxan-

(Sulpiride- Lartronex)، تحت إشراف أطباء يتراوح أعمارهم من (28- 38 سنة). وقد تبنت الباحثة هنا المنهج الشبه التجريبي. وذلك باستخدام المقابلة العيادية النصف الموجهة، والاعتماد على التقارير الطبية، والتحليل الوظيفي (شبكة سیکا Secca)، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5). وبرنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط "لجيفري يونغ" مع تطبيق مقياسي الضغط النفسي (لوفونستان)، ومقياس المخططات المعرفية لجيفري يونغ. وذلك لغرض إجراء قياس بعدي وقبل، وآخر تتبعي. وقد أظهرت النتائج أن تقنيات العلاج بالمخططات "ليونغ"، قد عملت على خفض نشاط المخططات غير المكيفة لدى الحالتين، وصحب ذلك انخفاضاً واضحاً على مستوى الضغط النفسي، مع تراجع معتبر للأعراض المؤلمة والنوبات المتكررة لمرض القولون العصبي. مع تحسين الادعاءات الوظيفية، وارتفاع القدرة على التكيف مع الوضعيات الضاغطة. وبالتالي تبع انخفاض في نشاط المخططات، وانخفاض أعراض (IBS)، وتحسن الادعاءات الوظيفية (بوروي، 2024)

➤ الدراسات العربية:

✓ دراسة (Zhila Zeighami, Leil Azarvash Reza Kazemi (2017):

عنوان الدراسة: "مقارنة المخططات غير التكيفية المبكرة لدى مرضى القلب والأفراد الأصحاء".
حيث هدفت الدراسة الحالية إلى احتمال أو إمكانية وجود علاقات سببية بين المتغيرات. وقد تكونت عينة الدراسة من (60) فرداً (30 فرد مصاب بأمراض القلب و30 فرد سليم من زوار عيادة الأطباء المتخصصين) في مستشفى الإمام الخميني في مدينة "أردبيل". باستخدام استبيان أساليب التعامل (للازاروس وفوليمان 1985)، واستبيان يونغ للمخططات غير التكيفية المبكرة (YSQ-SP). بالاعتماد على منهج الإحصاء الوصفي والاستدلالي (باستخدام الانحراف المعياري والمتوسط...). وكذلك تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA)، وقد تم اختيار العينة بشكل عشوائي. وتشير نتائج البيانات أن المرضى المصابين بأمراض القلب منذ المخططات المبكرة غير التكيفية يعانون من الحرمان العاطفي والتعرض للأذى أو المرض، والاعتماد على الذات وعدم الكفاءة وضبط النفس، وعدم كفاية أمراض القلب مقارنة بالأشخاص الأصحاء. وحسب النتائج تبين أن المخطط غير التكيفي للحرمان العاطفي يختلف بشكل كبير عن مكونات العرض، الاستقرار وعدم الثقة وسوء السلوك، العزلة الاجتماعية، والاغتراب والنقص، العار ذات دلالة إحصائية وتوسط أمراض القلب في هذه المخططات أكثر من الأصحاء. وكذلك وجود فروق بين مخططات التعرض للخسارة والمرض، والافتقار إلى التنمية الذاتية والنضال

والفشل لدى مرضى القلب بالأصحاء (Zeighami.Z, Azarvash Reza Kazemi.L, 2017, P.43-44-49)

✓ دراسة Fazlolah Mirdrikvand, Mohammed Ali Sepahvandi Siamak
Khodarahimi, Sinin Gholamrezaei, Mojtaba Rahmian Bougar, Pejman
: (2019) Shafikhani

عنوان الدراسة: "المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى الأفراد المصابين بداء السكري من النوع الثاني (02) وغير المصابين به". وتهدف هذه الدراسة إلى استكشاف المخططات المبكرة غير المتكيفة (EMSS) لدى الأفراد المصابين بداء السكري من النوع الثاني وغير المصابين به، وفحص الأدوار الوسيطة المحتملة للجنس ومستوى التعليم والمهنة. وتكونت العينة من (371) مشاركاً بالغاً (120 مريض مصاب بالسكري و251 فرداً غير مصابين بالسكري)، من مدينة شيراز (Shiraz city, Fares Province)، محافظة فارس، إيران، (96 إناث مصابات بالسكري و 24 ذكور مصابين، 103 إناث غير مصابات، و 148 ذكور غير مصابين بالسكري). يتراوح متوسط الأعمار والانحراف المعياري للأفراد المصابين وغير المصابين به 51.44 (SD= 6.05)، و 48.4 (SD= 5.14) على التوالي. وكان جميع المشاركين مسلمين، وكانوا تقريباً كلهم ذات مستوى تعليمي (شهادة مهنية- ماجستير- دكتوراه- شهادة بكالوريا...). وقد تم اختيار العينة بطريقة مقصودة غير عشوائية بين البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 30 سنة من العيادات الخارجية في مدينة "شيراز" (Shiraz). وقد تم استخدام استبيان مخططات الشباب (النموذج القصير YSQ-SF) لتقييم المخططات المبكرة غير المتكيفة. وقد أظهرت النتائج أن المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني حصلوا على درجات أعلى بشكل ملحوظ من المجموعة الضابطة في عدد من المخططات كالتخلي والفشل والضعف، التداخل والتضحية بالنفس، الاستحقاق ونقص السيطرة على الذات. بالإضافة إلى مجالات المخططات المفرطة لليقظة والكبت مع ذلك لم تدعم النتائج أدواراً للجنس ومستوى التعليم والمهنة على أي من المخططات أو مجالات المخططات (Mirdrikvand.F, Sepahvandi.M.A, Khodarahimi.S, Bougar.M.R,) (Shafikhani, 2019, p.152-153)

✓ دراسة Hoda Ktebi, Maryam Kalhornia Golkar, Rababeh Ataefar (2021):

عنوان الدراسة: "التنبؤ بجودة الحياة بناءاً على المخططات المبكرة غير المتكيفة وسمات الشخصية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي". حيث هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على جودة الحياة بناءاً على المخططات المبكرة غير التكيفية وسمات الشخصية لدى المصابات بسرطان الثدي. وقد شملت العينة (240) امرأة مصابة بسرطان الثدي تم تحويلهن إلى مستشفى "جام" في طهران، إيران (Jam in Tehran) عام 2019. وتم اختيار 144 فرداً منهن باستخدام تقنية أخذ العينات الملائمة. بحث تتراوح أعمارهن من 40 - 55 سنة، و (02) لا يعانين من أي أمراض أخرى غير سرطان الثدي (مثل مرض السكري، أو أمراض الغدة الدرقية أو التهابات الكلى، أو أمراض القلب والأوعية الدموية). و(03) حالات لا يستخدمن أدوية نفسية أو أدوية تتعلق بالأمراض المذكورة أعلاه، و(04) في المرحلة الأولى من المرض ويخضعن لعلاج استئصال الورم. شملت معايير استبعاد النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي دون سن 45 سنة أو فوق 55 سنة، و(02) حالات يعانين من أمراض (مثل مرض السكري، أمراض الغدة الدرقية أو التهابات الكلى، و أمراض القلب أو الأوعية الدموية)، و (03) لا يستخدمن أدوية مضادة للذهان أو أدوية تتعلق بالأمراض المذكورة. و(04) حالات في مرحلة متقدمة من المرض ويخضعن لعلاج استئصال الثدي. وقد اعتمد الباحثون هنا على المنهج الوصفي الارتباطي. مع استخدام استبيان جودة الحياة، واستبيان مخطط "يونغ Young" قصير النموذج، وكذلك استبيان المخططات غير الفعالة المبكرة. وتم تحليل البيانات باستخدام معامل ارتباط "بيرسون"، والانحدار الخطي باستخدام برنامج (SPSS). وقد أظهرت النتائج أن نوعية الحياة تلعب دوراً تنبؤياً بناءاً على المخططات المبكرة غير المتكيفة وسمات الشخصية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ($P < 0.001$). كما أشارت أيضاً نتائج معامل الانحدار إلى نوعية الحياة يمكن أن تتنبأ بالموافقة ($B = 0.38$)، والعزلة الاجتماعية/ التفرغ ($B = 0.22$)، والضيق ($B = -0.26$)، والمتعة ($B = 0.26$)، والطاعة ($B = 0.17$). لذلك توصلوا في هذه الدراسة إلى أن نوعية الحياة تلعب دوراً تنبؤياً بناءاً على المخططات المبكرة غير المتكيفة وسمات الشخصية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي (Katebi.H, 2021, p.15-17).

(Kalhornia.M.G, Ataefar.R, 2021, p.15-17)

✓ دراسة Amin Sayyadi, Mohammad Mehdi Malek Saabet, Mohammad Hossein Gozashti (2023):

عنوان الدراسة: "العلاقة بين المخططات المبكرة غير التكيفية والتحكم في نسبة السكر في الدم لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني". وقد هدفت هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين المخططات المبكرة غير التكيفية والتحكم في نسبة السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني. وقد بلغت عينة الدراسة 150 مريض مصاب بالسكري نمط (02)، بحيث تتراوح أعمارهم بين 35-50 سنة، والقدرة على القراءة والكتابة. وكانت معايير الاستبعاد هي وجود اضطرابات نفسية شديدة، ووفاة قريب من الدرجة الأولى في الأشهر الستة الماضية، والإصابة بأمراض مصاحبة ذات صلة بما في ذلك الأورام الخبيثة، أو اضطراب المناعة الذاتية، أو مرض الغدة الدرقية. وقد تم الاستعانة باستبيان البيانات الديموغرافية، واستبيان "يونغ" للمخططات المبكرة غير المتكيفة (YSQ-S2) في إيران. وقد أظهرت النتائج أن أعلى وأدنى الدرجات للتضحية بالنفس ($19.09 \neq 4.64$) والعيب والخلل (45). 8.724) على التوالي. وقد كشفت أيضا أن غالبية المرض لديهم سيطرة جيدة على نسبة السكر في الدم (109 مشارك 72.7%). وكانت الفئة العمرية ذات أعلى وأدنى متوسط هي 20 سنة و 21-40 سنة على التوالي. كما انه أيضا قد كان لدى المرضى الغير المتزوجين درجات أعلى في مقياس (EMS) للمخططات مقارنة بالمتزوجين (22433.65 مقابل $191.8 \neq 4.58$). وكانت أعلى وأدنى درجات حالة الطوارئ الطبية للمرضى الذين حصلوا على درجة الدبلوم والدكتوراه على التوالي: كلما ارتفع مستوى التعليم قلت درجة خدمات الطوارئ الطبية ولم يكن لأي من التغيرات الديموغرافية أي تأثير كبير على درجات خدمات الطوارئ الطبية، ولم يكن لأي متغير ديموغرافي أي تأثير كبير على التحكم في نسبة السكر في الدم. وقد كانت لدى الرجال والنساء نسب عالية من التحكم في نسبة السكر في الدم. لكن كانت النسبة الأعلى للرجال 180.4 مقابل 68.7%. وبالتالي هناك نسب عالية من التحكم الجيد في نسبة السكر في الدم. وكانت النسبة الأعلى لدى المرضى الأصغر سنا (Sayyadi.A,)

(Maleksabet.M.M, Gozashti.M.H, 2023, p.1-3)

✓ دراسة Fatemeh Golnezhad-Monfared, Farahnaz Meschi, Mohsen Mansoubifar, Robabeh Ataeifar, Sheida Sodagar (2023):

عنوان الدراسة: "العلاقة بين سلوك الرعاية الذاتية والأنماط السلوكية المبكرة غير المتكيفة لدى الأشخاص المصابين بمرض السكري من النوع الثاني: الدور الوسيط واستراتيجيات التأقلم". حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الدور الوسيط لاستراتيجيات التأقلم فيما يتعلق بسلوكيات الرعاية الذاتية مع المخططات المبكرة التكيفية لدى الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع الثاني. وقد اعتمد الباحثون هنا على المنهج الوصفي الارتباطي. وتكونت العينة من (200) مريض مصاب بداء السكري من النوع الثاني، تتراوح أعمارهم بين 40-65 سنة، في إيران. وقد استعان الباحثين في هذه الدراسة بتطبيق استبيان المخططات ليونغ (Young) الشكل المختصر (1995)، واستبيان استراتيجيات التأقلم (Lazaros et Folkmane 1980). وأيضاً استخدموا مقياس (Miler) لموقف الصحة (1982). وقد أظهرت النتائج المخططات المبكرة غير المتكيفة لها علاقة خطية مباشرة وهامة مع سلوكيات الرعاية الذاتية ($r = -0.630$). كما أن المخططات المبكرة غير المتكيفة لها علاقة خطية غير مباشرة وهامة مع سلوكيات الرعاية الذاتية الناجمة عن مرض السكري يمكن تفسيرها باستراتيجيات التأقلم والمخططات المبكرة غير التكيفية (Golnezhad.F.M, Meschi.F, Mansoubifar.M,) (Ataeifar.R, Sodagar.S, 2023, p.54-55)

➤ الدراسات الأجنبية:

✓ دراسة Andrea Pozza, Umberto Albert, Davide Dettore (2020):

عنوان الدراسة: "المخططات المبكرة غير التكيفية كمنبئات شائعة ومحددة للأنماط الفرعية لانتقاء الجلد". حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المخططات المبكرة غير التكيفية (EMS) والأنماط الفرعية (SP) لدى البالغين في المجتمع. وقد تكونت عينة الدراسة من (599) بالغ (متوسط العمر 35.23 عاماً، 66 % من الإناث). باستخدام استبيان "ميلوكي" Milwaukee لأبعاد انتقاء الجلد لدى البالغين، وكذلك استبيان المخططات المبكرة غير التكيفية (YSQ-L3) الطويل. وقد أسفرت النتائج على ما يلي: كان هناك ارتفاع الاعتماد/ عدم وجود الكفاءة في إدارة الطوارئ النفسية مؤشراً شائعاً لكل من النوعين الفرعيين المركزيين والتلقائيين. وهناك انخفاض للحرمان العاطفي في إدارة الطوارئ النفسية والعمر الأصغر بالأنواع الفرعية الثلاثة، وارتفاع السعي إلى الحصول على الموافقة /

التقدير، عدم الثقة/ الإساءة والفشل في تحقيق الانجاز من المؤشرات المحددة للأنواع الفرعية التلقائية والمركزة والمختلطة على التوالي. وانخفاض العزلة الاجتماعية / الانفصال والتشابك/ الذات غير المتطورة من المؤشرات المحددة للنوع الفرعي المركز. وكان الجنس الذكري مؤشر محدد للنوع الفرعي والمختلط.

وبالتالي فإن التقييم والعلاج النفسي للأفراد الذين يعانون من سلوك الأنماط الفرعية (SP) قد يركز على المخططات المبكرة الغير التكيفية (EMS) (Pozza.A, Umberto.A, Déttore.D, 2020,) (p.2-5-6)

✓ دراسة Faezeh Arabameri, Anahita Khodabakhshi-Koolae (2021):

عنوان الدراسة: "دور المخططات المبكرة الغير التكيفية في أساليب التأقلم والخوف من تكرار المرض لدى النساء المصابات بسرطان الثدي". وقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص دور المخططات الغير التكيفية المبكرة في أساليب التأقلم وفرص تكرار المرض لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. وقد تكونت عينة هذه الدراسة من (188 مريضة) بسرطان الثدي، التي تم اختيارهن بطريقة عشوائية بسيطة، بحيث خضعت هذه المجموعة تحت العلاج الإشعاعي ولجراحة سرطان الثدي منذ شهر واحد، بحيث يعتبرن أرامل أو يعانين من مشاكل صحية جسدية، وعقلية أخرى محددة بالإضافة إلى السرطان. فقد اعتمد الباحثين على التصميم الارتباطي الوصفي، وكذلك بتطبيق نموذج الاستبيان القصير لمخطط "يونغ Young" (1998)، ومخزون التأقلم مع المواقف العصبية (CISS, Endler et Parker 1990)، ومخزون تكرار الإصابة بالسرطان (CRI). وقد تم تحليل البيانات المجمع باستخدام معامل الارتباط "بيرسون"، وتحليل انحلال الانحدار الخطي المتعدد. وقد أظهرت النتائج أن التثبيط العاطفي وانحدار الشعور بالاستحقاقية والذات الغير المتطورة، والمعايير الصارمة / الانتقاد المفرط، عدم كفاية ضبط النفس/ الانضباط الذاتي تتضاءل بشكل ايجابي مع معدل تكرار المرض. وتم تحديد أقوى الارتباطات بالخوف من تكرار المرض على أنها التثبيط العاطفي (-0.35). والمعايير الصارمة، الانتقاد المفرط والاستحقاق/ العظمة (0.28 / 0.001 < P)، وارتدت أنماط التعامل العاطفية تجنبية مع معدل تكرار المرض (-0.20 و -0.50). علاوة على ذلك يمكن للمتغيرات المستقلة أن تفسر 41% من التباينات في معدل تكرار المرض (P < 0.001) (Faezeh Arabameri, Anaheta Khodabakhshi-Koolae, 2021, p.4)

✓ دراسة Gulen Guler Asku, Ozan Kayar, Ali Evren Tufan, Meryem Ozlem Kutuk, Ayse Nur Ozdag Acarli, Damla Hazal Sucu, Bahar Tsdelen, (2023) Fevziye Toros, Aynur Ozge :

عنوان الدراسة: "المخططات المبكرة غير التكيفية في الصداع النصفي العرضي والمزمن لدى المراهقين". حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق في المخططات المبكر غير التكيفية (EMS) لدى المراهقين الذين يعانون من الصداع النصفي المتكرر (EM)، والصداع النصفي المزمن (CM) في تركيا. بحيث تألفت عينة الدراسة من (167) مراهق تتراوح أعمارهم بين 12-18 سنة. وقد تم استبعاد المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية، عضوية واضطرابات ذهانية وإعاقات ذهنية، وإدمان الكحول والمخدرات وأعراض اضطرابات الشخصية، وفقدان السمع والوهن، وتاريخ من الصدمات الشديدة (مع فقدان الوعي)، أو المتكررة في الرأس في الشهر الماضي. وأنواع أخرى من الصداع (صداع نوع الحسي، الصداع الثانوي)، مع حالات عصبية وجسدية، والمرضى الذين لديهم بيانات مفقودة. وقد اعتمد الباحثون هنا على تطبيق نموذج المعلومات الاجتماعية والديموغرافية، وكذلك نموذج استبيان الصداع، واستبيان "كوفاس" (Kovacs) للاكتئاب لدى الأطفال، فحص الاضطرابات العاطفية المرتبطة بالقلق لدى الأطفال ومقياس المخططات المبكرة غير التكيفية (EMS) "ليونغ" (YSQ). وقد جاءت النتائج كما يلي: كانت مخططات التشابك/ الذات غير المتطورة والتضحية بالنفس والخضوع أكثر انتشارا في مجموعة الصداع النصفي المزمن. وسجلت هذه المجموعة درجات أعلى بشكل ملحوظ في الانفصال/ الرفض والتوجهات نحو الآخرين. ولم يؤثر علم النفس المرضي على المخططات المبكرة غير التكيفية. لكم تاريخ الاعتداء الجنسي كان له تأثير. وأيضا المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المزمن، تم العثور على علاقة بين متغيرات القلق والاكتئاب وخمسة من مجالات المخططات غير التكيفية (EMS). كما أظهرت أيضا مجموعة الصداع النصفي المزمن علاقة مهمة بالقلق واليقظة المفرطة/ التثبيط والانفصال / الرفض ومجالات التوجه نحو الآخر (Gulen Guler Aksu, Ozan.K, Ali Evren Tufan, Ozlmem Kutuk.M, Ozdag Acarli.A.N, Succu.D.H, Tasdelmen.B, Toros.F, (Ozge.A, 2023, p.1-3-11

❖ الدراسات السابقة التي تناولت الشلل النصفي:

نظرا لقلّة الدراسات التي اهتمت وتناولت موضوع الشلل النصفي، قد استعنا ببعض الدراسات المشابهة لهذا الموضوع، ونذكر من بينها:

➤ الدراسات المحلية:

✓ دراسة شعلان إسماعيل مصطفى (2019):

عنوان الدراسة: "برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية". وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية، وذلك في عيادة متخصصة في التأهل الوظيفي "بتيارت" من يوم (11-04-2016) إلى يوم (18-11-2016)، وهو تاريخ إجراء التجربة الاستطلاعية وتليها الاختبارات الرئيسية وتطبيق البرنامج، وتطبيق البرنامج على العينة التجريبية بتاريخ (28-11-2016) إلى (3-06-2017). ثم شرع الباحث في جدول النتائج وجمعها وتبويبها وتحليلها، واستخلاص النتائج النهائية. بحيث تألفت عينة الدراسة من (12) مريض موزع على مجموعة تجريبية عددها (06) رجال مصابين بجلطة في الجهة اليمنى من المخ على الجانب الأيسر من الجسم تتراوح أعمارهم ما بين 55 إلى 65 سنة، ومجموعة ضابطة عددها (06) رجال مصابين بجلطة في الجهة اليمنى من المخ، أثرت على الجانب الأيسر للجسم تتراوح أعمارهم ما بين 55-56 سنة يمارسون التمرينات التأهيلية المعتادة. وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية وفقا لشروط منها: نوع الجلطة تخثرية، لا يعانون من أمراض أخرى. وقد اعتمد الباحث على المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة مع قياس قبلي وبعدي، و تطبيق مقياس صورة الجسم، وتطبيق البرنامج التأهيلية. وقد أسفرت النتائج إلى فاعلية البرنامج التأهيلي المقترح في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين المقياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة. وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي (سمك، طية الجلد في العضلة ثلاثية الرؤوس، سمك، طية الجلد في منطقة لوح الكتف). ووجود فروق دالة إحصائية في

الاختبارين البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية لعناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة (التحمل الدوري، التنفسي، قوة العضلة)، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين صورة الجسم للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية. ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي لأثر البرنامج التأهيلي المقترح في تقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية. ووجود علاقة ارتباطية موجبة وغير دالة إحصائية بين صورة الجسم وتقدير الذات للمرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (شعلال إسماعيل مصطفى، 2019، ص 124-170)

✓ دراسة بن العيفاوي حليلة (2021):

عنوان الدراسة: "الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الدماغية وعلاقتها بالسلوك اليومي". هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى مرضى الحوادث الوعائية الدماغية، وتوضيح العجز المعرفي العصبي في ظهور الاضطراب وعلاقته بالسلوك اليومي للمريض. وقد اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي، على عينة من (06) حالات تتراوح أعمارهم ما بين 37-68 سنة (4 رجال، 2 امرأة)، مصابين بحادثة وعائية اقفازية من كلا الجنسين، ذو مستوى تعليمي وثقافي متباين، وذلك في وسط عيادي جزائري والمتمثل في العيادة المتخصصة في التأهيل الوظيفي بتيارت. وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية، التي تعتمد على شروط وهي: أن لا يكون لديهم تخلف ذهني، أن تكون الإصابة عبارة عن حادثة وعائية دماغية على مستوى الفصين الجداري والأيسر، وأن تكون أول حادثة وعائية دماغية تصيب المريض، أن لا يكون لديهم انخفاض في القدرات العقلية. واستبعاد المرضى الذين لديهم اضطرابات حسية أو حركية غير متعلقة بالحادثة الوعائية الدماغية. وقد استعانت الباحثة بتطبيق اختبار القدرات العقلية (MMSE) للحالات الستة، وأن يكون التطبيق بعد فترة النقاهة والتي تقدر ب (03) أشهر. كما استخدمت أيضا التقييم الأولي والتقييم الأساسي، بحيث قننت اختبار الأبراكسيا الفكرية الحركية (Apraxia Screen Tulia)، واستبانة لتقييم السلوك اليومي لمرضى المعدة من طرف الباحثة. وقد أسفرت النتائج انه يمكن تقييم الأبراكسيا الفكرية، الحركية في البيئة الجزائرية باستعمال اختبار

(Tulia). وأنه لا توجد علاقة بين شدة الأبراكسيا، وشدة الشلل النصفي. وهناك علاقة بين الأبراكسيا الفكرية، الحركية وصعوبات في السلوك اليومي (بن العيفاوي حليلة، 2021، ص130-131)

➤ الدراسات العربية:

✓ دراسة غزال ليلية، علي تعوينات (2018):

عنوان الدراسة: "تقييم وتشخيص الانتباه البصري لدى الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية (IMC)". هدفت هذه الدراسة إلى تقييم وتشخيص كفاءات الانتباه البصري لدى هؤلاء الأطفال نقائص وإمكانية الحالات في هذه العملية المعرفية، ومدى تأثير درجة وعمق الإصابة الدماغية على مستوى الأداء المعرفي الانتباهي للمصاب. وقد اعتمد الباحثان على المنهج العيادي والمقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة الإكلينيكية. وتكونت عينة الدراسة من (05) حالات مصابة بالإعاقة الحركية الدماغية، التي تم اختيارها بطريقة قصدية وفقا لشروط عديدة منها السن، بحيث تتراوح أعمارهم ما بين (5-8) سنوات، والجنس ذكور وإناث لا تعاني من اضطرابات بصرية وإعاقات سمعية أو الصرع (d'épilepsie)، ولا تكون مصابة بإعاقة عقلية ولا تعاني من اضطرابات حركية في الأطراف العلوية. واعتمدوا في هذه الدراسة على المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة الإكلينيكية، بالإضافة إلى اختبار الانتباه البصري الانتقائي في بطارية (Nepsy) ويطبق هذا الاختبار من سن 3 إلى 12 سنة. بينت النتائج أن الفئة المعاقين حركيا دماغيا، تعاني من صعوبات بالغة في الجانب المعرفي وعدم نضج في مستوى وكفاءات الانتباه البصري الانتقائي. وأنه يوجد فروق في الأداء المعرفي بين الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية والأطفال العاديين، لاحظوا مدى تأثير الإصابة الدماغية على الجانب المعرفي للمصاب حيث يختلف مستوى ظهور هذه الاضطرابات المعرفية باختلاف عمق درجة الإصابة الدماغية، والتي تؤثر على مستوى الانتباه البصري الانتقائي لدى الطفل المعاق حركيا ودماغيا (IMC) (غزال ليلية، علي معوينات، 2018، ص1147-1158)

✓ دراسة عبد الله حسين عبد الرحمن الهماي (2023):

عنوان الدراسة: "الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ومدى تأثيره على البرنامج العلاجي وتحسين الكفاءة الحركية". هدفت الدراسة إلى تعرف على أسباب وعوامل حدوث الجلطة الدماغية وسرعة التشخيص وتلقي العلاج المناسب لها وذلك لتجنب الوصول إلى مراحل متأخرة قد تؤدي إلى

العجز. وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي وذلك لملائمة لطبيعة البحث. حيث اعتمد على هذه الدراسة القياسية التجريبية (القياس القبلي والقياس البعدي). تم اختيار العينة بطريقة قصدية من مجتمع البحث المترددين على مركز التأهيل للمعاقين بمدينة بني وليد، والمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الإصابة بالجلطة الدماغية، التي وتتكون العينة من (05) مرضى من الذكور. ومن بين الشروط التي يجب أن تتوفر في المرضى هي أن يكون اشتراكهم بالبحث بناء على رغبتهم وإرادتهم، اختيار المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية وعلى أن تكون هذه الإصابة لأول مرة. وقد اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، حيث اعتمد على القياس التجريبية (القياس القبلي والبعدي)، كما استعمل أيضا استمارة لجمع البيانات وأسئلة تقييم الجهاز الحركي لقياس مرونة المفاصل، اختبار قوة العضلة وتصميم برنامج مقترح يحتوي على التمرينات العلاجية والتدليك العلاجي وكيفية اتخاذ الأوضاع الصحيحة المناسبة، بحيث أن زمن الجلسة 75 دقيقة في المرحلة الأولى، و 65 دقيقة في المرحلة الثانية و 60 دقيقة في المرحلة الثالثة. وقد أسفرت النتائج بعد تطبيق البرنامج العلاجي نسبة تحسن ملحوظة لدى أفراد العينة الملتمزين بالحضور للعلاج والحالة النفسية لها دور كبير في الاستجابة للعلاج وإعطاء نتائج مرضية. وأن الحالات التي التزمت بمواعيد العلاج والحالات التي لم تلتزم كانت الاستجابة فيها طفيفة، بسبب تغيبها عن جلسات العلاجية. وكذلك نجد الوعاء الزمني قصير لتنفيذ هذا البرنامج المعد، وأيضا الحالة النفسية لها دور كبير في الاستجابة للعلاج و نتائج مرضية. وقد أعطى أيضا نتائج ايجابية من حيث اختفاء الألم عند اغلب الحالات (عبد الله حسين عبد الرحمن الهماي، 2023، ص1-5-7)

✓ دراسة عبد القادر زيدان، ميادة محمد فاروق، أميرة محمد احمد (2023):

عنوان الدراسة: "صورة الذات وأثرها على الاتجاه نحو التعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغية". وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى صورة الذات لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغية ومدى تأثيرها على اتجاهاتهم نحو التعليم. وقد تكونت عينة الدراسة من (42) طفل مصاب بالشلل الدماغية التشنجي فئة (Hemiplegia) الذين لديهم القدر الكافي من الاستقلالية والاعتماد على أنفسهم في مهارات العناية بالذات وتتراوح أعمارهم بين (8-12). بالإضافة إلى العينة الاستطلاعية المكونة من (06) أطفال لهم نفس خصائص العينة وقد راع الباحثين تجانس العينة الأساسية وتوافقها من حيث المرحلة العمرية لجميع أفراد العينة ونوعية الإعاقة (الإعاقة المصحوبة بالشلل الدماغية التشنجي فئة (Hemiplegia)، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي لأفراد العينة متقاربا، تم اختيار العينة بطريقة

قصدية. وقد اعتمد الباحثين على مقياس صورة الذات للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، ومقياس الاتجاه نحو التعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من (إعداد زيدان عابد حنا 2003). وبهذا قد أوضحت النتائج انه لا توجد فروق في صورة الذات للأطفال المصابين بالشلل الدماغي تبعا لمتغير الجنس، وصورة الذات لدى الذكور لا تختلف عن صورة الذات لدى الإناث. كما أنه أيضا لا توجد فروق في الاتجاه نحو التعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي تبعا لمتغير الجنس. وتوجد علاقة بين صورة الذات للطفل المصاب بالشلل الدماغي واتجاهه نحو التعلم فكلما ارتفعت صورة الذات لدى الطفل اثر ذلك على إقباله واتجاهه نحو التعلم... (السيد عبد القادر زيدان، ميادة محمد فاروق، أميرة محمد احمد، 2023، ص 6-24-33)

➤ الدراسات الأجنبية:

✓ دراسة (Nomena Finianvana, Rusahdiarison et autres (2017):

عنوان الدراسة: "تواتر وخصائص السكتة الدماغية التي تصيب الشرايين الشقية في قسم الأعصاب في مستشفى (Bafelatanana)". وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم وتيرة وخصائص السكتة الدماغية للوقاية من هذه المضاعفات بشكل أفضل. خلال فترة من 1 مارس إلى 25 سبتمبر تم إجراء دراسة وصفية استرجاعية تم تضمين المرضى الذين يعانون من عجز عصبي شديد ومسح الدماغ مع إصابة عميقة في المنطقة. وقد تم جمع الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريية للمرضى المشمولين لهذه الخصائص، ويعتبر العمر بداية مبكرة فإذا كان عمر المريض اقل من 60 عاما والجنس ذكر أو أنثى، الفردي أو المتكرر (عددها، فترات التكرار، وجود اضطرابات إدراكية تنفيذية الثقوب الدماغية، وتكرار حدوثها، والاضطرابات الإدراكية التي يمكن أن تسببها). وقد تم معالجة البيانات بواسطة برنامج (SPSS). وقد أجريت العينة على 83 مرضى مصابين بسكتات دماغية شريانية مثقبة من أصل 172 سكتة دماغية، أما بالنسبة لسكتات الشريان المثقب عددها (65.06 %). تحت سن 65 عاما، وكان معظمهم ذكور بنسبة (61.44 %). وقد بلغت نسبة الأشكال النزيفية (67.46 %)، وثلاثة مرضى (37.34 %) تعرضوا لانتكاسات ومن بينهم ما يقرب من ربع أصيبوا بالانتكاسات بنسبة (38.70 %) في اقل من عام. وقد كان جميع المرضى الذين يعانون من تكرار المرض يعانون من اضطراب تنفيذي ($P < 0.001$) والتزام ضعيف بالعلاج الخافض لضغط الدم. وقد أسفرت النتائج من بين 375 مريض دخلوا قسم الأعصاب في المستشفى خلال هذه الفترة أصيب 175 بينهم بسكتات

دماغية، مما يعطي معدل انتشار إجمالي قدره (48.17 %) من العينة، ومن بين هؤلاء المرضى البالغ عددهم 175 مريض أصيب 83 منهم بسكتة دماغية في الشرايين الشقية (48.25 %)، وكان متوسط عمر السكان الذين شملتهم الدراسة (59.0 %) منهم (59.03 %) تحت سن 60 سنة. وكان الذكور أكثر عرضة للإصابة بنسبة (61.44 %) من الحالات. كان أكثر نصف هذه السكتات الشريانية المتقبة نزيفية بنسبة (67.46 %)، ولكن لها تشخيص جيد لان (92.72 %) من هؤلاء المرضى كان لديهم درجة "NIHSS" أقل من 14. وبلغت نسبة الوفيات من هذا النوع من السكتة الدماغية، وسيطرة الذكور بنسبة (61.44 %) من الحالات. ومن بين السكتات الدماغية في الشرايين المتقبة (37.34 %) و(31/83 %) كان لديهم تكرار ومن بينهم (80.64 %) (25/31) كان لديهم تكرار مرة واحدة و (19.35 %) كان لديهم أكثر من مرتين. وقد حدث تكرار بعد مرور عام في (61.29 %) (19/31) من الحالات أظهرت جميع هؤلاء المرضى من اضطرابات تنفيذية مع اختبار "BREF" أقل من 15. ولوحظ وجود تاريخ العلاج الخافض لضغط الدم غير منتظم في (98.7 %) من الحالات. وقد وجدوا ارتباط بين هذا التكرار وبعض العوامل مثل الغضب (P 0.024)، و "NIHSS" (P 0.016)، والاضطرابات التنفيذية (P < 0.001). وكانت مدة الإقامة في المستشفى أقل من 7 أيام (Nomena finiaavana rusachobiarison et autres, 2017, p.1-2)

✓ دراسة Raphael Fidelis Randrianarivo, Ravonirina Eric Alson, Adeline

: (2022) Raharivelo BBertille Hortenese Rajaonarison

عنوان الدراسة: "التأثير النفسي والاجتماعي والسلوكي على المرضى المصابين بالشلل النصفي بعد السكتة الدماغية في (Mahanjaga)". هدفت الدراسة إلى تحديد الآثار النفسية والاجتماعية والسلوكية للأشخاص المصابين بالشلل النصفي بعد السكتة الدماغية في وحدة رعاية التدريب والبحث في الطب النفسي بمستشفى. وقد تم إجراء دراسة مقطعية ذات منهج وصفي تحليلي، حيث شملت هذه الدراسة جميع المرضى المصابين بالشلل النصفي بعد السكتة الدماغية والذين لم يدخلوا المستشفى (سواء كان موثقين أو غير موثقين) قبل شهرين على الأقل من إجراء المسح ولم يتجاوز فترة التطور البالغ 12 شهرا. بحيث أجريت على عينة من (40) مريض توقف (26) منهم عن العمل، وتبعهم 65 %. وكان الحزن والألم المعنوي والشعور بعدم القيمة من أكثر العلامات التي ظهرت على المريض (91 %، 91.5 %، 92.67 % على التوالي و 71.25 % لم يشعروا بالدعم). وقد اعتمد الباحثون على تحليل

البيانات باستخدام برنامج (SPSS)، وكذلك استخدام اختبار بيرسون الإحصائي (P) لتقييم دلالة ($P < 0.05$). وكذلك درجة (Rankin) لتقييم شدة الإعاقة ويتم استخدام درجة SF-12 لتقييم جودة الحياة. وقد أسفرت النتائج أن الحياة الجنسية للمرضى غير مرضية، ونوعية حياتهم سيئة. في المقابل كان لدى المرضى الذين لا يعانون من أمراض مصاحبة نوعية حياة أفضل، والتي تحسنت ابتداء من الشهر السابع بعد السكتة الدماغية. وأنه كلما زاد الدخل الشهري زادت النتيجة أي تحسن المرضى. كما وجد أيضا أن الأشخاص المتزوجين لهم نوعية حياة أفضل. وأن المرضى الذين أصيبوا بالسكتة الدماغية تتراوح أعمارهم بين 60-69 سنة مع متوسط عمر تقديري يبلغ 57.92%. ووجدت أن هذه الحالة المرضية تسود عند الذكور، لأن الرجال اقل اهتماما لصحتهم البدنية لاستهلاكهم للكحول والتدخين. فيما يتعلق بالمستوى التعليمي فلم يكن هناك ارتباط مباشر بينه وبين جودة الحياة. وقد كان معدل انتشار الاكتئاب 90% بسبب نقص الدعم. ووجود أيضا عدم الرضا في العلاقات الجنسية لدى بعض المرضى بنسبة 62.5% (Raphael.F.R, Ravonirina.E.A, Adeline.R.B et autres, 2022, p.25-26)

● التعقيب على الدراسات السابقة:

- التعقيب على الدراسات المتعلقة بصورة الجسد:

● من حيث الأهداف:

سعت إلى تحقيق أهداف متنوعة وعديدة بحيث: هدفت دراسة Madi Amazigh (2021)، وشيماء محمد جاد (2021) إلى الكشف عن عدم الرضا عن صورة الجسم وأنها سيئة. إما دراسة Fres "Bougan" Doura و "Salim Zabar" (2021)، ودراسة "نورية عمر قزيط" (2017)، "أنور العبادسة وآخرون" (2018)، "لولوة صالح الرشيد" (2019)، "مى حسن على عبده" (2019)، "فائد محمد اسناف" (2021)، ودراسة "محمد إبراهيم الدوسقي وآخرون" (2023)، و "Lobuno وآخرون" (2023)، التي هدفت إلى التعرف على علاقة صورة الجسد بمتغيرات أخرى لدى عينات مختلفة. أما دراسة "سليمان عبد الواحد يوسف" و "هدى ملوح الفضلي" (2023)، هدفت إلى التعرف على الفروق بين صورة الجسم ومتغير آخر لدى أطفال العرب المرضى بالسمنة.

• من حيث العينة:

تعد العينة البحثية حيز زاوية في أي بحث علمي. إذ يعتمد الباحثون عليها بشكل أساسي لإجراء دراساتهم وتحليلها، حيث تختلف أحجام العينات من حين لآخر. حيث نجد دراسة Mélissa Dalande (2023)، و Emilie Richard (2022)، Ariane Plamondon (2020) اعتمدوا على عينة كبيرة تفوق (500). ودراسة سليمان عبد الواحد وهدي ملوح (2023) و Lobuono وآخرون اعتمدوا على عينة تفوق (100).

• من حيث الأدوات:

تعد أدوات البحث من الوسائل الضرورية التي يعتمد عليها الباحث لجمع المعلومات، وقد اعتمدت هذه الدراسات على المقياس كأداة أساسية لجمع المعلومات اللازمة.

• من حيث النتائج:

بينت نتائج دراسة "نورية عمر قزيط" (2017)، "أنور العبادسة باسل الخصري"، "هاني العمري" (2018)، "مى حسن على عبده" (2019)، "فائد محمد اسناف" (2021)، ودراسة "محمد إبراهيم الدوسقي"، "رشا محمد فايز"، "فاطمة محمد على عبد العال" (2023)، "لولوة صالح الرشيد" (2019)، ودراسة Emilie Richard (2022)، ودراسة Lobuno وآخرون (2023)، أنه هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم والمتغيرات الأخرى لدى عينات مختلفة. أما دراسة Mélissa Dalande (2023) بينت أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير صورة الجسد لدى النساء الذين يعانون من السمنة. أما دراسة "سليمان عبد الواحد يوسف"، "هدي ملوح الفضلي" (2023) بينت أنه هناك علاقة ارتباطية دالة سالبة بين صورة الجسم والاكتئاب وإسهام صورة الجسم في التنبؤ بالاكتئاب لدى أطفال العرب مرضى السمنة من الجنسين. أما دراسة "فائد محمد اسناف" (2021) أكدت بأنه هناك فروق دالة إحصائية في تقدير صورة الجسم تبعاً لمتغير: العمر، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي لدى مريضات السرطان.

2.8. التعقيب على الدراسات المتعلقة بالمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

• من حيث الأهداف:

سعت الدراسات إلى تحقيق أهداف متنوعة وعديدة، حيث نجد: دراسة "يمينة مدوري" (2022)، "عبد الحفيظ معوشة" (2023)، ودراسة Fazlolzh Mirdrikvand وآخرون (2019) هدفت إلى استكشاف المخططات المعرفية المبكرة الغي المتكيفة السائدة والأكثر تأثيراً لدى مرضى السرطان. في حيث هدفت دراسة Zhila Zeighani (2017)، ودراسة Amin Sayyadi وآخرون (2023)، وكذلك دراسة Fatemeh Golnezhad Monfared وآخرون (2023)، وكذلك دراسة Andrea Pozza (2020) إلى البحث في العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ومتغيرات أخرى. أما دراسة "بروبي نجاه" (2024) هدفت إلى الكشف على مدى فعالية برنامج علاجي قائم على العلاج بالمخطط في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بالقلولون العصبي. ودراسة Hoda Katebi وآخرون (2021) هدفت إلى التعرف على متغير جودة الحياة بناءاً على المخططات غير التكيفية لدى مريضات سرطان الثدي. أما دراسة Faezeh Arabameri وآخرون (2021) تهدف إلى فحص دور المخططات غير التكيفية في أساليب التأقلم، وفحص تكرار المرض لدى النساء المصابات بسرطان الثدي. بحيث أن دراسة Gulen Guler Asku وآخرون (2023) هدفت إلى التحقيق في المخططات غير التكيفية لدى المراهقين الذين يعانون من الصداع النصفي المتكرر والمزمن.

• من حيث العينة:

نجد أن دراسة Hoda Kateb وآخرون (2021)، Amin Sayyadi (2023)، و Faezeh Arabameri وآخرون (2021)، Gulen Guler Asku وآخرون (2023) قد اعتمدوا على عينة تفوق (200). أما دراسة Andrea Pozza وآخرون (2020)، ودراسة Fazlolah Mirdrikvana وآخرون (2019)، اعتمدوا على عينة تفوق (500). أما الدراسات الأخرى "يمينة مدوري" (2022) بلغت (22) مصابة بسرطان الثدي، ودراسة "عبد الحفيظ معوشة" (2023) بلغت (59) مرضى السرطان. أما دراسة "بروبي نجاه" (2024) تكونت من (02) مرضى مصابين بالقلولون العصبي.

• من حيث الأدوات المستخدمة:

اعتمدت الدراسات على المقياس لجمع المعلومات.

• من حيث النتائج:

بينت نتائج دراسة "يمينة مدوري" (2022)، و"عبد الحفيظ معوشة" (2023)، ودراسة Fazlolah Mirdrikvana وآخرون (2019)، Faezeh Arabameri وآخرون (2021)، ودراسة Gulen Guler Asku (2023) أنه هناك بعض من المخططات المعرفية المبكرة الغير التكيفية الأكثر انتشارا وتضاءلا لدى عينات مختلفة لدى الأفراد. أما دراسة بوروبي نجاة (2024) كانت النتائج تؤكد أن تقنيات العلاج بالمخططات "ليونغ"، قد عملت على خفض نشاط المخططات الغير التكيفية لدى الحالات، وتراجع الأعراض والنوبات المؤلمة لمرضى القولون العصبي، وارتفاع قدرتهم على التكيف. أما دراسة Ftemeh Golnezhad (2023)، بينت أن للمخططات الغير التكيفية علاقة خطية مباشرة مع سلوكيات الرعاية الذاتية الناجمة عن مرض السكري. أما دراسة Andrea Pozza (2020) بينت أن التقييم والعلاج النفسي للأفراد الذين يعانون من سلوك الأنماط الفرعية قد يركز على المخططات الغير التكيفية.

- التعقيب على الدراسات المتعلقة بالشلل النصفي:

• من حيث الأهداف:

سعت الدراسات إلى تحقيق أهداف عديدة ومتنوعة. بحيث نجد دراسة "عبد الله حسين عبد الرحمن الهمالى" (2023)، وشعلال إسماعيل مصطفى (2019) هدفت إلى اكتشاف مدى تأثير البرنامج العلاجي المبكر على تحسين صورة الجسم والكفاءة الحركية لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية. وكذلك نجد دراسة "غزال ليلية"، "علي تعوينات" (2018) هدفت إلى تقييم وكشف الأبراكسيا الفكرية والحركية لدى مرضى الحوادث الوعائية الدماغية. وأيضا نجد دراسة Raphael Fidelis Randrianarivo وآخرون (2022) هدفت إلى معرفة مدى تأثير العوامل النفسية والاجتماعية والسلوكية على الحالة النفسية للمصابين بالشلل النصفي. وأيضا دراسة Nomena Finiavana Rusaholiarison وآخرون (2017) هدفت إلى تقييم واكتشاف خصائص هذه السكتات الدماغية وتواترها للوقاية من المضاعفات.

• من حيث العينة:

نجد أن دراسة "عبد الله حسين عبد الرحمن الهمالي" (2023)، و"غزال ليلية"، "علي تعوينات" (2018)، و"ابن العيفاوي حليلة" (2021) قد اعتمدوا على عينة لا تفوق (06) حالات. أما دراسة "عبد القادر زيدان وآخرون" (2022)، و"شعلال إسماعيل مصطفى" (2019). وكذلك دراسة Rafael Fidelis وآخرون (2022) اعتمدوا على عينة تتعدى (40). أما دراسة Nimena Finiavana وآخرون (2017) اعتمدوا على عينة تتعدى (357) عينة.

• من حيث الأدوات:

نجد أن دراسة عبد الله حسين عبد الرحمن الهمالي (2023)، و"شعلال إسماعيل مصطفى" (2019) اعتمدوا على القياسة التجريبية (القياس البعدي والقبلي)، وكذلك استمارة لجمع البيانات. أما دراسة غزال ليلية، علي تعوينات (2018) استخدموا المقابلة العيادية والملاحظة الإكلينيكية، واختبار الانتباه البصري الانتقائي في بطارية NEPSY. ونجد دراسة "بن العيفاوي حليلة" (2021)، استعملت اختبارات نفس عصبية. أما دراسة "عبد القادر زيدان وآخرون" (2022) اعتمدوا على مقياس صورة الذات ومقياس الاتجاه نحو التعلم. أما دراسة Rafael Fidelis.R وآخرون (2022) ودراسة Nomena Finiavana (2017) اعتمدوا على برنامج SPSS.

• من حيث النتائج:

نجد دراسة "بن العيفاوي حليلة" (2021) أنه لا توجد علاقة بين شدة الأبراكسيا وشدة الشلل النصفي، بل هناك علاقة بين الأبراكسيا الفكرية الحركية وصعوبات في السلوك اليومي. ودراسة "غزال ليلية"، "علي تعوينات" (2018) توصلت نتائجها إلى أن المصابين حركيا ودماعيا (IMC) لديهم صعوبات في الجانب المعرفي وعدم النضج في مستوى كفاءة الانتباه البصري الانتقائي. بينما تشير دراسة "عبد القادر زيدان وآخرون" (2022) أنه لا توجد فروق في صورة الذات والاتجاه نحو التعلم لدى الذكور والإناث المصابين بالشلل الدماغية. بينما توجد علاقة بين صورة الذات والاتجاه نحو التعلم، فكلما ارتفعت صورة الذات كلما ارتفع إقباله نحو التعلم. أما دراسة "شعلال إسماعيل مصطفى" (2019) فقد أكدت أن للبرنامج المقترح له تأثير ايجابي في تطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى المرضى، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التجريبية بين القياس القبلي والبعدي، وأنه

أيضا لا توجد فروق دالة إحصائية في متغير التركيب الجسمي. أما دراسة "عبد الله حسين عبد الرحمن الهمالي" (2023) توصلت إلى أنه كلما التزم المريض بمواعيد العلاج كلما كانت نتائج العلاج مرضية، وأن الحالة النفسية تلعب دور مهم في الاستجابة للعلاج. ونجد أيضا دراسة Nomena Finiavana.R وآخرون (2017) أن الذكور أكثر عرضة للسكتة الدماغية، ووجود ارتباط بين تكرار السكتة الدماغية وبعض العوامل مثل الغضب والاضطرابات التنفيذية. ودراسة Rfael Fedelis.R وآخرون توصلت إلى أن الحياة الزوجية لها تأثير ايجابي عكس المرضى الذين ليس لديهم حياة جنسية، بحيث أن جودة حياتهم ليست غير مرضية. كما أن للدخل الشهري دور في تحسين حالة المريض.

الفصل الثاني : صورة الجسم

تمهيد.

1. تاريخ الاهتمام صورة الجسم.
 2. مفهوم صورة الجسم.
 3. أهمية صورة الجسم.
 4. أبعاد صورة الجسم.
 5. مكونات صورة الجسم.
 6. العوامل المؤثرة في نمو وتكوين صورة الجسم.
 7. النظريات المفسرة لصورة الجسم.
 8. المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم.
 9. صورة الجسم ومخطط الجسم.
 10. صورة الجسم وصورة الذات.
 11. اضطراب صورة الجسم.
 12. العوامل التي تساهم في ظهور اضطراب صورة الجسم.
 13. العوامل التي تؤثر في نمو صورة الجسم وتكوينها.
 14. علامات ضعف الرضا عن صورة الجسم.
- خاتمة.

تمهيد:

تعود صورة الجسم من أهم المفاهيم علم النفس العام وعلم النفس الفيزيولوجي، فالجسم يحتل مكانة هامة بالنسبة للفرد من الناحية الثقافية والاجتماعية والشخصية ويلعب دورا هاما في حياته وفي علاقاته مع نفسه والآخرين فصورة الجسم جزءا مهما من الصحة النفسية إذا يمكن أن تؤثر بشكل كبير على مستويات الثقة بالنفس والشعور بالرضا الشخصي. فهي وسيلة لتحقيق التوازن الانفعالي والوجداني فيمكن أن تكون ايجابية عندما يشعر بالرضا عن مظهره أو سلبية إذا كانت هناك مشاعر من النقد الذاتي الرفض لجوانب جسده، فهذا يجلب عدة اضطرابات نفسية من بينها الاكتئاب والقلق ويمكن أن يقول أن صورة الجسم صحية لا تتعلق بالمثالية أو التغيير الجسدي بل يتقبل الفرد لجسده كما هو مع التركيز على الصحة العامة والصحة النفسية، ولهذا سوف نتطرق في هذا الفصل إلى معرفة مفهوم صورة الجسم وأهميتها ومكوناتها وأبعادها، بالإضافة إلى العوامل المؤثرة وكذلك النظريات وبالأخص سوف نتطرق إلى اضطرابات صورة الجسم والآثار نفسي والاجتماعي.

1. تاريخ الاهتمام بصورة الجسم :

إن مفهوم الجسد من المواضيع المتعددة من المصور القديمة، فقد إقترح أفلاطون النظرية المثالية الرياضية للإنسان في الوجود، أما أرسطو فقد إقترح بدوره النظرية المادية الفيزيائية، التي تقترن مع العلوم الطبيعية " أين كان ينظر إلى الجسد أنه مادة قابلة للاكتشاف و الملاحظة " إن هذا التفسير أعطى ميلاد عديد لفكر موضوعي وعقلاني الذي يرتبط به العالم المعاصر وكان بداية للاهتمام بموضوع الجسد، ومقيم القرن (18).

اهتمت به أكثر العلوم الإنسانية والتحليل النفسي، وظهرت نظريات عديدة ومختلفة حول موضوع الجسم، حيث كان محور اهتمام كل من هورسل (Hurserl)، ومرلوبونتي (merleau-pont)، وشيلدر (shilder).

قانون (wanon)، بياجيه (PIAGET) الذين وضعوا أطر نظرية كثيرة للموضوع فظهرت عدة مفاهيم كمخطط الجسم، صورة الذات، الصورة اللاشعورية، الصورة الفضائية للجسم مما يدل على تعقيد وتشعب موضوع صورة الجسم في علم النفس (علي زروقي سيد أحمد، 2020، ص 47)

يعد (bonnier)، أول من اقترح مفهوم المخطط الجسمي من خلال دراسة الاضطرابات المخطط الجسمي (achematie) وقد استعمله رغبة منه في تجاوز مفهوم الحساسية (cénesthésie) وقف المفهوم الأخير لأجل الإحالة على مختلف الإحساسات التي باتي من نقط مختلفة من الجسم، لكي تندمج التصرفات الإدراكية والحركية يقتضي الأمر انتقاء لبعض المعلومات الحسية، الملتقطة من طرف الجسم وهذا الاندماج يحدث بدلالة حاجيات ورغبات الجسم العضوي لكن هذا الجسم لن يتكيف ما لم يحتفظ ببعض المعلومات حول العلاقة بين ظروف المحيط ونوعية الاستجابات ونتائجها. ويستعمل لكل من (holmes, head)، على استدعاء مفهوم المخطط الجسمي وتطويره (head) من خلال تحركه الإكلينيكية أن بعض المرضى وإن كانت لديهم القدرة على تحديد نقطة ألم في جسمهم فهم لا يتمكنون من تحديدها مكانيا الشيء الذي دفعه إلى الحديث عن مخططات جسمية متعددة، و ليس عن مخطط جسمي تموضعي واحد. فهناك المخطط الجسمي، اللمسي والبصري غير أن المخطط التموضعي هو الأكثر هيمنة .

سنة 1935 سنة سيقدم (schilder) أول نظرية حول صورة الجسم وقد يحاول أن يجمع في (Schilder) لم يعد يتعلق الأمر بصورة المرئية مدركة بشكل حسي للجسم بل بصورة جسمنا الخاص التي شكلناها في ذهننا، يتعلق الأمر بالكيفية التي يظهر لنا جسمنا (علوي عبد العزيز، 2019، ص 30-31)

أما "شونفلدر" (Shonflied) نفقد أكد على خبرات الفرد والتخيل في تكوين هذه الصورة، فمن خلال الخبرات التي يمر بها الفرد في الماضي والوقت الحاضر تتكون لديه هذه الصورة، وبذلك فهو يرى أنها التمثيل المركز والمكثف لخبرات الفرد الماضية والحاضرة التخيلية عن جسمه، ولها مظهران شعوري ولا شعوري.

ثم جاء كل من "جوتسمان وكالدول" (gottessman, coldwell 1960) بتعريف أكثر تطوراً، إذ أن صورة الجسم من وجهة نظرهما عبارة عن خبرة شخصية نفسية قابلة للتعديل والتطور من خلال ما يتعرض له الفرد من خبرات، ومدى إدراكه لجسمه وحساسيته نحوه .

فيما يرى "نوريس" (norris 1970) أن صورة الجسمي تغير مستمر للعمليات الشعورية واللاشعورية وإحساسات الفرد وإدراكه باختلاف جسمه عن الآخرين وتكوين اجتماعيا (social creation) يتطور من خلال الإدراكات المنعكسة من سطح الجسم الفردن واستجاباته المنبعثة من المناطق الداخلية للجسم، فضلا عن ذلك عدتها "نوريس" أساسا لهوية الفرد، وعزتها إلى الأنا الجسدي (Somatic ego). كما ربطتها بقيم الفرد واتجاهاته وأحاسيسه عن ذاته .

وقام ستافري (sttaferi 1976) ببحوث ودراسات عديدة دراسة صورة الجسم ومعرفة تأثيرها على الفرد، وتوصل من خلال نتائج بحوثه إلى أن صورة الجسم لها تأثير بالغ على تفاعل الفرد الاجتماعي، ويؤثر نتائج هذا التفاعل على نمو وتطور الشخصية، ويتضح ذلك من خلال محاولة الأفراد الذين يدركون أنفسهم على سبيل المثال ذو قائمة قصيرة أو ذات السمعة المفرطة خوفا مما قد يصدره الآخرون عليهم من أحكام سلبية، لذا غالبا ما نجدهم بأنهم أكثر انطواء وانزواء وعزلة وأكثر ما يحير سلوكهم هو الخجل والتوتر .

ومن ذلك بذكر لايتسنون (lightston, 1999) أن هذه الصورة هي صورة عقلية يكونها الفرد عن جسمه وتتضمن هذه الصورة أفكاره ومشاعره وأحاسيسه وأحكامه وإدراكاته، وسلوكه، وتطور بتفاعل مع الآخرين والبيئة الاجتماعية المحيطة (سهير سلمان أحمد حسين العزاوي ، 2004 ، ص 20-21)

ويتضح لنا مما سبق، أن صورة الجسم تصور عقليين وذهني يكونها الفرد عن جسمه من خلال مجموعة من خبرات التي يمر بها، وقد تكون ايجابية أو سلبية.

2. مفهوم صورة الجسم:

• التعريف اللغوي:

هو الانطباع أو الشكل المرئي الذي يتم تمثيله عن الجسم.

• القرآن الكريم:

هو الذي يصوركم في الأرحام كيف يشاء لا إله إلا هو العزيز الحكيم (أل عمران آية 06)

• التعريف الاصطلاحي:

يعرفها "تومسون" (Thomson) أنها الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم إلى الجانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة، ويتمشى هذا التعريف مع ما ذكره "روزين" وآخرون (rosen et al)، بأن صورة الجسم هي صورة ذهنية ايجابية أو سلبية يكونها الفرد عن جسمه. وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصور، والملح الأساسي لتعريف مظهر الجسم لصورة الجسم هو تقييم حجمه ووزنه، أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي (علي الزروقي سيد أحمد، 2020، ص16)

هي الصورة الذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه السواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو الاتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الجسمية (حميدة نصير، علي جرمون، الماحي قصار، 2019، ص 401)

هو تصور عقلي مرن وغير ثابت، لشكل الجسم وحجمه والتكوين الذي يتأثر بعوامل مختلفة التاريخية والثقافية، والاجتماعية، والفردية والبيولوجية، التي تدل على مراحل الحياة المختلفة (هاني أحمد محمد الغمري، 2016، ص 09)

يعتبر مفهوم صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل مفاهيم المظهر والمشاعر والأفكار حول الجسم، والشعور بما هو داخل الجسم ووظائف وقدرات الجسم. ويرى "جاردنر" أن التمثيل العقلي للجسم وخصائصه هو العنصر المفاهيمي لصورة الجسم. وهناك عنصر آخر يعرف باسم العنصر

الموقفي، ويشير إلى مشاعر الفرد حول صورته ومظهره الجسم وبصفة الباحثون باسم الرضا بالجسم (زينب طارق عبد العاطي، 2023، ص 646)

صورة الجسم (body image)، هي الصورة الذهنية والعقلية التي يكونها الفرد عن جسمه في مظهره الخارجي، وما يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن ذلك الصورة (إيمان علي عبد الله الشрман، نور اذان محمد رويان، 2024، ص 04)

عرف "شيلدر" (schilder 1950) صورة الجسد بأنها الصورة التي نشكلها في أذهاننا هل أجسادنا أو الطريقة التي ننظر بها إلى أجسادنا، ويصفها بأنها التصور العقلي الذي يكونها الفرد عن جسمه. كما وعرفها "سليد" (slide 1988)، بأنها الصور الموجودة في ذهن الفرد عن حجم وشكل جسده ومشاعره تجاه هذه الخصائص وأجزاء الجسم المكونة له (أحمد عبد الله الشريفين، سندس خالد الرفاعي، 2024، ص 04)

يتضح لنا مما سبق أن صورة الجسم تؤثر على نمو وتطور شخصية الفرد، فكل ما يكونه من اتجاهات نحو جسمه، قد تكون سلبية أو ايجابية. فهذه الاتجاهات تؤثر بشكل ملحوظ على تفاعلات الإنسان مع ذاته ومع الآخرين، وقد تجعله يتوقف عن ممارسة نشاطاته اليومية بشكل طبيعي، وتجديد سلوكيات خاطئة من أجل إخفاء أو تحسين هذه السلوكيات بسبب مخاوفه. كون صورة الجسم تؤثر على الجانب السلوكي، فقد يتجنب الفرد بعض المواقف الاجتماعية التي يشعر خلالها بعدم الارتياح لأن صورة الجسم ليست ثابتة تتغير وتتأثر بالمرحلة العمرية للفرد.

3. أهمية صورة الجسم:

إن صورة الجسم جزء حيوي من إحساسنا بالذات، فهي ترتبط بتقدير ذاتنا وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، وقد تؤثر على رغباتنا في الانتماء إلى المجتمع، وأن نكون مقبولين اجتماعياً. ويذكر (بيفر pipher) أن المظهر عامل مهم في العلاقات، وفي الحياة. وترى بركي جيمس (breakey james) أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن لصورة الجسم أهمية وجدانية ورمزية، كما أن نمو صورة الجسم الإيجابية، تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين. وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة. فالناس الذين يحبون أنفسهم يفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي على الأرجح، يكونون أكثر صحة. ويضيف "بيترز وفيلبس" (peters et philips)، أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يشعرون بمجموعة مختلطة من الانفعالات، التي ربما يجدون صعوبة في الإفصاح عنها وتوضيحها، وتتمثل هذه الانفعالات في الشعور بالاشمئزاز من صورة الجسم بالقلق الذي يزداد في

المواقف الاجتماعية المختلفة، كما أن هؤلاء الأفراد يعانون أيضا من الأعراض الاكتئابية نتيجة للعزلة الاجتماعية والإحباط، من عدم القدرة على إقناع الآخرين بشأن العيب المدرك. وينشأ المعتقدات المتعلقة بعدم الجدارة وفقدان الأمل بالمستقبل، وحتى إن تضمن الأمر البحث عن علاجات جراحية تجميلية على أمل أن هذا سيجعل منهم يشعرون على نحو أفضل لسوء الحظ. فإن هذه العلاجات تفشل غالبا في معالجة المشكل، بحيث يحل عدم الرضا عن المظهر الجديد محل المظهر القديم، وتبقى الرغبة في تغيير المظهر المستمر (آسيا عبازة، 2014، ص 23-24)

فصورة الجسم الإيجابية عند الأفراد تؤدي إلى رؤية أنفسهم جذابين، وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة. فالناس الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي، على الأرجح يكونون أكثر صحة، بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد. فالناس ذوي صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض يحاولون إخفاء أجسامهم بالملابس الفضفاضة والقائمة. وإدراك صورة الجسم هي خاصية تتسم بالاستمرارية، إذ أنها تلازم مراحل العمر المختلفة. فهي عملية يدركها الفرد منذ مرحلة الطفولة وحتى الرشد، فصورة الجسم بين الأطفال والمراهقين مهمة جدا، فصورة الجسم السلبية وتقدير الذات المنخفض يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب، فالجسم مصدر الهوية ومفهوم الذات عند المراهقين (هاني أحمد محمد القمري، 2016، ص 10)

4. أنواع صورة الجسم :

• الصورة الجسمية الموجبة:

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

• الصورة الجسمية السالبة:

ويعبر الفرد فيها عن الخجل من جسمه، والشك في قدراته والإحساس بالنقص عندما ما يقارن جسمه بأجسام رفاقه. وقد يتطور هذا الإحساس إلى مركب نقص في نفسيته، فقد يختار الانسحاب والانطواء بعيدا عن الآخرين، وقد يختار الأساليب العدوانية بإيقاع الأذى باللك الذين يمتلكون أجساما أفضل، وأقوى وأجمل، وقد يؤدي إلى تعميق الجرح النفسي لديه ويجعله في صراع مستمر مع هذا الجسم.

• الصورة الجسمية المتذبذبة:

المتتمثلة في رضاه عن جسمه تارة ورفضه تارة أخرى، يكون ما يحمله الرفض من الاستقزاز والقلق، والخوف من الأشياء التي قد تكون وهمية، فهو لم يحقق المطلوب مع جسمه فقط إنما على علاقته مع الآخرين، خاصة عندما يستكشف هؤلاء الآخرين اختلاف مزاجه، فهو تارة مسالم، تارة عدواني، وتارة انطوائي وتارة انبساطي (صادق عبده سيف المخلافي، حنان عبد الله علي المجاهد، 2022، ص 550)

5. مكونات صورة الجسم:

• إدراك صورة الجسم:

يعد الانتباه الانتقائي عاملاً مهماً في استمرار الاضطرابات الانفعالية المتعددة، فالذين يعانون من اضطرابات صورة الجسم، ينتبهون بطريقة انتقائية للعييب المدرك في مظهرهم.

• **المعتقدات أو اتجاهات نحو صورة الجسم:** تتضمن مطلباً للكمال والتناسق في المظهر، ومنها إذا كانت غير جذابة فإنني سأكون منعزلاً طوال حياتي.

• **العوامل النفسية والانفعالية:** يشعر من يعاني من اضطراب صورة الجسم بمجموعة مختلطة من الانفعالات، يصعب الإفصاح عنها وتوضيحها مثل: الشعور بالاشمئزاز من جسمهم، الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية المختلفة كالاكتئاب، فقدان الأمل في المستقبل والإحباط من عدم القدرة على إقناع الآخرين بعيبيهم المدرك والمعتقدات المتعلقة بعدم الجدارة.

• **السلوك:** وتكون سلوكيات ذوي اضطرابات صورة الجسم إما إعجابية وأهم ما يميزها تجنب المواقف الاجتماعية، وأما مبالغ فيها مثل زيادة عدد ساعات فحص الذات والتحقق من المظهر أمام مزايا أو أسطح عاكسة (حسين إبراهيم محمد أبو حشيش، 2023، ص 638)

6. أبعاد صورة الجسم:

• **التناسق العام لأجزاء الجسم:** وتشمل على تنسيق ملامح الجسم، القوام، الطول، لون البشرة، لون الجلد.

• **المنظور النفسي لصورة الجسم:** تتمثل في الشعور بأهمية صورة الجسم وعقد المقارنات.

• **المنظور الاجتماعي لصورة الجسم:** يتمثل في الظهور بأفضل صورة أمام الجميع والاهتمام بآراء الآخرين حول جسمه.

- المحتوى الفكري لصورة الجسم: ويشمل على التفكير الدائم في صورة الجسم، ومقارنتها بالصورة الحقيقية والصورة المثالية، وتقبل الفرد لجسمه كما هو عليه.
- المحتوى السلوكي لصورة الجسم: وتتمثل في النظرة للمرأة، والاستمرار في تحسين المظهر الخارجي والداخلي للجسم (زينب طارق عبد العاطي، 2023، ص 648)

7. صورة الجسم والمراحل العمرية:

مع تطور مراحل العمر المختلفة، فإن الإنسان يكون صوراً لجسمه تختلف وتتطور تبعاً لتطور هذه المراحل، وأن الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ينظر إلى جسمه بشكل كلي، فهو لا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسمه، ولكن إدراكه يتطور مع نهاية هذه المرحلة، ويبدأ في المقارنة بين جسمه من حيث الشكل، والحجم وأجسام أقرانه، وينتبه بصفة خاصة إلى خاصيتي الطول والقوة البدنية. أما في مرحلة المراهقة، فينظر المراهق لكل عضو من أعضاء جسمه وكأنه جزء قائم بذاته. فهي مرحلة الفحص الجزئي المدقق، ويبدأ في معاناة جديدة نتيجة للتغيرات المفاجئة التي تعترض جسمه، كما وتتأثر صورة الجسم لدى المراهق بالتعليقات والتقييمات الآخرين.

أما في مرحلة الرشد فيكون الهدوء نسبي، حيث يتوقف فيها الفرد مع صورته الجسمية ويقتنع بها من حيث الطول والتأزر وملامح الوجه. على النقيض منها في مرحلة اليأس التي يدرك فيها المسن التغيرات الواضحة على جسمه، وخاصة عند انقطاع الدورة (الحيض) عند النساء، فتتغير المرأة صورتها الجسمية. فضلاً عن ذلك تظهر علامات الشيخوخة على الوجه والجبهة وحول العينين، مما يؤدي إلى عدم الرضا عن صورة الجسم. هذا قد يكون مسؤولاً في أحيان كثيرة عن أعراض واضطرابات انفعالية ووجدانية تعاني منها المرأة في هذا السن الحرجة. وهذا يعني أن صورة الجسم تتطور من مرحلة عمرية إلى أخرى وأنها تتغير بتغير مراحل العمر المختلفة (هدى رمضان النجار، 2016، ص 26)

8. نظريات المفسرة لصورة الجسم:

- النظرية البيولوجية:

يعتبر طبيب الأعصاب (هنري هيلد Henry Head) الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة، وهذه الصورة هي اتخاذ خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية، التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ. ولاحظ (هيلد) أن الحركات سلسلة وتوافق مواضيع الجسم يدل ضمناً على الوعي المعرفي المتكامل لحجم و شكل و تكوين الجسم. وإضافة أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم. ويرى كليف (Kliff) أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم والحجم أو فراغ الداخلي للجسم، ويعتبر الجلد

غلافًا للجسم ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية، ويعتقد أن حجم أو فضاء الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم، وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة وحفظ صورة الجسم (سالي محمد عبد الفتاح مصطفى، 2018، ص260)

وقد استعمل "بروتش" عند حديثه عن الصورة الجسم تعبيرات مثل وعي الجسم، تعريف الجسم وتركيب الجسم أو الذات البدنية وإدراك الجسم، ومفاهيم الجسم الاجتماعية القابلة للتبادل. وكما أن علماء النفس يميزون بين الخبرات المجردة من الجسم، والتي تتضمن الأفكار والمعرفة حول الجسم فيما يتعلق بالذات والخبرات الملموسة من الجسم التي تتضمن التصورات الفيزيائية (هاني أحمد القمري، 2016، ص11)

• **نظرية التحليل النفسي:**

ركز "فرويد" (1899، 1825 Freud) في نظريته، على أن مفهوم الجسم يتشكل من خلال تطور مفهوم الأنا والجنس، إذ يرى أن لصورة الجسم دلالات، وأن تتطور الأنا المبكر بحسب مفاهيم تعلم الطفل لإدماج الإحساسات من سطح جسمه، واستعمال هذه الإحساسات كقاعدة للتمييز بين العالم الخارجي وعالمه الداخلي. كما أوضح فرويد في نظريته على "الليبيدو" إلى أن مناطق الاستشارة الجنسية هي المناطق الحساسة في الجسم، وأن الشخصية تتطور وفق تتابع الإحساسات الجسمية. ويبدأ الفرد في تكوين صورة عن جسمه عن طريق نمو الأنا، التي تهئ السبل له ليكون قادراً على التمييز بين ذاته والآخرين. ووفق نظرية "فرويد" فإن اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد واحتلال شخصياتهم ترجع كلها إلى تطور حياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان (وفاء أحمد الدويك، 2020، ص20)

• **نظرية الفشل التكيفي adaptive Faivre theory :**

تشير هذه النظرية إلى أن اضطراب صورة الجسم، هو اضطراب يرجع السبب الرئيسي فيه إلى فشل الفرد في التكيف مع الآخرين، والميل للعزلة والانغلاق على النفس، وذلك بسبب المضايقات الاجتماعية والتعليقات التي تصف الفرد بالسمنة والبدانة المفرطة، فيلجأ الفرد إلى البعد عن الآخرين وينغمس في العزلة حتى يفشل في التكيف في مواجهة الآخرين، ويشعر بعدم الرغبة في مقابلة الآخرين الذين يعرفون الفرد، من أن يجبر خوفاً على التفاعل والتجاوب معهم كما يصبح لديه اعتقاد بأن الأصدقاء المقربين ينظرون إليه بإمعان وتأمل وكذلك إلى كل جزء من جسمه، مما يزيد الحالة سوءاً (سماح ربيع محمد علي، 2022، ص2277)

• النظرية الاجتماعية والثقافية:

تركز على تأثير القيم الثقافية على الفرد والقيم في محاولة فهم السلوك البشري، لأن الأساس التأكيدي في هذه النظرية هو كيف يعتبر الأفراد أنفسهم، وكيف ينظرون إليها وكيف يتأثرون بالآخرين من خلال القيم الثقافية. على سبيل المثال: عندما يضع قيمة الفرد في المجتمع بالجاذبية الجسدية وسوف تقدر الجاذبية في بلدان أخرى، وكذلك في أنفسهم من حيث الخصائص أو الصفات التي يراها المجتمع غير مهم، وبالتالي تكون غير مؤثرة في الأفراد.

فيما يتعلق بصورة الجسم تشير النظرية الاجتماعية والثقافية أيضا إلى أهمية وسائل الإعلام في نقل رسائل بشأن التوقعات حول اللياقة البدنية المثالية، ويتعرض الأفراد من جميع الأعمار إلى وسائل الإعلام في المجتمع الغربي، والنظرية الاجتماعية والثقافية تنص على أن ضغوط متزايدة لتجسيد الشكل المثالي وجدت فيه وسائل الإعلام هو التأثير على مستويات عدم الرضا صورة الجسم، المثل الأعلى هو تصورات بعيدة عن متناول في كثير من الأحيان يتم التلاعب غالبية السكان أو تحريرها لإنشاء صورة الكمال (حسين إبراهيم محمد أبو حشيش، 2023، ص 637)

وتفسر هذه النظرية صورة الجسم، بأن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية، وبالتالي تتكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، وهي بدورها تكون صورته عن جسمه، ويبدأ تكوين صورة الجسم من مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثرا نحو الأسرة، وبعبارة الذم والمدح التي يتلقاها بينهم وتعليقات الوالدين، وتقييم أجسام أبنائهم.

وكانت هذه إحدى أكثر النظريات المؤثرة على أبحاث صورة الجسم والتي تبناها توماس كاش (cash) حيث قدم نموذجا معرفيا وسلوكيا لتنمية صورة الجسم، والتي أكد على أهمية التنشئة الاجتماعية الثقافية والخصائص الشخصية، والخصائص الفيزيائية والسمات الشخصية في تقييم صورة الجسم. حيث يعترف بالعلاقة المتبادلة بين الأحداث البيئية والعمليات المعرفية والعاطفية والسلوك الفرد في تحديد صورة الجسم (أثير بنت علي الشهري، 2023، ص 135)

• النظرية السلوكية:

يرى أصحاب النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية، والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد، كالتى تكون صورته عن جسمه. ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة، فيكون الطفل يتأثر بالجو الأسرة، وبعبارة الذم أو المدح التي يتلقاها تؤثر في درجة قبول أو رفض الفرد لجسمه.

• النظرية الإنسانية:

يرى "روجرز" أن الذات هو المحور الأساسي للشخصية، إذ تتضح شخصية الفرد بناءً على إدراكه لذاته، فالخبرات التي يمر بها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تدخلها مع تقدير الفرد لذاته، فإن الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات على ضوء فيما إذا كان يشعر بالتقدير الإيجابي للذات، فأحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه، كما أن لها تأثيراً قوياً وفعالاً في توافق الشخصية (هاني أحمد محمد القمري،

2016، ص 11-12)

من خلال النظريات السابقة يظهر اختلاف واضح في تفسير صورة الجسم، فنجد النظرية البيولوجية التي تربط صورة الجسم بأحاسيس الجسم التي نظمت في إحاء للمخ. ونجد كذلك النظرية النفسية أي نظرية التحليل النفسي "لفرويد" التي تؤكد على خبرات الفرد من الطفولة، أي أن اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد، واختلال شخصياتهم راجع كلها إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان. والنظرية الإنسانية اعتمدت على إدراك الفرد لذاته، أما النظرية الاجتماعية والثقافية تركز على تأثير القيم الثقافية على الفرد والقيم في محاولة فهم سلوك البشري. أما النظرية السلوكية ركزت على محددات السلوك التي تؤثر على صورة الجسم. ونجد نظرية الفشل التكيفي تركز فشل الفرد في تكيف مع الآخرين.

ويبدو أن لكل نظرية من هذه النظريات مبدأً أساسياً علمياً قامت على إثره، ولا بد من هذا التنوع من أجل الفهم الجيد لمفهوم صورة الجسم وأهميتها. ولكن التحدث عن كل نظرية لوحدها لا يمكن كون الإنسان وحدة متكاملة فيه كل هذه الجوانب النفسية والبيولوجية والاجتماعية.

9. المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم:

• صورة الجسم ومخطط الجسم:

في البداية كان العلماء يعتبرون هذين المصطلحين مترادفين وكثيراً ما كان يستعمل أحدهما عوض الآخر بعكس ما هو عليه، إذ يمكننا الرجوع للتمييز المعطى في قانون علم النفس والذي يتمثل فيه ما يلي:

صورة الجسم تنتمي للسجل الخيالي هي اللاشعورية ذات قاعدة عاطفية حيث أن الجسد هنا معاش كوسيلة أولى للعلاقة مع الآخرين. في حين مخطط الجسم ينتمي للسجل الحس الحركي والمعرفي أي

الثلاثي الأبعاد حسب ذكر القاموس لمفهوم الجسم وهو قرب شعوره ذو قاعدة عصبية نورولوجية كما تكتسب كل المهارات.

وترى "دولتو" وجود فرق بين المخطط الجسم وصورة الجسم. فمخطط الجسم جزء منه لا شعوري لكنه أيضا شعوري أو ما قبل شعوري، هو مرجع يسند له الجسم الحالي فيه الفضاء قليل الحساسية للفروق الفردية فهو نفسه عند مختلف الأفراد على عكس صورة الجسم، التي تعد غالبا اللاشعورية خاصة بكل شخص فهو مرتبط بالفرد وتاريخه الخاص كونها تتمثل ملخص شامل لمختلف التجارب الانفعالية للفرد.

ونضيف "دولتو" (Dolto) أنه بفضل صورة جسمنا المأخوذة والملتقية بمخطط جسمنا فإننا نستطيع الاتصال مع الآخرين، حيث أن المخطط الجسم الذي هو التجريد لمعاش جسمنا لأبعاده الثلاثية في الواقع يبني بالتعلم والتجارب، بينما تبني صورة الجسم بالاتصال بين الأشخاص والآثار المسجلة بلذة محيطة مكبوتة أو محرمة إذن الفرق (علي زروقي سيد أحمد، 2020، ص60)

جدول رقم (01) يوضح أهم الفروقات بين صورة الجسم والمخطط الجسمي.

صورة الجسم	المخطط الجسمي
• هي صورة لاواعية عن شكل الجسم. • تنتمي إلى سجل الخيال العاطفي فيتم اعتبار الجسد كوسيلة للعلاقة مع الآخرين. • صورته الجسم خاصة بكل فرد وتتأثر بالجانب الاجتماعي. • صورته الجسم تتشكل من خلاصة التجارب والخبرات العاطفية المعاشة والتي تتجلى في الرضا أو عدم الرضا عن شكل الجسم. • له قاعدة عصبية وانفعالية تتمركز في الجهاز اللمبي واللوزة. • اضطرابات صورة الجسم تتمثل في فقدان الشهية العصبية البدانة.	• هي صورة جزء منها لا واعي والجزء آخر واعي تعمل على تنظيم موضع الجسم وحركته. • ينتمي إلى السجل الحسي الحركي والمعرفي. • المخطط الجسم ثابت عند جميع الأفراد إلا إذا حدث خلال العصبي. • يتم تطوير المخطط من خلال التعلم والتجارب وموضع الجسم المكاني والزمني إذ أن المعلومات الحسية التي يتم استقبالها من الفضاء عن طريق الحواس تعمل على تطوير نموها في الدماغ. • له قاعدة عصبية واضحة تتمركز في منطقة الفصل الجداري الأيمن. • اضطرابات المخطط الجسمي تتمثل في عمة الجسد عسر التمييز المركزي عسر التمييز المحيطي.

(شعلاّل إسماعيل مصطفى، 2019، ص67)

يبين هذا الجدول، صورة الجسم ومخططه، وهو فرق جد هام كون هذان المصطلحان لا يبعثان نحو معنى أو مفهوم واحد. فمخطط الجسم هو المفهوم الحقيقي والواقعي للجسم، بينما صورة الجسم تبعث نحو جسم الخيالي.

• صورة الجسم وصورة الذات:

من خصائص الإنسان أن تكون لديه فكرة عن جسمه أي صورة ذهنية عن جسمه وشكله وهيئته، ولهذا يميل طفل الثالثة إلى استكشاف جميع أجزاء جسمه، وفي الخامسة قد يقارن نفسه بغيره من الأطفال. ويتحدد هذا الميل في المراهقة، فالفتى لا يقتنع بكشف تغيراته الجسمية فحسب بل يحاول تتبع هذه التغيرات ومقارنة نفسه بزملائه. يشعر الفتى بعدم الأمن أو القلق إذا شعر أن جسمه يحد كثيرا عن تصويره له وإذا كان مفهوم الذات مطلقا لما يود أن تكون عليه (الذات المثالية) اتصف الفتى بالثبات والاستقرار والاتزان. أما إذا كان الفرق كبيرا بين فكرته عن ذاته وما يود أن يكون عليه فانه يصاب كثيرا بالإحباط واليأس. وتقل فرص التعلم أمامه، وتقل محاولاته في تغيير نفسه. فصورة الجسم وما تتضمنه من أفكار ومشاعر وإدراكات تدرج تحت لواء مفهوم الذات وتشكل بعدا من أبعاده الأساسية ولاسيما وأنه يتضمن صفات وخصائص تشكل في مجملها مكونا من مكونات مفهوم الذات (حمزاوي زاهية، 2017، ص23)

10. اضطرابات صورة الجسم body image disorder :

يعد اضطرابات صورة الجسم شكلا من أشكال الاضطرابات النفسية والتي يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسمي هو السمة الأساسية المحددة، وهذا الاضطراب الجسماني تم إدراجه حديثا في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (OSM-3-R). وأضاف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع محكا يقضي بأن أشغال الفرد يجب أن يكون حادا وشديدا بما يكفي أن يسبب خلا وظيفيا (برهان حمدان أسمر درامية، 2018، ص17)

يعد اضطراب صورة الجسم من أهم الاضطرابات التي يعاني منها المعاق جسديا مع اختلاف درجه إعاقته أو صورته، فصورة الجسد تجعل المعاق يتأمل الآخرين ويقارن صورة جسمه بصورة أجسامهم، إذ تؤكد العديد من الدراسات أن المعاقين جسديا نظرتهم سلبيا نحو أجسامهم فهذه الفئة توجه سلسلة من المشكلات النفسية والاجتماعية، بسبب المظهر الجسدي الذي يعد أحد المكونات الأساسية والأولية للشخصية، وأن اختلاف التكوين الجسدي للفرد المعاق عن الأفراد العاديين يؤثر على تكوينه النفسي، مما يؤدي إلى التواكل والحقد والعدوان، كما أن هذه الاختلاف الجسدي يشعر المعاق بالعجز

والنقص وعدم القدرة على مواجهة الحياة، وانخفاض الروح المعنوية والعزلة الاجتماعية والتشاؤم من المستقبل. وعلى الرغم من أن الإعاقة الجسدية تجعل الحياة صعبة، إلا أن فقدان أحد أعضاء الجسد لا يفسر كل الصعوبات الجسدية والنفسية التي يواجهها الفرد المعاق حركياً، ولكن العامل الأكثر أهمية يكمن في نظرة الفرد لنفسه وعلاقته بالمجتمع واتجاهات المجتمع نحوه. فلا شك أن الإعاقة الجسدية يعقبها سلسلة من المشكلات والاستجابات الانفعالية الناتجة عن اضطرابات صورة الجسد لدى المعاق جسدياً، ذلك أن اضطراب صورة الجسم يعد مؤشراً على تشوه الذات، والحزن الذي ينتابه المعاق جسدياً على فقد أو تشوه جزء من جسمه يشبه الحزن الذي ينتابه عندما يفقد الفرد أشخاصاً أعزاء، وهذا فإن الفرد المعاق جسدياً قد لا يتقبل صورة جسمه بعد الإعاقة ببسر وسهولة، والأفراد المعاقين حركياً يواجهون تحديات تتعلق بالرضا عن صورة الجسد مقارنة بالأشخاص العاديين، حيث يتلقى المعاقين جسدياً حيث يتلقى المعاقين جسدياً تغذية رجعية سلبية من البيئة الاجتماعية بسبب الاختلاف الجسدي ولأن المجتمع قد يعطي قيمة كبيرة للملامح الجسدية والجاذبية الشخصية. وهي خصائص يمتلكها الأفراد المعاقون جسدياً بدرجة ضئيلة (شيرين محمود الشباب، منار سعيد بني مصطفى، 2024، ص 68)

11. العوامل التي تساهم في ظهور اضطراب صورة الجسم:

❖ العوامل الخارجية:

تعد العوامل المزاجية أهم من الأسباب قد تؤدي إلى اضطراب صورة الجسم، وكما أن هذا الدور تؤديه العوامل المزاجية في تطور صورة الجسم غير محددة بشكل دقيق، ويتمثل هذا الدور يكون غير مباشر بالرغم من أن الملاحظات الإكلينيكية تقترح بعض العوامل المزاجية التي قد تسبب هذا الاضطراب مثل الخجل وعدم الاستقرار الانفعالي والقلق. وأوضح "stranger" التأكيد الزائد على المظهر الجسدي من أهم العوامل المزاجية التي تؤدي إلى اضطراب صورة الجسم.

❖ صدمات الطفولة:

تعود صدمات الطفولة مثل المضايقات، ومشاعر التذمر المتعلقة بالمظهر الجسدي، أو نقص الكفاءة من العلاقات الضعيفة مع الأقران، العزلة الاجتماعية، ضعف المساندة والدعم الأسري، الإساءة البدنية من العوامل والأسباب التي من المحتمل أن تؤدي دوراً فيه اضطراب صورة الجسم.

❖ العوامل الجسمية:

تؤدي العوامل الجسمية المضطربة دورا كبيرا في تطور اضطراب صورة الجسم. فمن المنطقي أن عدم الرضا عن صورة الجسم والتشوهات يزداد بزيادة البدانة، وهناك العديد من الأدلة التي تدعم هذا الرأي وهو أن الاهتمام بزيادة الوزن يزيد من اضطراب صورة الجسم.

❖ الجمالية:

من المفترض أن ذوي اضطراب صورة الجسم أكثر إحساسا وحبا للجمال، وخصوصا الرغبة في بناء عضلي جذاب، وهذا يتفاوت تبعاً للفروق الفردية.

❖ الضغوط الاجتماعية:

الضغوط الاجتماعية والمعايير الجمالية للمجتمع قد تؤدي إلى إصابة الفرد باضطرابات صورة الجسم، وكذلك الاتجاهات السلبية تجاه الوزن الزائد (السماح ربيع محمد علي، 2022، ص2274)

• العوامل التي تؤثر في نمو صورة الجسم وتكوينها:

• العوامل البيولوجية:

تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دورا هاما في نمو صورة الجسم، فمظهر الفرد محدد بالوراثة والبيئة. فالطريقة التي يبدو فيها الجسد تقرر بشكل رئيسي بالجينات الموروثة من الآباء والأجداد. كما أن البلوغ والنضج الجسمي في مرحلة المراهقة لهما تأثير في إدراك الفرد لجسده.

• وسائل الإعلام:

إن صورة التي يراها الناس من خلال وسائل الإعلام المختلفة لها تأثير قوي في صورة الجسد. إذا تبعث هذه الوسائل حول صورة الجسم، والتي توحى بأن المظهر مهم جدا لكونك فردا مهما في الحياة وتبين العديد من النظريات أن الوسائل الإعلام دور حيوي لاستمرار المظهر المثالي الصعب المنال من خلال عرضها النماذج الجاذبية في المجالات والإعلانات والأفلام. فغالبا ما نقود المقارنة بين الصورة الإعلامية والصورة الجسدية إلى عملية الدورية والتدميرية من تركيز الانتباه على النقص المدركة وبالتالي عدم الرضا عن صورة الجسم.

• العوامل الاجتماعية:

إن الرضا عن شكل الجسد يرتبط بشكل أو بآخر بالشعور بالسعادة والاطمئنان، فالشخص الذي يشعر بالجاذبية هو شخص راضي عن صورته الجسدية، وهو شخص سعيدي تمتع بقبول اجتماع من قبل الآخرين.

• العوامل الثقافية:

تسهم الثقافة السائدة ضمن المجتمع فيها بكونه الفرد من التصورات حول جسده، وما يعد مثاليا في مجتمعاتنا الشرقية قد يكون مغايرا بعض الشيء عن المجتمعات الغربية، وكلما كانت صورة الفرد للجسد متفقة مع المعايير الثقافية كلما زادت الجاذبية (مريم علي الهاني 2024، ص60) من خلال هذه العوامل استنتجنا أن عامل واحد كفيل بتدبير صورة الفرد عن جسمه، وعن ذاته وتقديره لها. فنظرة الفرد حول ذاته تكون ايجابية أو سلبية من خلال هذه العوامل، فأى خلل في هذه العوامل تؤدي بالإنسان إلى اضطرابات من الناحية الجسمية والشخصية.

12. علامات ضعف الرضا عن صورة الجسم:

هناك عدة الطرق لتحديد ما إذا كان الفرد يواجه خطر تصور ضعف عدم الرضا عن صورة الجسم وهي:

- المقارنة المتكررة لعيب مظهره المدرك مع المظهر لدى الآخرين.
- الفحص المتكرر لمظهر الجزء المحدد من الجسم في المرآة وغيرها من السطوح العاكسة.
- تغطية العيب المدرك بالملابس أو المكياج أو القبعات أو اليدين أو الوقفة.
- تجنب المرايا أو الوقوف أمامها لساعات.
- اللمس المتكرر للعبة المدرك.
- قياس الجزء غير المرغوب من الجسم.
- تجنب المواقف الاجتماعية التي يمكن فيها كشف العيب المدرك.
- القراءة المفرطة عن الجزء الذي فيه عيب من الجسم.
- الإحساس بالقلق.
- تقدير سلبي للذات يرجع إلى عدم الرضا عن المظهر الجسمي.
- الشعور بأن الآخرين يمقتونه أو يشمئزون منه.
- العزلة وعدم الرغبة في مقابلة الآخرين الذين يعرفون الفرد خوفا من أن يجبر على أن يتفاعل أو يتجاوب معهم (أسيا عبازة، 2014، ص39)

خلاصة:

يتضح مما سبق أن مفهوم الجسم والصورة الذهنية التي يكونها الفرد، سواء في المظهر الخارجي أو الداخلي، فهي تساهم في تكوين خيالات الفرد من خلال التجارب التي يتعرض لها في حياته، وبناء على ذلك، فإن هذه الصورة قابلة للتعديل والتطوير فهي تنمو مع شخصية الفرد، وتعتبر صورة الجسم مكونا مهما في حياته النفسية.

الفصل الثالث : المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

تمهيد

أولاً: لمحة تاريخية عن المخطط.

1. تعريف المخططات المعرفية.

ثانياً: تطور المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

1. تعريف المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة عند يونغ و بيك.

2. العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة وبعض المفاهيم الأخرى.

3. خصائص المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

4. أنواع المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

5. نظرية المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة حسب يونغ.

6. ميادين (مجالات) المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

7. مصدر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

8. آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

9. ميادين (مجالات) المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

10. مصدر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

11. آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

تمهيد:

إن مفهوم "المخططات" ليس جديدا في الأدبيات المعرفية والإكلينيكية، بل له جذور قديمة تمتد إلى الفلسفات التي سبقت ظهور مصطلح "المخططات المعرفية". وقد برز هذا المفهوم في الفلسفة وعلم النفس المعرفي. ومن بين الجوانب المهمة في هذا المجال هو "المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة"، والتي تعد محط دراستنا الحالية. وف هذا الفصل حاولنا تسليط الضوء على أصول هذا المفهوم، بدءا من تعريف المخططات المعرفية، وصولا إلى تعريف المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، وخصائصها ومصدرها وأنواعها، وأهم ميادينها، وصولا إلى عملها، وأحطنا العين أيضا حول أهم أساليب التكيف المختلفة المرتبطة مع المخططات المبكرة الغير المتكيفة.

أولا : لمحة تاريخية عن المخطط:

يعتبر مصطلح المخططات مصطلح قديم الاستعمال، إذ ترجع البوادر الأولى في استعماله إلى العهد اليوناني القدم، للدلالة على مبادئ وأسس مع الأسطوسيين (Stoiciens)، بصفة خاصة "كريسيب" (Chrysippe). وكذلك بالنسبة للفيلسوف "كانط Kant" الذي عرف المخطط على أنه تصور مشترك لكل أعضاء فئة أو صنف ما. واستعمل أيضا ذات المصطلح في نظرية المجموعات الهندسية الجبرية، التعلم، التحليل الأدبي، البرمجة المعلوماتية. أما مجال علم النفس، فقد استعمل مصطلح المخطط (Schéma) في العديد من الميادين الدراسية، وقد اخذ عدة تسميات تعتبر كمرادفات لمصطلح المخطط وهي: البنية (Structure)، أو الإطار (Cadre)، أو المحيط (Contour). فبالنسبة لدويجوند (Debeau grand) المخطط هو الإطار، ومصطلح إطار أطلقه "منسكي" (Minsky) بعد ملتقى "جنيف مع بياجي Genéve et Piaget"، وبعض الباحثين يعتبرونه كمرادف للمخطط. والإطار هو أبنية معرفية تساعد في تسهيل معالجة المعلومات من طرف التوظيف العقلي. أما المجال العيادي، فقد استعمل "هروتير" (Horowitz) هذا المصطلح. كما بينه "يونغ وآخرون" في نموذج العلاج La "thérapies des schémas". حيث أن مخطط الشخص هو الإطار غالبا ما يكون غير شعوري، يحتوي على أفكار حول الذات والآخرين، ومكون من بقايا ذكريات وخبرات الطفولة.

كما أن "بياجي Piaget" (1952) أشار إلى مفهوم المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة و يقصد بها الأبنية المعرفية لدى الطفل في لحظة معينة. كما ظهر مصطلح "مخطط" في نظرية "بيك" (Beck)، حيث أنه يتعلق ببناءات الشخصية والتي شرحها "كيلي" (Kelly 1995)، واتضحت من خلال دراسة "بارتلت" (Bartlett 1932) للمخططات وقد استخدم هذا المصطلح بعد ذلك بشكل متزايد في علم النفس العيادي والاجتماعي والنمائي (بن قويدر، 2012، ص77-78)

1. المخططات المعرفية:

هناك العديد من التعريفات للمخططات المعرفية تختلف باختلاف المنظرين والتيارات الفكرية، فمنذ أن عرفها الفيلسوف الألماني "إيمانويل" عام 1781 على أنها نماذج للذاكرة، عرف المصطلح عديد التعديلات والإضافات إلى جانب جملة من المفاهيم المختلفة، ولعل ابرز تعريف شامل يمكن تبنيه هو ذلك الذي قدمه العالم "ايرون بيك" على أن "المخططات المعرفية هي من جهة بنيات ومعالجات نشطة

ومقننة للانتباه، تتدخل لفترة الفكر طوال عملية معالجة المعلومات، فتشكل المخططات بطريقة آلية لكل ما يبدر عن الإنسان من مشاعر وأحاسيس ودوافع تدفعه للقيام بالفعل أو السلوك (لعزازقة، لعوامري، سمارة، 2021، ص 174)

يمكن تعريف المخططات بأنها "اعتقادات جوهرية" أو "افتراضات" تشكل جزء من الفترة (مرشحات) الإدراكية التي يستخدمها الأفراد في إدراك العالم"، حيث أن هذه المخططات تعمل كمرشحات للخبرات القادمة والمتواصلة التي تتيح للفرد الوصول إلى استنتاجات عن الأحداث بطريقة تلقائية، وحيث أن لكل فرد منا مخزون فريد من المعلومات والذكريات فإن الاستنتاجات التي يكونها الفرد عن الأحداث تختلف من فرد لآخر وكذلك الانفعالات التي يعيشها (طه عبد العظيم، 2007، ص 116)

تشير المخططات إلى أبنية وأطر معرفية عامة تؤثر على الخبرات التي يتعرض لها الشخص وتوجه كيفية انتباهه لها واستجابته نحوها، فهي تعكس بنى معرفية عامة ومنظمة تتسم بأنها مقاومة للتعديل وتؤثر بصورة جوهرية على الجوانب المعرفية والانفعالية في حياة الفرد. وطبقا "ليونغ" فإن المخططات المعرفية تترسخ مع تقدم حياة الشخص من خلال عمليات التغذية الراجعة التي يحصل عليها من البيئة المحيطة به، بالإضافة إلى عمليات المعالجة المعرفية التي تتسم بدورها في الإبقاء على تلك المخططات وتدعيمها (سعفان، صقر، 2022، ص 690)

المخطط المعرفي هو "بناء معرفي أو تكوين معرفي" يعمل إطارا ذهنيا تنتظم في بنيته معرفة الشخص عن الناس والأماكن والأحداث والموضوعات. وتساعد المخططات المعرفي بهذا المعنى الناس على تنظيم معلوماتهم عن العالم وفهم المعلومات الجديدة. ورغم أن هذه الاختصارات المعرفية (Mental Shortcuts) مفيدة في مساعدتنا على فهم العالم من حولنا وعلى فهم المعلومات الكثيرة التي نتلقاها على نحو يومي، إلا أنها في نفس الوقت قد تضيق من نظام تفكيرنا وقد ينتج عنها ويرتبط بها "أفكار نمطية أو تمهيطات عقلية جامدة" (ضاري خميس، 2023، ص 74)

وانطلاقا مما سبق يمكن القول أن هذه التعريفات تتفق في جوهرها على مفهوم واحد، لكنها استخدمت صياغات مختلفة لوصف هذا المفهوم. فقد أشير إلى أن المخططات هي نماذج للذاكرة، أو اعتقادات جوهرية وافتراضات، أو أبنية وأطر معرفية، أو تكوين معرفي، أو معالجات نشطة ومقننة

للانتباه. كما أنها أيضا اتفقت على أن المخططات تلعب دور في معالجة المعلومات وفهم العالم من حولنا.

ثانيا : تطور المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

عادة ما يكتسب الأشخاص مخططاتهم في مرحلة الطفولة ويطورونها أكثر في مرحلة الرشد. إذا مروا بتجارب وأحداث سلبية (كالإهمال والخضوع) قد يطورون نظرة مشوشة حول أنفسهم، والآخرين، والعالم، والمستقبل، وهذا يسهم في تكوين مخططات مبكرة غير متكيفة. يتفق "يونغ وزملائه" مع "بيك" على أن الاستعداد البيولوجي والمزاج العاطفي يلعبان دورا بارزا في نشوء المخططات غير المتكيفة. مع ذلك فهم يتفقون أيضا مع النظريات التطورية ويركزون على دور الآباء والأشقاء والأقران والتأثيرات الثقافية في تطور واستمرار المخططات المبكرة غير المتكيفة. ويرى "يونغ" أن المخططات تنتج عن حاجات وجدانية أساسية غير مشبعة في مرحلة الطفولة. وقد افترض خمس حاجات إنفعالية وعاطفية رئيسية خاصة بالكائن البشري، وهي:

- تعلق آمن بالآخرين (ويشمل الأمن، والاستقرار، والرعاية، والتقبل).
- الاستقلالية والكفاءة والإحساس بالهوية.
- حرية التعبير عن الحاجات والعواطف المشروعة.
- التلقائية واللعب.
- الحدود الواقعية وضبط الذات.

يعتقد "يونغ Young" أن هذه الحاجات عالمية ولدى الجميع، لكن يختلف بعض الأفراد عن غيرهم في الشدة لهذه الحاجات. والفرد المتمتع بالصحة النفسية هو الذي اشبع حاجاته العاطفية الأساسية بشكل معتدل.

ليست الحاجات العاطفية الأساسية غير المشبعة في مرحلة الطفولة هي عوامل الخطر الوحيدة لنشوء المخططات غير المتكيفة. بل الخبرات المبكرة السيئة والمزاج الانفعالي هي أيضا عوامل خطر. حسب "يونغ Young" فالتفاعل بين المزاج الفطري للطفل وخبرات البيئة الأولى تؤدي إلى إحباط هذه الحاجات بدلا من إشباعها (تواتي، 2024، ص 153)

إذن، فأصلها المخططات غير المتكيفة يعود إلى تفاعل ثلاثة عوامل رئيسية وهي: أولاً خمس حاجات انفعالية وعاطفية (التعلق الآمن والاستقلالية، التعبير عن الحاجات والتلقائية واللعب، والحدود وضبط الذات). إما العامل الثاني يتضمن الخبرات السيئة المبكرة (الإحباط الضار بالحاجات، والتعرض للصددمات، والإفراط في إشباع الحاجات، والتماهي بالأشخاص المهمين). وأخيراً، المزاج الانفعالي وهو عامل الخطوة الثالث (تواتي، 2024، ص 153)

وفقاً "ليونغ وآخرون" (2003)، هناك العديد من المصادر التي تؤدي إلى تطور المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى الفرد. أولاً هناك الاحتياجات العاطفية الأساسية غير الملباة أو الملباة بشكل سيئ. بما في ذلك الحاجة إلى الأمان المرتبط بالارتباط، والحاجة إلى الاستقلالية، والكفاءة، والشعور بالهوية، والحاجة إلى الشعور بالقدرة على التعبير عن المشاعر، والحاجة إلى العفوية واللعب، والحاجة إلى الحدود والسيطرة على النفس. ثانياً يشير "يونغ" (Young) وآخرون، إلى وجود تجارب ضارة في وقت مبكر من الحياة، تنطوي على التفاعلات مع البيئة الأسرية والمدرسية والاجتماعية للطفل، من خلال إحباط أو إشباع مفرط للاحتياجات المذكورة سابقاً، والصددمات أو الضحايا، وتأثير الأشخاص المهمين وتحديد الهوية الانتقائية معهم.

وأخيراً، يشدد "يونغ" (Young) وآخرون على وجود خصائص مزاجية تجعل الأطفال أكثر حساسية لظروفهم. على سبيل المثال، عندما يكون لدى الطفل مزاج متفاعل للغاية، فقد يطور بسهولة ردود فعل غير متناسبة وغير مناسبة في موقف معين (Galeazzi, 2019, p.12)

1. تعريف المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة عند "بيك ويونغ":

✓ عند "بيك Beck":

يشير "بيك" إلى أن المخططات عبارة عن بنيات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الاعتقادات والافتراضات، والتوقعات، والمعاني، والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث، الآخرين والبيئة. وعلى هذا تمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعلم والعلاقة الاجتماعية مع الآخرين إذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والناس، والأحداث والاستجابات نحوه وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها. كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرة وتختلف من شخص

لآخر. ومن ثم نجد أن طرق تأويل وتفسير الموقف الواحد تكون بطريقة مختلفة إذ أن مضمون كل مخطط يختلف من شخص لآخر حسب خبرات هذا الفرد.

ويختلف الأفراد في عدد المخططات أو البنيات التي يتضمنها كل مخطط، وتبعاً لذلك يظهر تبايناً في استجاباتهم لنتيجة اختلاف المخطط لديهم (دحماني، 2016، ص 296-297)

ويقصد بها تلك النماذج الهامة التي تتشكل من ذكريات وعواطف ومعارف، إحساسات جسدية تخص الذات، والعلاقات مع الآخرين وهي تتشكل خلال الطفولة أو المراهقة وهي اختلالية ومهدمة بصفة واضحة... (عثمان، بركو، 2022، ص 81)

ويؤكد Beck (2010) على كون تلك المخططات تعد عوامل لاشعورية مسؤولة عن الحكم الانفعالي السريع وغير المنطقي عن التحريفات المعرفية. مما يؤدي إلى تفسيرات غير متكيفة للمحيط وللذات والآخرين، وتؤدي إلى أفكار أتوماتيكية غير عقلانية، وتمنع المواجهة التكيفية للأحداث مما يدفع الفرد نحو الاضطراب (دنقل، 2017، ص 114)

✓ عند "يونغ Young":

عرفها "يونغ" بأنها بنى معرفية على درجة عالية من الثبات وتتعلق بأفكار الفرد عن ذاته والآخرين المحيطين به، وتنشأ من خبرات الطفولة السلبية والمقلقة للطفل ونقص إشباع الاحتياجات العاطفية الأساسية أثناء مراحل النمو، وتظل تلك المخططات كامنة في مستويات عميقة من البناء المعرفي للفرد، وتكون تلك المخططات هي المسؤولة عن وجود المقاومة والتصلب لدى العينات الإكلينيكية في الاستجابة للمحاولات العلاجية. وتتطور هذه المخططات خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة وتعطى انعكاسات سلبية على الصحة النفسية للفرد على مدار العمر (دنقل، 2017، ص 114)

حسب "جيفري يونغ" المخططات المعرفية اللاتكيفية، هي نموذج هام مكون من الذكريات والمعارف والأحاسيس والعواطف، تتعلق بالفرد بذاته وبعلاقته بالآخرين، تتشكل خلال الطفولة أو المراهقة، وتتطور وتثري طوال الحياة، وتكون مختلفة وظيفياً بطريقة دالة وملحوظة.

والمخططات المعرفية مثلها مثل باقي المخططات هي تماثلات أو تصورات لا وعية للفرد اتجاه نفسه أو غيره، مكتسبة في سياق التجربة الحياتية لدى الفرد، بواسطة تفاعله المستمر والعلاقات التي ينشئها مع الآخرين (لعزاقة، لعوامري، سمارة، 2021، ص 175)

وعرفها كل من "Young, Klasko" (2005) تفسيرات شخصية وتلقائية للواقع، فهي تعالج المعلومة بطريقة لا شعورية وتؤثر في استراتيجيات التكيف لدى الفرد تظهر على شكل تشوهات معرفية تؤدي إلى ضعف معرفي *Vulnérabilité cognitive* ... (عبد الودود عبد الحافظ، 2024، ص 609)

و"جيفري يونغ Young" ركز في تعريفه على نوع المخططات الناتجة بالضبط من أحداث ماضية عاشها الفرد وترسخت في ذاكرته بشكل معين حيث أنها حسبه: "هي نماذج انفعالية ذاتية الانهزامية، تظهر مبكرا ويتكرر تواجدها، وهي مستمرة مدى الحياة، وهي غير شعورية ومتواجدة في الذاكرة طويلة المدى تمثل عبء الماضي على مستقبل الفرد". وهنا تجدر الإشارة من خلال تعريف "جيفري يونغ" إلى أن سلوكيات الفرد لا تنتمي إلى المخطط نفسه، بل تتطور، فالسلوكيات هي استجابة لمخطط ما، تكون متكيفة في بداية ظهور المخطط في الطفولة ثم تعود مع الوقت غير ملائمة وغير متكيفة وتأسر الفرد وتحكم تكيفه وتجعله نمطيا وغير متوافق مع المواقف الحياتية مما يشكل ضغطا نفسيا للفرد. ولذلك يرى أن المخططات المبكرة غير المتكيفة هي مجموعة هائلة من الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف التي تدور حول موضوع طفولي مثل: التخلي، سوء المعاملة/ الإهمال الرفض (بخته، بلميهوب، 2021، ص 96)

حسب "يونغ" فإن المخططات المبكرة غير المكيفة هي مجموعة هائلة من الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف التي تدور حول موضوع طفولي: التخلي، سوء المعاملة، الإهمال والرفض (عطا الله، معاليم، 2021، ص 235)

تعريف Young (2003) للمخططات المعرفية اللاتكيفية أنها "مخططات لها صفة الثبات والاتساع والعمق"، تتعلق بنظرة الفرد لذاته وعلاقته مع الآخرين، وتتطور أو تنمو خلال مرحلة الطفولة، وتتضح تفاصيلها خلال مراحل حياته اللاحقة، وتتميز بكونها مختلة بصورة واضحة (العمرى، جمعة، 2023، ص 243)

وبالنسبة "ليونج Young" (2003)، فإن المخططات المبكرة غير المتكيفة هي موضوعات مستقرة واسعة الانتشار وعميقة حول الذات وعلاقات الفرد بالآخرين، تتطور خلال مرحلة الطفولة وتصل طوال حياة الفرد، وتكون غير فعالة بدرجة كبيرة. تتطور هذه المخططات من خلال تفاعل بين مزاج الطفل الفطري والتجارب الضارة المستمرة للطفل مع الوالدين أو بالأشقاء أو الأقران، مثل الإساءة أو الإهمال أو النقد المفرط أو التخلي (Alfasfos, 2009, p.15)

وعرف "هاوسو" (Hawsseaut) (2009) المخطط المبكر غير المكيف أنه شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة خبرات سيئة في الماضي فهي إدراكات راسخة حول الذات وحول الآخرين والعالم، والتي تترسخ مبكراً في الطفولة نتيجة لحرمان ونقص تربوي سليم فتصبح طريقة الإدراك صلبة وسلبية عند الراشد (لعزالي، لوزاني، 2017، ص 4)

و الأنماط المبكرة غير المتكيفة هي أنماط معرفية وعاطفية ذاتية التدمير تظهر في وقت مبكر من التطور وتتكسر طوال الحياة (Jeffrey, Klosko, Weishaar, 2007, p.30)

ومما سبق نستنتج أن المخططات المبكرة الغير المتكيفة أنماط تفكير سلبية وغير وظيفية. تتطور في مرحلة الطفولة، وتستمر مدى الحياة، حيث تؤثر على تفكيرنا ومشاعرنا وسلوكنا. ويمكن أن تؤدي أيضا إلى مجموعة من المشكلات في مرحلة البلوغ، كالتقلق وصعوبات العلاقات.

2. العلاقة بين المخططات المعرفية وبعض المفاهيم الأخرى:

➤ **التوقعات/ الافتراضات:** هذه التوقعات غالبا ما ترتبط بتوقعات الفرد نحو ذاته والآخرين، ونحو المستقبل ويمكن أن تكون ايجابية ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة، وقد تكون ذات طبيعة سلبية بالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد. هذا وتؤثر المعاني الشخصية التي يضيفها وينسبها الفرد للأحداث والوقائع كذلك بشكل كبير على انفعالاته وسلوكه، كما أنها تحدد رؤيته لذاته ولعالمه ولمستقبله (طه عبد العظيم، 2007، ص 38)

➤ **الأفكار الآلية:** الأفكار الآلية هي تلك التخيلات أو العبارات أو الأفكار التي تظهر على سطح الشعور مباشرة بعد التعرض لموقف ما، وغالبا ما تكون هذه الأفكار مشوشة بشكل كبير. الأمر الذي يؤثر على الحالة الانفعالية للأفراد.

- **المعتقدات:** مجموعة من الآراء الشخصية حول الشخص نفسه والآخرين، والعالم الذي يمثل نظام التفاعل وأيضا فلسفة الحياة الخاصة، وعليه فهو يحتوي على مجموعة من المسلمات.
- **المسلمات:** تعتبر مرجعية العلاج من خلال اكتشافه للقوانين التي تتضمنها والتي تنتج عنها التنظيمات ومحتويات المخططات يستطيع معرفة اعتقادات الفرد، والاعتقاد يمكن أن يحتوي على مسلمة أو أكثر، والمخطط هو جزء من التنظيم الذي يعالج المعلومة (عطار، 2021، ص38-39)
- **التشوهات المعرفية:** تشير التشوهات المعرفية إلى تلك الأخطاء في التفكير والإدراك للمواقف مما يدفع بالفرد للتصرف والانفعال بشكل سلبي، فالمعتقدات التي يتبناها الأفراد قد تكون مواضيع للتشوهات المعرفية. فهي تعتبر همزة وصل بين المخططات المعرفية والأفكار الآلية فأى تفكير إلي ينعكس في صورة تشويه معرفي واحد أو أكثر، فالفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو يحاول فهمها تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي تستثار الاضطرابات الانفعالية لديه (طه عبد العظيم، 2007، ص142)

والتشوهات الإدراكية (المعرفية) ببساطة هي طرق يقنعها المخ بواسطتها بشيء ليس صحيحا بالضرورة، هذه الأفكار غير الدقيقة عادة ما تستعمل لتوليد طريقة تفكير أو مشاعر سلبية عن طريق إخبار أنفسنا بأشياء تبدو منطقية ودقيقة ولكن في الحقيقة كل ما تفعله هو أنها تجعلنا نشعر بشكل سيئ حيال أنفسنا. وهو مصطلح نفسي يرمز إلى العادات السيئة وطريقة التفكير الخاطئة التي نكونها عن أنفسنا وعن الآخرين من حولنا من المواقف وتراكم الخبرات الحياتية. إن طريقة التفكير الخاطئة قد تؤدي بنا إلى الهلاك إذا سمحنا لها بالسيطرة على حياتنا، قد تتغذى عقولنا على تلك الأفكار السلبية وتأخذنا للقلق والاكتئاب والأمراض النفسية (خميس، 2023، ص 61-62)

3. خصائص المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

- إن المخططات لا تركز فقط أثناء الطفولة، وإنما هناك عوامل أخرى تسبب تطورها. فالتجارب السيئة المكررة أثناء الطفولة والمراهقة يمكن أن تكون من أسباب المخططات.
- تؤثر المخططات في طريقة إدراك الأشياء وكيفية التصور وسلوكيات مماثلة للوضعيات التي تشبه أو هي تضع بصمة ماضي للطفولة على الحاضر.

- للمخططات خاصة التهديم، وتعود أسبابها للخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة والمراهقة، وتؤثر على حياتهم الشخصية والاجتماعية، المهنية للشخص ويمكن أن تنشط في بعض وضعيات الحياة.
- يمكن أن تكون ايجابية أو سلبية، مبكرة أو متأخرة. فالمخططات الايجابية والمتأخرة متكيفة. بينما المخططات السلبية والمبكرة هي مخططات اختلالية غير متكيفة.
- المخططات لا شعورية وعند نشاطها يشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل الخوف والخجل والكآبة.
- تكافح من اجل البقاء كما أننا نجد أنفسنا نتبناها لأنها أصبحت منذ مدة جزءا لا يتجزأ من حياتنا وفي الحقيقة رغم إدراكنا لطبيعتها المدمرة فنحن نجدها مريحة ومألوفة.
- تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة وتمثل حقيقة خصائص البيئة الأسرية لدى الفرد. فالمخطط يتطابق تماما مع طبيعة المحيط العائلي الذي عاشه الفرد (هادي، علي تودة، 2023، ص 648)
- قد تكون شرطية أو غير شرطية، تكون المخططات غير شرطية إذا تطورت مبكرا وتكونت من معتقدات أساسية، قوية ولا عقلانية، وتكون شرطية عندما تنشأ متأخرة، وتكون مرنة وقابلة للتعديل.
- المخططات الشرطية هي مخططات ثانوية، وتتطور لكي تعوض المخططات غير الشرطية، ويحدد "يونغ" خمسة مخططات شرطية: الخضوع، التضحية بالذات، البحث عن القبول والاعتراف، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة/ النقد المفرط.
- المخططات الغير الشرطية تنشأ منذ الطفولة وتصبح جزء لا يتجزأ إحساس الفرد بذاته والآخرين والبيئة، وحددها "يونغ" في ثلاثة عشر مخططا: الهجر/ عدم الاستقرار، الشك/ التعدي، الحرمان العاطفي، النقص/ الخجل، العزلة الاجتماعية، الاعتمادية/ العجز، قابلية التعرض للأذى أو المرض، الاندماج/ عدم النضج الذاتي، الفشل، السلبية/ التشاؤم، العقاب، الأحقية المفرطة/ التعالي، نقص التحكم الذاتي/ الانضباط الذاتي.
- عموما تتميز المخططات بجملة من الخصائص منها ما تعلق بطبيعة منشأها (الخبرات المبكرة السيئة أو الصدمات)، أو استمراريته (جامدة وغير قابلة للتغيير)، أو أنواعها (سلبية أو ايجابية، وشرطية أو غير شرطية) أو مدى تأثيرها (على الفرد وعلى علاقاته مع الآخرين)، أو مكوناتها (متعددة الأبعاد ومختلفة في الشدة)، أو تطورها (تنشأ في مراحل مبكرة وتؤثر في المراحل التالية) (مأمون، 2019، ص 25-26)

- وتنشأ المخططات المعرفية بشكل عام نتيجة التفاعل بين الحالة المزاجية الداخلية للطفل بما تتضمنه من خبرات مع الوالدين ومقدمي الرعاية والمحيطين خلال المراحل الأولى من حياته وخبراته البيئية.
- تتكون المخططات من الإدراكات الحسية والجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكيات التي يقوم بها الشخص وما تعطيه تلك الخبرات من معنى (سيفان، صقر، 2022، 692)
- تعد المخططات المعرفية مقاومة للتغيير بصفة كبيرة، وهي تؤثر في عمليات الانتباه والتذكر وكذلك السلوك بما يتفق مع محتوى تلك المخططات.
- تظل المخططات المعرفية كامنة إلى أن يستثيرها بعض العوامل الخارجية كالضغوط التي يتعرض لها الفرد، أو عوامل داخلية مثل تسارع ضربات القلب.
- تنتج المخططات المعرفية عن حاجات الطفل الانفعالية غير المشبعة في المراحل المبكرة من عمره، كما أن الخبرات السلبية والمؤلمة التي يتعرض لها الطفل وخاصة من الوالدين قد تؤدي إلى تطوير تلك المخططات والإصابة بالاضطرابات النفسية فيما بعد. وللمخططات اللاتكيفية دور كبير في نشأة المشكلات الانفعالية والسلوكية، لأنها تحدد ما يلاحظه الشخص وينتبه إليه من المنبهات الخارجية، وكذلك الخبرات التي يتذكرها، وبالتالي فهي تتحكم في تنظيم وتفسير ومعالجة المعلومات حول الذات والآخرين والعالم بصورة متحيزة تدعم محتوى تلك المخططات وتجعل من الصعب تغييرها... (سيفان، صقر، 2022، ص 693)

4. أنواع المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

في عام 1999 أشار "بيك وكلارك" Beck et Clark إلى أن هناك خمسة أنواع من المخططات المعرفية وهي المخططات المعرفية الإدراكية، المخططات الوجدانية، المخططات الفسيولوجية، المخططات السلوكية، والمخططات الدافعية (Motivationnel) (طه عبد العظيم، 2007، ص 118) وتتضمن:

- **المخططات المعرفية الإدراكية:** التخزين، التفسير، والمعاني التي يكونها الفرد عن العالم، وتعتبر الاعتقادات الجوهرية من المخططات المعرفية الإدراكية.
- **المخططات الوجدانية Affective Schémas:** فهي تتضمن كل من المشاعر الموجبة والسالبة.

➤ **المخططات الفسيولوجية:** تتضمن إدراك الوظائف الجسمية أو الفيزيائية مثل استجابة الألم التي تتضمن زيادة سرعة التنفس.

➤ **المخططات السلوكية:** فهي مثل سلوك الهروب عند الشخص المفزوع أو الخائف.

➤ **المخططات الدافعية:** ترتبط المخططات الدافعية بالمخططات السلوكية، وهناك أمثلة عن المخططات الدافعية تتضمن الرغبة في تجنب الألم، والرغبة في الأكل، والرغبة في الدراسة، والرغبة في اللعب (طه عبد العظيم، 2007، ص 119)

5. **نظرية المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة حسب "يونغ Young و"بيك Beck":**

➤ **نظرية "بيك Beck" للمخططات:** أشار "بيك Beck" إلى أن لكل فرد مجموعة من المخططات التي تكونت نتيجة تفاعله مع البيئة، وهذه المخططات تنعكس على الجوانب الحياتية له مثل اتجاهاته، مشاعره، أفكاره، أهدافه. وأكد "بيك" أن المخطط عبارة عن مجموعة من القواعد التي تحدد الإطار العام لفهم واستقبال الخبرات الحياتية، وأكد أن الاستجابات الانفعالية للفرد تتحدد من خلال تنظيم الفرد لخبراته، وعلى هذا الأساس تم التعامل معها على أنها (جيدة أم سيئة). فان يؤدي إلى مشاعر ايجابية أو سلبية ومحتوى هذه المشاعر يرتبط بطريقة إدراك الفرد للمواقف والأحداث الحقيقية... (الشبراوي، 2023، 89)

➤ **المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة حسب يونغ:** قام "جيفري يونغ" وزملائه (1990، 2003) بتطوير نموذج "أرون بيك" في العلاج المعرفي، ووضع نموذجه التكاملي الذي سماه "العلاج بالمخططات" أو "علاج منظومة التفكير". وهدف لعلاج اضطرابات الشخصية المزمنة، واقترح "يونغ" مجموعة محددة من المخططات سماها: "المخططات المبكرة غير المتكيفة"، والتي تمثل المستوى العميق من المعرفة، وتعد الأسباب الكامنة وراء ظهور أنماط الشخصية المرضية (صحراوي، 2023، ص 24)

وتتسق نظرية "يونغ" في المخططات إلى حد كبير مع النظريات المعرفية الأخرى التي وضعها "بيك وسيجال"، فكل منها وف المخططات المعرفية على أنها مركبات ثابتة ومستمرة تنشأ مبكرا في الحياة، وتشكل مفهوم الفرد لذاته، وتؤثر في معالجة المعلومات التي ترتبط بالذات والبيئة المحيطة بالفرد، وتعد المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية التي اقترحها "يونغ" تطورا لأفكار "بيك" حول التشوهات

المعرفية وثالوث الاكتئاب، فهو يتضمن المسار الخطي الذي طوره في البداية من الخطوات المتتابعة الآتية: خبرة الطفولة السلبية للمخططات - أفكار تلقائية - تفسيرات سلبية - مشكلات سلوكية/ انفعالية.

والمخططات هي أفكار محورية تتطور عبر الحياة تماثل معتقدات أنماط الحياة عند "أدلر" (Adler) التي تؤثر في تفسير الفرد للأحداث، وهذه التفسيرات غالبا ما تصبح تلقائية أي أنها تقفز إلى ذهن الفرد مباشرة دون وعي منه بذلك. وتشرح نظرية المخططات المعرفية المبكرة وفقا "ليونغ" العلاقة بين خبرات الطفولة والحالة المزاجية الفطرية لدى الفرد والنتائج النفسية والاجتماعية والشخصية المترتبة على ذلك في مرحلتي المراهقة والرشد (وليد صلاح عبد المنعم، 2021، 3776-3777)

إن نموذج "يونغ" يركز على المخططات غير المكيفة للطفولة، وهو بذلك لا يبتعد عن تيار العلاج المعرفي مع نظريات "بيك"، حيث يقدم هذا النموذج مميزات مختلفة:

- يؤكد على دور المخططات المبكرة غير المكيفة.
- المحافظة على سيروية سلامة المخططات. أنه لا يتبنى تصنيف (DSM3، Ret5)، ولكنه يشخص المخططات غير المكيفة النمطية عن طريق الموازين أو المعايير المؤسسة اللازمة للتشخيص في الأولوية.
- يحلل تاريخ عملية النمو المرضية لكي يوضح ويفسر تكوين المخططات، ويستخدم معطياته في العلاج (المخططات) (صحراوي، 2023، ص 27)

وانطلاقا من النموذج المعرفي "بيك" وآخرون (1979) عرض "يونغ" الافتراضات النظرية الأربعة للمخططات كما يلي:

- المخططات المبكرة غير المكيفة.
- إبقاء المخططات من طرف المعلومات المشوهة.
- تجنب المخططات.
- تعويض المخططات (صحراوي، 2023، ص 27)

إذن، نستنتج مما سبق أن نظرية المخططات لـ "بيك ويونغ"، نظام علاجي شامل يدمج بين العديد من النظريات والتقنيات من مختلف العلاجات كالعلاج المعرفي السلوكي، العلاج العلائقي والتحليلي،

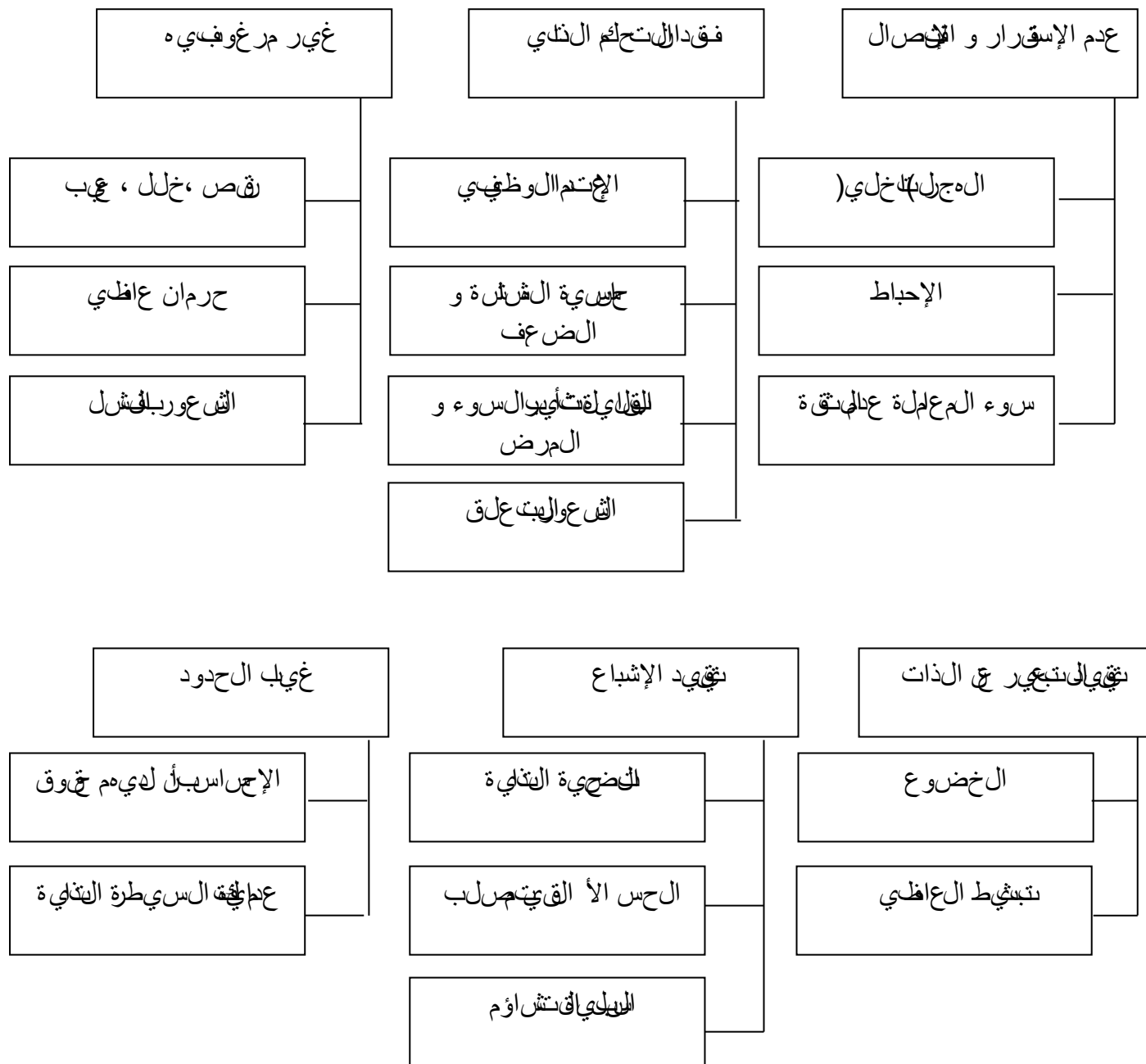
ونظرية التعلق. بحيث تركز نظرية المخططات على تعديل السلوك. وتعتمد على ثلاثة مفاهيم رئيسية: المخططات المبكرة غير المتكيفة، أساليب التكيف والصيغ. ونجد أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تتشكل في مرحلة الطفولة حسب "يونغ". وذلك من خلال التفاعل مع البيئة والأفراد الذين نشأوا معهم.

6. ميادين (مجالات) المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

تم تصنيفها في خمسة مجالات للحاجات العاطفية غير المشبعة. وقد مر هذا التصنيف بعدة مراحل وهي:

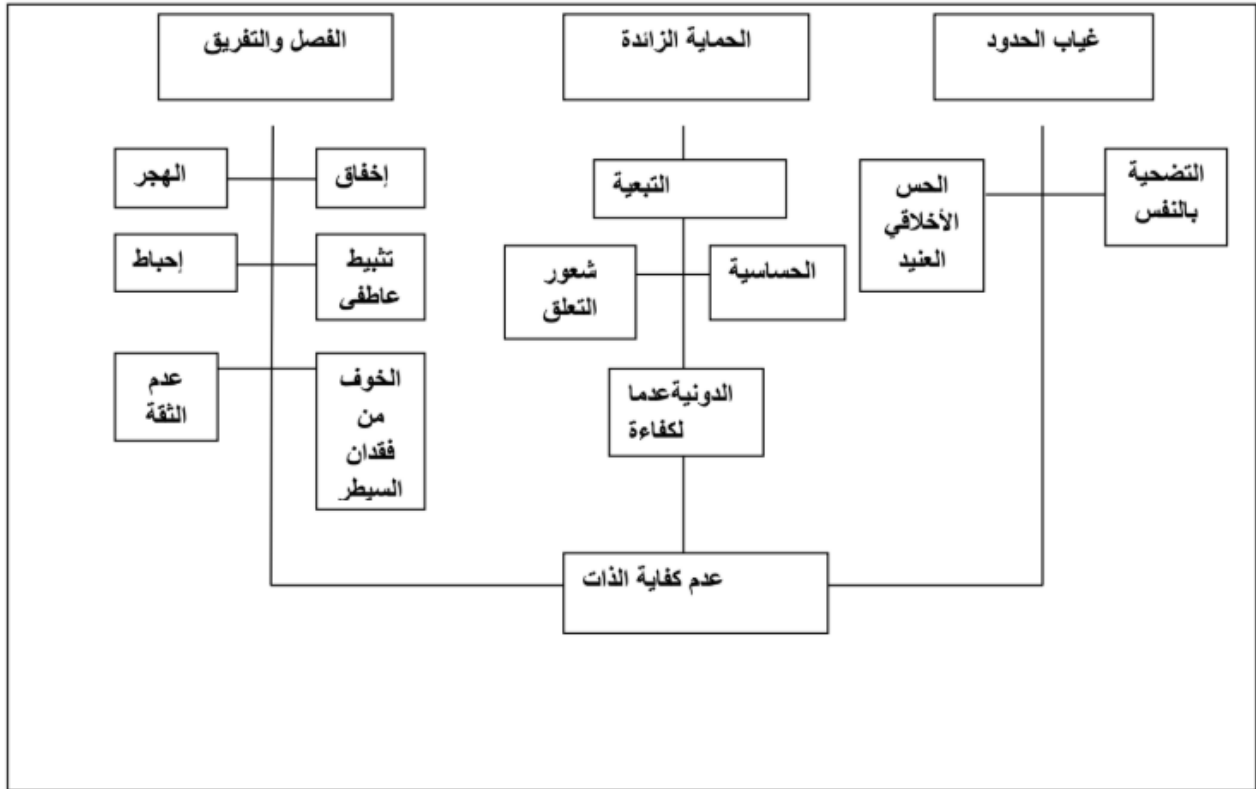
- **التصنيف الأول:** تصنيف "يونغ" (1991)، وضع نموذجاً هرمياً للمخططات المبكرة غير المتكيفة، ولخصه في الشكل التالي:

الشكل (01): مخطط يمثل نموذج "يونغ Young" 1991 الهرمي للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة



(صحراوي، 2023، ص 28-29)

التصنيف الثاني: تصنيف "شميد" (Schmidt) و"جواني" (joiner)، "يونغ" (young)، و " تيش " (Tech) (1995): بعد القيام بدراسة عملية ثم التوصيل إلى تصنيف هرمي جديد لخصه " فوفان" (Fofana) في الشكل التالي:



الشكل (02) : المخطط التصنيفي الأولي للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة حسب يونغ

(صحراوي، 2023، ص30)

ومن خلال التصنيفين السابقين الأول والثاني. نلاحظ أنه هناك بعض الاختلافات في الشكلين (01) و (02) للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة. لكن مع ذلك حافظ كلا التصنيفين على عدد المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة الثمانية عشر التي تتبع الحاجات الأساسية الخمسة الغير المشبعة. وتصنف هذه المجالات كالاتي:

6. 1 المجال الأول: الانفصال والترك Séparation et Rejet

نجد أن المفحوصين المنتمين إلى هذا المجال يكونون مقتنعين أن حاجاتهم للأمن، الحب والاستقرار لم تشبع أبدا. كما نجد أن عائلات هؤلاء المفحوصين يكونون غير مستقرين، تاركة، باردة، وفي بعض الأحيان عنيفة واعتدائية: المفحوصين المنتمين للمجال الأول هم الذين يتعرضون أكثر لسوء المعاملة ويبدوا بطريقة جدية (العلاقة العلاجية جد مهمة في علاج هؤلاء المفحوصين). ويمكن تنشيط أو إثارة هذه المخططات في هذا المجال عندما يتعرض الشخص للإهمال أو الخسارة مثل وفاة أحد الوالدين أو تجربة الإساءة العاطفية أو الجسدية (تغليت، هلال، 2018، ص36)

ويشمل هذا المجال المخططات الخمس التالية:

✓ مخطط التخلي وعدم الاستقرار: Schémas d'abandon / Instabilité

الأشخاص الذين يمتلكون هذا المخطط مقتنعون بأن من يهتم بهم سوف لن يستمروا في منحهم الدعم العاطفي والقوة والاتصال والحماية، ويخافون من فقدان أحد الوالدين بالموت أو الهجر (تواتي، 2018، ص41)

✓ مخطط الحذر/ التجاوز (عدم التحكم في الاستعمال):

ينظر العميل من الآخرين أن يجعلوه يعاني، يعاملونه بسوء، يحتقرونه، يكذبون عليه، يخدعونه ويستغلونه. بصفة عامة، تترك هذه المعاناة على أنها قصدية أو نتاج إهمال حاد وغير مبرر. وهذا أيضا يمكن أن يعطي شعورا بحرمان دائم بالنسبة للآخرين.

✓ مخطط الحرمان العاطفي:

يشعر العميل بأن الآخرين لا يعطونه السند العاطفي الذي يحتاجه. وهو مقتنع بهذا الشعور، يميز "يونغ"، ويميز ثلاثة أنواع أساسية:

- نقص المشاركة العاطفية: غياب الانتباه، العاطفة، الدفء والصدقة.
- نقص التقبل العاطفي: غياب شخص متفهم ينصت إلينا، مع من يمكننا أن نتحدث عن أنفسنا أو نتبادل المشاعر.

– نقص الحماية، غياب شخص قوي يوجه وينصح (ماكور، 2016، ص104)

✓ مخطط النقص والخجل: **Schémas d'imperfection /honte**

يحكم الفرد على نفسه أنه ناقص، وغير قادر وبعدم القدرة والسوء وملاحظة الآخرين ذلك يدفعه من كره هو يظهر لديه شعور بالإهمال مقارنة مع الآخرين ونقص الثقة والخجل من العيوب الملاحظة سواء داخلية: الأنانية، الغضب، رغبات جنسية أو خارجية (عيب جسمي).

✓ مخطط الانعزال الاجتماعي: **Schémas d'isolement social**

هو الشعور بالانعزال، الانقطاع عن باقي العالم، مختلف عن الآخرين، أو عدم الانتماء لأي جماعة أو مجموعة خارج العائلة (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص305)

2.6 المجال الثاني: نقص الاستقلالية والانجاز **Manque d'autonomie et de performance**

يفسر "جيفري يونغ Young" الاستقلالية بأنها قدرة على الانفصال عن عائلته وأن يتصرف بطريقة مستقلة، كما يفعل الأشخاص الذين لديهم نفس سنة. يتوقع ويأمل العملاء الذين لديهم مخططات من هذه المجموعة، أن يتصرفوا باستقلالية وان يتوصلوا إلى نجاح كاف، تجاه أنفسهم والعالم الذي لا يتماشى مع قدراتهم المدركة للبقاء على قيد الحياة. كان أوليائهم يقومون بكل شيء عوض عنهم ويفرطون في حمايتهم عندما كانوا أطفالا، أو بالعكس تماما، كانوا لا يهتمون بهم إلا قليلا. وغالبا ما اشتهر هؤلاء الآباء في تهديم ثقة أبناءهم بأنفسهم ولم يعرفوا كيف يقووا ويدعموا قدراتهم خارج البيت. وبالتالي، لا يمكن لهؤلاء العملاء أن يخلقوا هوية خاصة بهم أو بناء حياة خاصة بهم. فهم ليسوا مؤهلين لتحديد أهداف شخصية والتحكم في المهارات الضرورية فهم يبقون أطفالا في حياتهم كراشدين. وهذا فيما يتعلق بالكفاءة. وتضم هذه المجموعة أربعة مخططات مبكرة غير متكيفة، وهي:

✓ مخطط التبعية /عدم الكفاءة: **Schémas Dépendance / Incompétence**

يضمن الشخص أنه غير قادر على مواجهة المسؤوليات اليومية دون مساعدة الآخرين (مثلا: التصرف في ماله، حل المشكلات اليومية، إثبات النية الحسنة، عرض نشاطات جديدة، اتخاذ قرارات)،

يقول غالبا: "أنا لست قادر على...". يظهر غالبا هذا المخطط باستسلام أو نقص كبير للمبادرة (ماكور، 2016، ص105-106)

✓ **الخوف من المرض والخطر "الهشاشة النفسية": *Peur de danger ou de maladie***

هو خوف الفرد المبالغ فيه من حدوث كارثة متوقعة في أي لحظة وعدم قدرته على مواجهتها، فقد تكون صحية أو انفعالية أو فوبيا (فتحي، 2022، ص19)

وتأخذ المخاوف أشكال عدة:

- الكوارث الطبية: مثل نوبة قلبية، الايدز...
- الكوارث الانفعالية: مثل الجنون وذهاب العقل...
- الكوارث الطبيعية: مثل الزلزال، انهيار المصاعد، الإيذاء من قبل المجرمين، حوادث الطائرات...

وعادة ما ينشأ هذا المخطط نتيجة خوف الأسرة والتأكيد للطفل على أن العالم مكان مليء بالخطر (رفعت، 2021، ص204)

✓ **مخطط الذوبان / شخصية ضامرة (ضعيفة):** يقصد به الارتباط الانفعالي الشديد بشخص أو عدة أشخاص، غالبا الوالدين، على حساب تكيف اجتماعي عادي وتفرد مكتمل. غالبا جدا، هو الاعتقاد بأنه يوجد على الأقل شخص واحد من بين الأشخاص الذين يرتبط بهم لا يمكنه العيش بدون الآخرين وأن يكون سعيدا دون الآخر. يمكن أن يكون للعميل إحساس بأنه مخنوق، تضيق نفسه من الآخرين، يتحد معهم أو يشك في نفسه وفي هويته الخاصة به، له إحساس بالفراغ، دون هدف أو في حالات قصوى يتساءل عن وجوده (ماكور، 2016، ص106)

✓ **مخطط الفشل:** يتعلق هذا المخطط بالاعتقاد أننا: سوف نخسر حتما، نحن غير قادرين على النجاح مثل الآخرين (الدراسة، العمل، الرياضة...)، غالبا ما يحكم العميل على نفسه بأنه أحمق، غير كفي، بدون مواهب، جاهل، ناقص عن الآخرين (ماكور، 2016، ص107)

ويتضمن هذا المخطط شعور الفرد بعدم قدرته على النجاح مثل الآخرين لاعتقاده بأنه عاجز وأحمق وأقل مكانة من الآخرين والخاضع لهذا المخطط لديه تقدير ذات منخفض ولا يمكنه إنهاء عمله ويقوم بتجنب أو تأجيل المهام والمشاريع المهنية الجديدة (تواتي، 2018، ص42)

6. 3 المجال الثالث: نقص معرفة الحدود

الأفراد الذين لديهم هذه المخططات من هذا الميدان، لم ينمو قدراتهم على معرفة حدودهم المناسبة في مجال التبادل والتحكم الذاتي، كما يمكن أن يكون نقص في معرفة الحدود الداخلية، نقص في معرفة مسؤولياته تجاه الآخرين أو قدرتهم على تسطير أهداف في المستقبل. هناك صعوبات في تقدير حقوق الآخرين ومساعدتهم أو الالتزام بارتباطات أو حتى الصبر والانتظار، تظهر هذه الحالات على أنهم أنانيين، مدللين، غير مسؤولين ونرجسيين (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص306-307)

وهذا المجال يحتوي على المخططات التي جاءت نتيجة الإحباط في الحاجات الأساسية لتحقيق الحدود الواقعية والتحكم أو الضبط الذاتي. هذا المخطط ينطوي على نقص الوعي باحتياجات ورغبات الآخرين، وعدم القدرة على التحكم في الذات، والشعور بالتفوق وعدم القدرة على الانخراط في العلاقات المتبادلة. في هذا المجال يحس الفرد نفسه أنه مميز وان حريته ليست مقيدة بقيود (تغليط، هلال، 2018، ص36)

وتتضمن هذه المجموعة مخططين مبكرين غير متكيفين، وهما:

✓ **مخطط حقوق شخصية مبالغ فيها/ تكبر:** يتناسب هذه المخطط مع التأكيد بأننا أعلى مقاما من الآخرين وبهذا، فلنا حقوق خاصة وامتيازات. العملاء الذين لهم هذا المخطط، يشعرون أنهم مجبرين على إتباع الأدوار والاتفاقيات الاجتماعية العادية مثل باقي الناس، يرون أنهم يجب أن يتمكنوا من فعل أو الحصول على ما يريدونه فعلا دون النظر إلى ما سيكلفه هذا الأخير، أو لديهم ميل لتأكيد قوتهم أو رأيهم ومراقبة الآخرين لحساب فائدتهم الخاصة دون النظر إلى رغبة الآخرين للاستقلالية، هم منشغلون بدرجة كبيرة بترفعهم وتكبرهم (نجاحات، شهرة) من أجل الوصول إلى الحكم، وليس بهدف البحث عن الرضا أو الانتباه. هم بوجه خاص، متطلبون، متشددون، مسيطرون ويفتقدون للتقبل العاطفي.

✓ **مخطط تحكم ذاتي / تنظيم غير كافي:** يتمثل المشكل الرئيسي في عدم القدرة على التحكم في الذات أو رفضه. لا يتحمل العميل إحباطا في رغباته وهو قادر على تهدئة تعبيرات انفعالاته واندفاعاته (ماكور، 2016، ص107-108)

هذا المخطط يجعل الفرد عاجزاً عن التحكم الذاتي في انفعالاته واندفاعاته، لا يتساهل مع الاحباطات الناجمة عن المهام التي تتطلب الأداء الشخصي، كما أنه يستجيب لرغباته بشكل متهور ويتجنب المواقف المزعجة والمؤلمة والتي فيها صراع أو مسؤوليات، هؤلاء الأفراد فاشلون في الكثير من ميادين الحياة الشخصية والمهنية، ويميلون لإشباع رغباتهم قصيرة المدى مهما كانت النتائج. ويتميزون بالإهمال وعدم الاستقرار، وعدم التنظيم والتلقائية ولا يستطيعون إنهاء أعمالهم اليومية، كذلك التعبير عن المشاعر بطريقة مبالغ فيها واستعراضية. وهي السمات الغالبة على تصرفاتهم، ويظهر الفرد في هذا المخطط تركيزاً مبالغاً فيه على تجنب التفاصيل غير المريحة، مثل: تجنب الألم، الصراع، المواجهة، والمسؤولية، ويكون كل ذلك على حساب الفردية الكاملة، الالتزام أو السلامة (صحراوي، 2023، ص35-36)

4.6 المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين

يلبي الشخص بصفة مفرطة حاجيات الآخرين على حساب حاجياته وذلك بهدف الحصول على روابط عاطفية أو لتجنب التخلي عنهم. عندما كانوا أطفالاً ليست لهم الحرية لإتباع ميولهم الطبيعية وفي الرشد لا يحسون بالطلبات الداخلية بينما يلبون طلبات ذات الأصل الخارجي ويتابعون دائماً رغبات الآخرين. أن الجذور النموذجية لهذا المخطط هو القبول الاشرطي: بمعنى إذا أراد الطفل أن يخفف من حاجياته الشخصية. وفي عائلات هؤلاء الأشخاص نجد الوالدين يهتمون كثيراً لرغباتهم الشخصية أو لمكانتهم الاجتماعية التي يضعونها قبل حاجيات الطفل (تغليت، هلال، 2018، ص36-37)

وتتضمن هذه المجموعة ثلاثة أنواع من المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، وهي كما يلي:

- ✓ **مخطط الخضوع (الانقياد):** يتمثل في الخضوع المفرط لمراقبة الآخرين لأننا نشعر أننا مجبورين على التصرف على هذا النحو لتجنب الغضب، الانتقام أو الإهمال. ويوجد مظهران أساسيين:
- **إخضاع الحاجات:** قمع رغبات الفرد الخاصة وأشياءه المفضلة.
- **إخضاع الانفعالات:** قمع الاستجابات الانفعالية الخاصة، خصوصاً الغضب (ماكور، 2016،

ص109)

في هذا المخطط نجد الشخص يستسلم تماماً لسيطرة الآخرين ورغباتهم على حساب رغباته وإرادته لكي يتجنب الغضب أو التخلي أو الهجر. لذلك لا يوجد لديه خياراً آخر غير الخضوع، فهو مفرط الحساسية ويعتقد انه هو المسؤول دائماً على راحة الآخرين. كما أنه يدرك رغباته وأرائه ومشاعره غير

مهمة بالنسبة للآخرين مما يؤدي إلى تراكم الغضب والذي يعبر عنه في ثورات غضب وانسحاب وجداني وأعراض سيكوسوماتية. وينشأ هذا المخطط نتيجة وجود أسرة شديدة التحكم والسيطرة والتهديد للطفل، وعدم احترام رغباته أو إتاحة الفرصة له لاتخاذ قراراته وتحمل مسؤولياته (رفعت، 2021، ص206)

✓ **التضحية بالذات:** اعتقاد الفرد بأنه ملزم بتلبية حاجات الآخرين ورغباتهم طوعية وإن كان ذلك على حساب حاجاته الداخلية، وذلك لمنع الآخرين من الشعور بالأسي الألم، ولكي يتجنب الشعور بالإثم والأناية (مبارك، عبد الحميد، عباس، 2022، ص27)

✓ **السعي للقبول/ طلب التقدير والاعتراف:** الاهتمام الرئيسي للأشخاص في مخطط السعي للقبول هو التركيز المفرط على كسب الاهتمام والقبول من الآخرين والتكيف مع الآخرين ومجاراتهم على حساب تطوير إحساس واقعي وامن بالذات، ويرتبط الاعتداء بالذات وتقديرها واحترامها بالنسبة لهؤلاء الأشخاص بردود أفعال الآخرين بدلا من ميولهم ونزعاتهم الطبيعية. وهم يؤكدون على المكانة والمظهر والقبول الاجتماعي والمال والثروة والانجازات ليس من اجل القوة أو السلطة في المقام الأول، ولكن من اجل كسب الحب أو الإعجاب أو الاهتمام من الآخرين أولا (عبد الرحمن، سراج، 2015، ص14)

5.6 المجال الخامس: اليقظة والكف

في هذا المجال يقمع المفحوص التعبير التلقائي عن أحاسيسه ونزواته، والمشكل الأساسي هو المراقبة المفرطة لردود الفعل للمشاعر والاختيارات لتجنب الأخطاء والاحتفاظ بالقواعد الشخصية الصلبة التي تخص التعامل والإلتقان التي تكون غالبا على حساب عناصر الحياة الأخرى: الرغبات، الهوايات، الأصدقاء أو على حساب الصحة. غالبا تتميز طفولة هؤلاء الأشخاص بعدم السعادة، بالتحفظ والصرامة أين يكون التحكم في الذات وإنكار الذات أفضل من التلقائية واللذة، كما أنهم غير مشبعين على اللعب والبحث عن السعادة، بل تعلموا أن يكونوا جد يقظين فيما يتعلق بالحوادث السلبية في الحياة وفي عائلات هؤلاء الأطفال نجد أن العمل، الواجبات، الإلتقان، الخضوع، إخفاء المشاعر وتجنب الأخطاء هي اعتبارات أكثر أهمية من السعادة (تغليت، هلال، 2018، ص37)

ويندرج في هذا المجال المخططات الأربعة التالية:

✓ **مخطط السلبية والتشاؤم Négativité / Pessimisme** : يهيمن هذا المخطط وبصورة متمركزة حول المواضيع السلبية للحياة، مثل: الأم، الموت، الضياع، فقدان الأمل، الصراع، الخيانة، الشعور بالذنب، خلق مشاكل بدون حل، الأخطاء المتوقعة، ويقللون الاهتمام بالمواضيع الايجابية فتتدخل توقعاتهم المبالغ فيها في مختلف المواقف، العمل، الوضع المالي، العلاقة مع الآخرين، سرعان ما يصبح كل شيء سيئاً. هؤلاء لديهم خوف مبالغ فيه بالوقوع في الأخطار والقلق من النتائج (خربان، خسارة، موقف غير لائق). كما يضخم الأحداث الجزئية السلبية، هؤلاء يقضي معظم وقته مشغول البال، غير راض ومتردد.

✓ **التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات**: تتحكم هذه الحالات بردود الأفعال التلقائية وبصورة مفرطة في الانفعالات والأحاسيس والكلام، وهدفها تجنب فقدان التحكم بالدوافع أو لوم الآخرين ومن أهم المجالات نجد:

- كف الغضب والعدوانية.
- التحكم في الدوافع الايجابية كالفرح والأحاسيس العاطفية والرغبات الجنسية.
- الصعوبة في التعرف على نقاط ضعفهم أو سهولة التعبير عن رغباتهم أو أحاسيسهم.
- الاهتمام المفرط بربط الأحداث بالمنطق والعقل على حساب الانفعالات. تتميز هذه الحالات كونها مملّة صارمة، باردة وجافة (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص 310-311)

✓ **مخطط المعايير الصارمة والنقد المفرط**: يسعى الأشخاص الذين لديهم هذا المخطط لتحقيق أعلى معايير السلوك والأداء بشكل مبالغ فيه، ويثابرون لبلوغ أعلى المعايير تجنباً للنقد، وهذا يؤدي إلى الشعور بالضغط أو نقص المتعة والسعادة والصحة وتدني تقدير الذات أو بناء علاقات حقيقية (تغليت، هلال، 2018، ص 43)

✓ **مخطط العقاب Schéma de Punition** : يميل أصحاب هذا المخطط إلى الاعتقاد أن الأفراد يجب أن يعاقبوا بشدة على الأخطاء التي يرتكبوها والميل إلى عدم التسامح والتهاون مع ارتكاب الأخطاء وسرعة الغضب وعدم التهاون مع الذات (عبد المنعم، 2021، ص 26)

حسب "يونغ Young" المخططات نابعة من خمس حاجات عاطفية أساسية غير مشبعة، كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (02): يوضح العلاقة بين المخططات المبكرة غير المتكيفة والحاجات العاطفية غير المشبعة والممارسات التربوية الوالدية.

المجال	الحاجات الأساسية غير المشبعة	المخططات المبكرة غير المتكيفة	الممارسات التربوية الوالدية
الانفصال والرفض.	الحاجة إلى الأمن.	1- مخطط التخلي /عدم الاستقرار. 2- مخطط الشك /التعدي. 3- مخطط الحرمان العاطفي. 4- مخطط عدم الإتيان /الخجل. 5- مخطط العزلة الاجتماعية.	- عدم الاستقرار. - سوء المعاملة. - الرفض، والبرود ونقص الحماية. - الانعزال عن العالم الخارجي.
نقص استقلالية الذات والأداء.	الحاجة إلى الاستقلالية.	1- مخطط التبعية /عدم الكفاءة. 2- الخوف من الخطر أو المرض. 3- الاندماج /الشخصية المندمجة. 4- مخطط الفشل.	- الحماية المفرطة. - تلبية كل متطلبات الأطفال. - عدم تعلم المسؤولية. - الإهمال، عدم تشجيع العلاقات خارج العائلة.
نقص الحدود	الحاجة إلى تطوير الحدود حول (تبادل الشعور والمراقبة الذاتية). الإحساس بالمسؤولية.	1- مخطط الحقوق الشخصية المبالغ فيها/ التعالي. 2- مخطط نقص الرقابة الذاتية/ نقص إنضباط الشخصية.	- تسامح الأولياء. - عدم فرض الانضباط. - عدم تعلم الرقابة الذاتية. - التعالي على الآخرين.
التوجه نحو الآخرين		1- الخضوع. 2- التضحية بالذات (إنكار الذات). 3- البحث عن الاستحسان والعرفان بالجميل.	- عدم وجود الحرية لتلبية الميول الطبيعية للطفل. - التقبل المشروط. - التقليل من الحاجات الشخصية مقابل الحصول على الحب. - حاجات الوالدين أهم من حاجات الطفل.
اليقظة المفرطة والكف	الحاجة إلى التلقائية.	1- السلبية/ التشاؤم. 2- المراقبة المفرطة للانفعالات. 3- المتطلبات العالية/ المبالغة في النقد. 4- مخطط العقاب.	- الصراحة والتحفيز. - مراقبة الذات. - عدم التشجيع على اللعب. - تعلم اليقظة اتجاه الأحداث السالبة. - إخفاء المشاعر. - التشجيع على العمل وأداء الواجب والوصول إلى الكمال.

(عطار، 2022، ص 61-62-63)

7. مصدر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

حسب "يونغ Young" هناك ثلاث مصادر لنشوء المخططات المبكرة غير المتكيفة تتمثل فيما يلي:

1.7. الحاجات العاطفية الأساسية: Les besoins émotionnels fondamentaux

الفكرة الأساسية التي انطلق منها "يونغ Young" هي أن المخططات المبكرة غير المتكيفة هي نتيجة لحاجات انفعالية أساسية غير مشبعة خلال الطفولة، وقد اقترح خمس حاجات انفعالية أساسية لدى الإنسان تتمثل في:

- الأمن المتعلق بالارتباط بالآخرين (الاستقرار، والأمن، والتربية الايجابية والتقبل).
- الاستقلالية والكفاءة، والشعور بالهوية.
- الحرية في التعبير عن الحاجات والانفعالات.
- التلقائية واللعب.
- الحدود الواقعية والمراقبة الذاتية.

ويعتقد "يونغ Young" أن هذه الحاجات هي عامة توجد لدى كل الأشخاص غير أنها تختلف في ترتيبها من حيث الأهمية من شخص لآخر. فالشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الذي تمكن من إشباع حاجاته العاطفية الأساسية. على العكس من ذلك فإن التفاعل بين الطبع الفطري للطفل ومحيطه المبكر السالب ينتج عنه إحباط بدلا من إشباع فيما يخص حاجاته العاطفية الأساسية (عطار، 2022، ص47-48)

يرجع "يونغ Young" كل مجموعة من المخططات إلى الحاجيات الأساسية الغير المشبعة خلال الطفولة، وبهذا يعتبر أنه هناك (06) شروط أساسية في النمو الشخصي للطفل وهي:

✓ **الأمان الأساسي (Sécurité de base):** فهو الأمان الأساسي تخلق مخططات التخلي والحذر، إذ هناك بعض المخططات هي الأكثر أهمية من الأخرى ومن الأكثر أساسية هي التي ترتبط بالأمان والتي تتشكل مبكرة. ويمكن أن تؤثر على الرضيع فالإحساس بالأمان مهم بالنسبة للرضيع، فهي مسألة موت أو حياة. فهذه المخططات تبين الطريقة التي يتعامل بها الطفل في عائلته، فالطفل يعاني بشدة من تهديد بالتخلي من قبل الأشخاص الذين يحبونه ويحمونه. فهذا الطفل لا يحس أبدا بالأمان

فهو هش وضعيف. وهو يفكر أن الشخص الأكثر أهمية بالنسبة له سوف يتركه أو يؤذيه، فالطفل بحاجة دائما إلى وسط عائلي مستقر وآمن.

✓ **علاقات البنية الشخصية (Relations interpersonnelles):** إن هذه العلاقات تابعة لمخططات "النقص العاطفي" و "الانطواء". فالحب والاهتمام والعطف والتقدير يؤدي إلى تطوير علاقات بين شخصية مرضية (Satisfaisantes). ونجد نوعين من هذه العلاقات: العلاقات الحميمية والاجتماعية، فالأولى تطور روابط عاطفية والثانية تحدث الإحساس بالانتماء. فالطفل عندما يعيش هذه العلاقة بطريقة سيئة تجعله يحس أنه مهمش ووحيد ويشعر بفراغ داخلي كبير.

✓ **الاستقلالية (Autonomie):** إن الحاجة للاستقلالية تجعل الشخص يشكل مخطط "التبعية Dépendance" و "الهشاشة Vulnérabilité"، لكي يطور الطفل الاستقلالية هو بحاجة لان يتوفر في محيطه "موضوع تعويضي Objet transitionnel"، الذي يسمح له بالوعي بهويته. فالطفل يتعلم الاتصال وأنه يمكن أن يذهب ويعود، وبالتالي يتعلم الاعتماد على نفسه وتمل المسؤولية. بالعكس وسط غير مستقر وغير آمن يؤدي أو بفضل التبعية. فالطفل الذي يعيش في هذا الوسط يصبح راشد خائف من كل شيء غير معتمد على نفسه (ماكور، 2016، ص98)

✓ **تقدير الذات (L'estime de soi):** إن تقدير الذات تدخل في مخططات "عدم الكفاءة Imperfection" و "الفشل L'échec". إن هذه الفكرة تتركز على الوعي بالقيمة الشخصية والاجتماعية والمهنية وتتشكل عند الطفل الذي يحس بالحب والتقدير من طرف عائلته وأصدقائه بينما الانتقاد الهدام والرفض هي سيئة لتقدير الذات. فالشخص الذي له إحساس بعدم الكفاءة يحمي نفسه ضد أحكام الآخرين، ومع الوقت يسقط في الفشل فهو يعاني من إحساس بالدونية، ويصبح جد حساس للانتقاد والرفض. حيث أن أي منافسة حتى ولو كانت تافهة تجعله يشعر بالقلق فيحاول تجنب ذلك دائما أو يوجهها بضيق.

✓ **التعبير عن الذات (L'expression de soi):** إن من هذه الحاجة تخلق مخططات "التقييد أو الخضوع (Assujettissement) و"المتطلبات العالية (Exigences élevées).

فهي مرتبطة بالحاجة إلى التعبير بحرية عن آرائه وانفعالاته (من بينها الغضب) وطلباته الطبيعية. لهذا فالشخص يجب أن يقتنع أن حاجياته أيضا مهمة كما الآخرين. كما انه حر للتصرف بكل تلقائية وأن له الحق في الحصول على الأنشطة، وان تكون له اهتمامات خاصة لنفسه بدون الانشغال فقط

بالآخرين. فالاحتواء العائلي الجيد يعزز هذه الاكتسابات وتقدير الآخرين، بينما العقاب غير العادل والتعجيز والنقد والسيطرة تعطل التعبير عن الذات (ماكور، 2016، ص99)

✓ **الحدود الواقعية (Les limites réalistes):** من المهم أن يتعلم الأطفال بعض القوانين من أجل العيش في مجتمع مع الآخرين، يجب أن يفهموا معنى الاستقلالية أو حرية التعبير عند التعامل مع الآخرين، متى وكيف يستعملونها، ويتعلمون أيضا التسامح والتعامل مع احباطاتهم (ماكور، 2016، ص99)

✓ **دور خبرات الحياة المبكرة (Le rôle des expériences précoces de la vie):**

تعد الخبرات المضرة في الطفولة وسوء المعاملة داخل الأسرة النووية والممتدة وصدمات الطفولة من أسباب نشوء المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية وتنشأ داخل النسق الأسري وبفعل العلاقات الوالدية على وجه التحديد، لذلك فإن الفرد الراشد حينما يكون في موقف تنشط فيها مخططاته، فإنه يعيد معايشة مناخ النسق الأسري في طفولته وبكل عناصره وصراعاته وخبراته المؤلمة وعلاقته مع والديه وناحية أخرى تشكل البيئة المحيطة والإخوة والأقران وزملائه الدراسة والنسق البيئي المصغر عوامل لنشوء المخططات (وليد صلاح محمد عبد المنعم، 2021، ص3770)

وقد ميز "يونغ Young" أربعة أنواع من الخبرات التي تؤدي إلى نشوء المخططات المبكرة غير المتكيفة، وهي:

✓ **إحباط الحاجات (La frustration des besoins):** تظهر عندما يحرم الطفل من حاجاته الأساسية في وسطه مبكرا، فنقص الاستقرار والفهم والحب يؤدي بالفرد إلى الشعور بالحرمان العاطفي، مما يؤدي إلى تشكل مخطط النقص العاطفي أو التخلي.

✓ **التعرض للصدمات أو الضحية (La traumatisation ou la victimation):** عندما يكون الطفل ضحية أو يعامل بسوء يطور مخطط الشك/ التعدي (Méfiance, abus)، وكذا مخطط عدم الإتيقان (Imperfection)، والخوف من الخطر أو من المرض (Peur de danger ou la maladie).

✓ **الإفراط في إشباع الحاجات (L'excès de satisfaction des besoins):** إن إفراط الوالدين في إشباع حاجات الطفل المهمة والجيدة، والتي من الأفضل تلقيها باعتدال يؤدي إلى ظهور مخطط

التبعية أو عدم الكفاءة (Dépendance / incompetence)، والحقوق الشخصية المبالغ فيها أو التعاطي، معناه أن الطفل نادرا ما تعرض لسوء معاملة بل كان مدللاً. أما الحاجات التي تتمثل في الاستقلال الذاتي والحدود فهي لم تشبع، لأن الوالدين يتدخلان كثيرا في حياة الطفل، ويفرطان في حمايته، وبالبالغان في منحه الحرية والاستقلالية بدون حدود (عطار، 2022، ص49)

✓ الاستدخال أو المماثلة الانتقالية (التقمص) مع الأشخاص المهمين (L'internalisation ou l'identification sélective avec des personnes importantes):

الطفل يتماهى إلى أحد الوالدين أو كليهما حيث يقوم بالتماهي إلى السلوك العدواني للوالدين، انفعالاتهم، وحتى سلوكياتهم المرضية ولكن هذا لا يعني أن يكون دائماً ممثلاً لهذا السلوك بل توجد حالات تمثل دور الضحية أو عدم تأثرها بهذه السلوكيات (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص302)

✓ دور المزاج الانفعالي (Le tempérament émotionnel) : تلعب عوامل أخرى غير الخبرات المبكرة للطفل دور كبير في تطوير المخططات حيث المزاج الانفعالي للطفل بصفة خاصة عنصر مهم حيث عند أغلب الأطفال يحقق كل طفل بسرعة بطريقة فطرية مزاج فريد ومميز فبعضهم هائجون وآخرون خجولون.

أن الأبعاد السبعة هي:

(émotif) عاطفي ← (A réactif) غير انفعالي

(Dysthymique) ذو مزاج مضطرب ← (Optimiste) متفائل

(Anxieux) قلق ← (Calme) هادئ

(Obsessionnel) وسواسي ← (Distractif) شارد

(Passif) مسالم ← (Agressif) عدواني

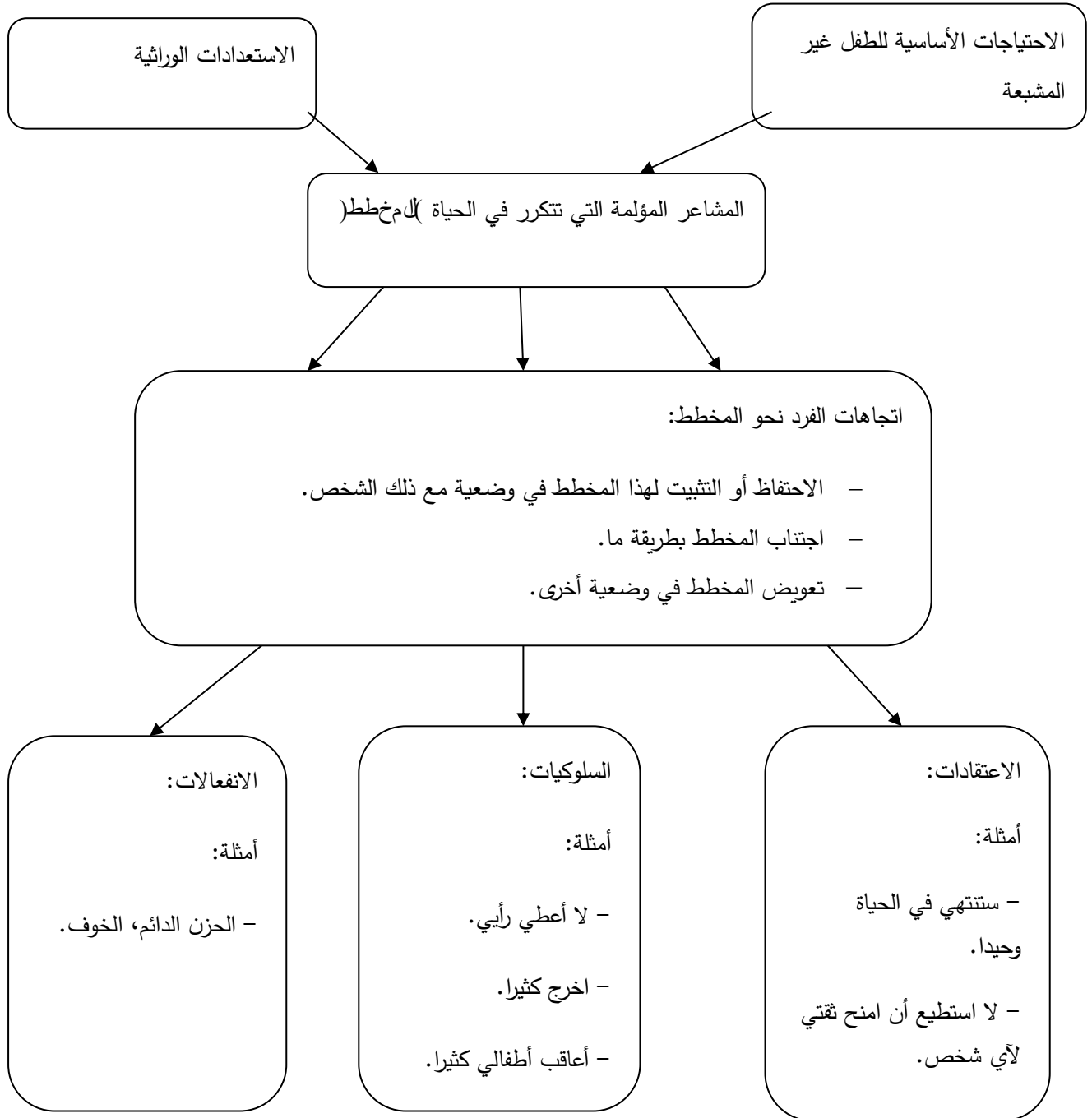
(Irritable) سريع التهيج ← (Jovial) مرح

(Timide) خجول ← (Social) اجتماعي

يمكن أن نتصور طبع فرد ما كمجموعة نقاط كل واحدة تحتل واحد من هذه الأبعاد. يتفاعل الطبع الانفعالي مع الوضعيات الصعبة في الطفولة من أجل تشكيل المخططات. وهذه بعض الملاحظات الهامة الخاصة بدور الطبع الانفعالي في تشكيل المخططات:

- يمكن للطباع المختلفة أن تعرض الأطفال بطريقة مختلفة خلال طفولتهم: طفل عدواني سيعرض لولي يعامله بسوء أكثر من طفل هادئ ومستسلم.
- طباع مختلفة تجعل الأطفال بطريقة مختلفة حساسين لظروف حياة مشابهة: يمكن لطفلين أن يستجيبا بطريقة مختلفة جدا، نعتبر مثلا ولدين كليهما تم رفضهما من طرف والديهما سيضع الطفل الخجول نفسه في عزلة عن العالم بالتدريج، ويصبح أكثر فأكثر تابعا لوالديه، وسيغامر الطفل الاجتماعي في العالم ويكون علاقات أخرى أكثر ايجابية. إذا بين أن الاجتماعية هي ميزة بارزة عند الأطفال الذين يجيدون التصرف والتدبر، يتكيفون وينجحون في حياتهم رغم التجاوزات والإهمالات.
- طبع انفعالي شديد يمكن أن يتغلب على محيط مألوف ويسبب مرضا، بدون إثبات واضح في حياة الفرد (ماكور، 2016، ص101-102)

الشكل رقم (03): يبين كيفية نشوء المخططات



(بن قويدر، 2012، ص 85)

8. آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

تمر المخططات بعمليتين أساسيتين هما ديمومة المخطط أو التعافي من المخطط، يعود منشأها إلى مرحلة الطفولة، غير أنها يعاد تفعيلها كلما مر الفرد بمواقف مشابهة، فكل فكرة أو شعور أو سلوك أو تجربة حياة لها علاقة بمخطط ما. أما تعمل على استمرارية المخطط أي تثبيته وتعزيزه، أو علاج المخطط أي إضعافه والتعافي منه، وسنعرض ذلك فيما يلي:

1.8. ديمومة المخطط (الإبقاء على المخطط):

وفقا "ليونج Young" المخططات هي معتقدات راسخة بعمق حول الذات والآخرين والعالم، تم اكتسابها منذ عام مبكر، ويتم إدراكها على أنها جزء من الذات لان هذه المخططات هامة جدا للإحساس بالهوية، لذلك فالأشخاص يقاومون التخلص منها. كما يشير مصطلح ديمومة المخطط إلى جملة ما يقوم به الفرد داخليا وسلوكيا للحفاظ على تقدم وعمل واستمرارية المخطط. ويتضمن ذلك الأفكار والمشاعر والسلوكيات جميعها التي تؤدي في نهاية المطاف إلى تدعيم وتثبيت المخطط أكثر مما تسهم وتساعد على التعافي منها وعلاجها. فالمخططات تبقى على نفسها من خلال ثلاث ميكانيزمات رئيسية وهي: التشوهات المعرفية، أنماط الحياة التي تبطل نفسيا ذاتيا، وأخيرا أساليب التأقلم مع المخططات.

• أنماط الحياة (الأنماط الانهزامية): ويتم ذلك وفق ثلاث مستويات هي:

أ- **المستوى الانفعالي:** ربما يمنع الفرد الانفعالات المتصلة بالمخطط، فهو بذلك يمنع المخطط نفسه من الوصول إلى مستوى وعيه وبالتالي فان الفرد لن يستطيع اتخاذ الخطوات التي يمكن أن تغير المخطط أو تسهم في شفاؤه.

ب- **المستوى السلوكي:** ينخرط الفرد في نماذج سلوكية هادمة للذات، يتم اختيارها والانقياد لها بدون وعي منه، إضافة إلى البقاء على تلك المواقف والعلاقات التي من شأنها أن تبقى على المخطط، وفي الوقت نفسه نجده يتجنب تلك العلاقات التي من المحتمل أن تؤدي إلى شفاء المخطط.

ج- **المستوى البين الشخصي:** نجد الفرد يرتبط مع الآخرين ويتفاعل معهم بطرق تؤدي وتدفع بالآخرين إلى الاستجابة له بسلبيه، مما يدعم المخطط ويثبته أكثر. وكل ذلك يتم دون وعي الفرد لما يقوم به بهدف الحفاظ على المخطط وإبقائه (صحراوي، 2023، ص42)

2.8. أساليب التكيف اللاتوافقية للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة:

تتشكل المخططات المبكرة غير المكيفة خلال الطفولة تهديدا بالنسبة للفرد، يتمثل في الإحباط الذي يسببه عدم إشباع حاجاته الأساسية، فيلجأ إلى الاستجابة لهذا التهديد باستخدام أساليب التكيف. هذه الأساليب تنشط بصفة لا شعورية وتتخذ على أنها عادية خلال الطفولة، لكنها تصبح مرضية عندما تستمر في البقاء لأنها تعزز وتحفظ بالمخطط، رغم أن أساليب التكيف أحيانا تساعد المريض على تجنب مخطط ما، لكنها لا تعالجه. وهكذا فإن جميع أساليب التكيف اللاتوافقية تبقى تعمل كعناصر ضمن عملية استمرارية المخططات.

قد تكون استراتيجيات التكيف ذات طبيعة معرفية أو انفعالية أو سلوكية، لكن هذه الاستراتيجيات لا تعد جزءا من المخططات بل هي ناجمة عنها، ويعتقد أن المخططات ذاتية الاستمرار من خلال ثلاث استراتيجيات أو عمليات للتكيف تسمى بمخطط التأييد والاستسلام، مخطط التجنب، مخطط التعويض الزائد، وتتوافق هذه المخططات مع الاستجابات الأساسية الثلاث للتهديد: التجمد (الاستسلام)، والهروب (التجنب)، الكفاح (التعويض الزائد)، والمخططات المبكرة غير المتكيفة تمثل تهديدا كإحباط من إحدى الحاجات الانفعالية الأساسية، والتي يستجيب إزاءها الفرد بأسلوب تكيف (صحراوي، 2023، ص42-43)

وضع "يونغ Young" ثلاث وظائف تكيف مختلفة للاستجابة أمام أي تهديد: المواجهة، الهرب، الاستسلام. ففي محتويات النماذج التكيفية، يرى "يونغ Young" أن المواجهة تعني التعويض والهروب يعني التجنب والاستسلام يعني الخضوع. ففي تاريخ الطفل المخطط المبكر اللاتوافقي يمثل وجود تهديد أما عن طريق إحباط الرغبات العاطفية الأساسية للطفل، أو الخوف من الشحنات الانفعالية الحادة الناجمة عن المخطط فلمواجهة هذا التهديد يختار أسلوب من الأساليب الثلاث للتكيف، أما يخضع يتجنب أو يعوض، فأى نموذج من هذه النماذج الثلاثة يستعمل بطريقة آلية ولاشعورية من طرف الحالة (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص314)

3.8. الخضوع للمخطط اللاتوافقي:

يرى "يونغ Young" انه تصبح الحالة خاضعة للمخطط اللاتوافقي تستسلم له فلا تحاول أن تجتنبه أو تواجهه، فتقتنع بالفكرة أنها حقيقية فتشعر الحالة مباشرة بالآلام انفعالية مرتبطة بالمخطط، فأسلوب تصرف الحالة واستجابتها تؤكد رسوخ المخطط.

والأفراد لا ينجزون ما يريدون، ولكن يكررون نفس الحدث ويعيشون الخبرات الطفولية التي أدت إلى ظهور المخطط اللاتوافقي. فعندما تواجه الأحداث التي تنشط المخطط اللاتوافقي تكون لديها استجابات انفعالية غير متجانسة. وتعيش الحالة بكل وعي انفعالاتها وعلى المستوى السلوكي في الطفولة وبصورة مهيئة (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص315)

4.8. أسلوب التجنب للمخطط:

يشير مصطلح تجنب المخطط إلى كافة الطرق التي يحاول من خلالها تجنب تنشيط مخطط ما، إذ يعيش الشخص من خلال هذا الأسلوب بالكيفية التي تمنع تفعيل المخطط، وكأنه غير موجود وتجنب التفكير فيه، بحيث يعطل الأفكار والصور ويتجنب المواقف الاجتماعية التي يمكن أن تنشط المخطط: مثل العلاقات الحميمة والتحديات المهنية، وهو ردة فعل يسمح بالهروب من الانفعالات السلبية كالمعاناة والحزن والقلق، ويتم تعطيل المخطط عن طريق صد الأفكار والصور المزعجة المرتبطة به ويعتمد الفرد على أسلوب تكيف يتسم بالانسحاب العاطفي والتجنب السلوكي وينقطع عن الآخرين.

وغالبا ما يجد الأفراد الذين يتبعون أسلوب التجنب ملاذا في السلوكيات الإدمانية: كالمخدرات والغذاء والعمل، من أجل إنكار وجود المخطط وتقادي تنشيطه. وتكون حياتهم الجنسية مضطربة أو مختلفة وعادة ما يتقادون الوضعيات التي قد تنشط المخططات في كل جوانب الحياة ويتقادون كذلك العلاج وينسون إنهاء مهماتهم على سبيل المثال، الأشخاص الذين لديهم مخطط الشك/ الاعتداء يتجنبون إقامة صداقات خوفا من التعرض للأذى وأن يتم استغلالهم، فهم تتجنبون المخطط من خلال إبقاء أنفسهم بعيدين عن الآخرين والاتصاف بالبرود الانفعالي، وأصحاب مخطط النقص/ الخجل يتحاشون المشاركة برأيهم من أجل تقادي النقد (صحراوي، 2023، ص44)

5.8. تعويض المخطط اللاتوافقي:

حسب "يونغ Young" عندما يقوم هؤلاء الأفراد بالتعويض يقاومون ويواجهون المخطط اللاتوافقي عن طريق أفكار، انفعالات، سلوكيات ونماذج علائقية التي تناقض المخطط اللاتوافقي.

أنهم يحاولون وبكل قواهم أن يصبحوا عكس ما كانوا عليه في طفولتهم عندما ظهر هذا المخطط، إذا كان غير معترف به ولا قيمة له في طفولته فانه يحاول في سن الرشد أن يكون جديرا، إذا كان خائفا وخجولا في طفولته يصبح متمردا، وإذا كان في طفولته متحكما به يصبح متحكما في الآخرين أو يرفض أي شكل من أشكال التأثير، إذا كان في ذاته ولكن داخليا يشعر بالحمل الثقيل للمخطط الذي يهدده. حسب "يونغ Young" التعويض يكون محاولة نسبية صحيحة وصالحة لمواجهة المخطط اللاتوافقي، ولكن من سوء الحظ ليتجاوز الهدف، فهو يقوم بتعزيز المخطط بدلا من علاجه (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016 ، ص316)

9. محتويات وأساليب التفكير في المخطوطة المعرفية غير المتكيفة:

من الممكن النظر إلى محتوى المخطوطة على أنه بناء هرمي يتمثل في وجود اعتقادات عميقة أساسية تنتج أفكارا اقل عمق منها، وينتج هذه المخطوطة ما يسمى بالاعتقادات الأساسية (Core beliefs) حول الناس (الناس خطرون)، حول العالم (العالم مليء بمشاكل لا تطاق).

الافتراضات الغير المتكيفة (Assumption) هي الأحكام الصادرة من الفرد المبنية على إرشادات وتعليمات خاصة بذات الفرد سواء كانت صائبة أم خاطئة.

فكل مجتمع له أعرافه وتقاليده وقيمه وهي التي تعطي الفرد إرشادات وتعليمات بشأن صفاته وسلوكه، ليكون مواطنا صالحا في ذلك المجتمع، ويحفظ الفرد هذه الإرشادات والتعليمات في ذهنه بصورة لاشعورية، وقد يسيء فهم تلك التعليمات ويتصرف بحسب ما يعتقد أنه صواب ويحاول أن يصل إلى الدرجات المثلى التي يعتقد أن المجتمع يطلبها منه تكون تلك الافتراضات أكثر بكثير مما يقدر أن يحققه.

وفي الغالب تستنتج الافتراضات من تصرفات الفرد وتأتي على صورة (إذا، لو...فسوف) على سبيل المثال (لو عرفني الناس على حقيقتي فسوف يدركون مدى سخفي أو ضعفي)، وهناك افتراضات مختلفة تناسب نوع المشكلة أو الاضطراب النفسي المرتبط بها مثل (إذا لم أقم بطاعة زوجي لمنع الضرر

الذي سأعرض له أنا وأبنائي فإن اللوم يقع علي). فمصدر هذا الافتراض هو المعتقد الأساسي (أنا مسؤولة عما يحدث إذا لم امنع حدوث المأساة). وغالبا ما يكون لدى الأطفال قواعد تعويضية (Rules Expectation) تهدف إلى أحداث التوازن في النظام المعرفي مثل:

- إذا قمت بما يلزم منعت حدوث المأساة.
- إذا أطعت زوجي منعت انفعاله وتعرضي للعنف.
- إذا أخفيت ما أتعرض له من عنف سابق مع أبنائي.

ويتمخض عن القواعد التعويضية نصائح وتحذيرات مانعة مثل:

- لا بد من فعل كل ما يلزم للحيلولة دون وقوع المأساة.
- لا أقول "لا" أبدا لزوجي حتى لا يعنفني.
- لا بد من التحمل للبقاء مع أبنائي (ضاري خميس، 2023، ص99)

وينتج عن تلك الاعتقادات العميقة والافتراضات والقواعد التعويضية الأفكار التلقائية السلبية (Negative automatic thoughts)، التي تعكس محتوى المخطوطة.

الأفكار التلقائية (Automatic thoughts) هي: تيار من الأفكار الخاطئة غير المنطقية والتي تتميز بعدم موضوعيتها المبنية على توقعات وتعليمات ذاتية وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة والتهويل. فالأفكار التلقائية تقفز إلى الذهن بصورة مفاجئة وتأتي على شكل:

- كلمات (ما يقوله الفرد لنفسه) سوف أفقد أسرتي.
- صورة عقلية: كان يتصور الفرد نفسه في وضع آخر كان ترى المعنفة نفسها بدون أبناءها.
- ذكريات: يتذكر مواقف ماضية حدثت له مثل تتذكر معلمة ضربتها وهي في الصف الرابع ابتدائي، كما أن التشويشات المعرفية التي يتبناها الفرد تؤثر سلبا في قدرته على مواجهة أحداث الحياة، ومن ثم قدرته على التكيف، مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث (ضاري خميس، 2023، ص100)

10. أساليب التعرف على المخططات :

يستخدم المعالج المعرفي عدة أساليب في إثارة الأفكار التلقائية لدى المرضى، وهي:

- الأسئلة المباشرة والحوار الاسقاطي.
- استخدام لحظات الانفعال القوية أثناء جلسات العلاج.
- التخيل المعرفي، ولعب الأدوار.
- التأكيد على معنى الأحداث.
- حصر وعد الأفكار التلقائية.
- الاشتراك في المهام السلوكية وتسجيل الأفكار المصاحبة لها.
- كتابة مذكرات يومية عن التغيرات المزاجية والأفكار التلقائية (طه عبد العظيم، 2007، ص108)

11. المخططات الشرطية والاشريطية: (Schémas Conditionnels et Inconditionnels)

اعتبر "يونغ Young" في البداية أن المخططات المبكرة غير المتكيفة هي غير شرطية من جهة أخرى نجد أن المسلم به لدى "بيك Beck" هو أنها شرطية، بعدها غير "يونغ Young" نظريته حيث توصل إلى أن البعض من هذه المخططات شرطية والبعض منها غير شرطية. وأن المخططات التي تحدث مبكرا جدا هي معتقدات غير شرطية، في حين أن المخططات التي تتطور لاحقا تكون شرطية.

وعليه فالمخططات غير الشرطية لا تترك الأمل للمريض مهما فعل فالنتيجة هي نفسها. الشخص يصبح غير كفؤ، غير قادر على كسب حب الآخرين وغير متكيف وخاضع ومعرض للخطر، وسيئ لا شيء يغيره، وهذا المخطط يمثل ما عاناه الطفل مرغما.

بالمقابل المخططات الشرطية تترك للفرد الأمل حيث بإمكانه تغيير النهاية، عن طريق الخضوع والتضحية، والبحث عن استحسان الآخرين له، والرقابة المفرطة للعواطف والمتطلبات المثالية، وقد يتمكن الفرد من تجنب محاولة سلبية على الأقل بصفة مؤقتة.

● المخططات اللاشرطية:

- التخلي/ عدم الاستقرار (Abandon/ Instabilité)

- الشك/ التعدي (Méfiance/ Abus)
- الحرمان العاطفي (Manque Affectif)
- الخجل/ عدم الإتقان (Imperfection)
- العزلة الاجتماعية (Isolement Social)
- التبعية/ عدم الكفاءة (Dépendance/ Incompétence)
- الخوف من الخطر أو من المرض (Peur de danger ou de maladie)
- الاندماج/ الشخصية المدمجة (Fusionnement/ Personnalité Atrophie)
- الفشل (Echec)
- السلبية/ التشاؤم (Négativité/ Pessimisme)
- العقاب (Punition)
- الحقوق الشخصية المبالغ فيها/ التعالي (Droits personnels exagérés grandeur)
- نقص الرقابة الذاتية/ نقص الانضباط الشخصي (Control de soi/)
- (Autodisciplineinsuffisants) (عطار، 2022، ص63)

• المخططات الشرطية:

- الخضوع (Assujettissent)
- التضحية (Abnégation)
- البحث عن الاستحسان والعرفان بالجميل (Recherche d'approbation et de reconnaissance)
- المراقبة المفرطة للانفعالات (Sur control émotionnel)
- المتطلبات العالية/ المبالغة في النقد (Idéaux exigeants/ critique excessive)

المخططات الشرطية تظهر غالبا محاولة للتكيف متطورة انطلاقا من مخططات غير شرطية، وعليه تعتبر ثانوية (عطار، 2022، ص64)

فمثلا:

• الأفكار المثالية المفرطة في استجابة للنقص:

"إذا أصبحت كفؤا سيحبني الجميع".

• الخضوع لاستجابة لمخطط الانسحاب - التخلي - فالحالة تعتقد:

"أنها إذا قامت بكل ما يطلب منها الآخر وإذ لم يقم بإغضابها سيبقى هذا الشخص معه".

• التضحية بالذات استجابة للنقص:

"إذا حققت جميع رغبات الآخر وتجاهلت رغباتي، هنا يتقبلني هذا الشخص رغم عيوبي ولا اشعر أنني غير قادر على أن أكون محبوبا".

إن المخططات الشرطية هي المدخل للمخططات المركزية فسرعان ما تغفل الحالة، فتجد نفسها تواجه المخططات المركزية من جديد (دحماني، بلغالم، لكحل، 2016، ص313)

المخطط الشرطي هو مخطط يشير بحسب الاعتقادات المرتبطة به، إلى أن الشخص قد يتخذ موقفا أو يتصرف بطريقة تخلصه من عواقب غير مرحبة بها، وعادة ما تكون هذه العواقب مرتبطة بنمط غير شرطي. وقد تشكل النماذج الشرطية أيضا جزءا من استراتيجيات التكيف أو تمثلها. على سبيل المثال، قد يكون نمط "الخضوع" في حد ذاته إستراتيجية لتجنب نمط "التخلي"، وقد يكون نمط "حقوق الشخص المبالغ فيها" تعويضا عن نمط النقائص (Roussin, 2011, p.15)

12. أنماط المخططات:

يعرف "جيفري يونغ Djefrey Young" نمط مخطط كما يلي: هو المخططات واستجابة التكيف وظيفة أو غير وظيفية، التي تكون نشطة في وقت ما عند الفرد. حيث ينشط نمط مخطط غير وظيفي عندما تثير مخططات غير متكيفة، أو استجابات تكيف، انفجار انفعالات قوية، استجابات تجنب أو سلوكيات تهدم الذات والتي تتحكم في توظيف الفرد. ويمكن للفرد أن ينتقل من مخطط غير وظيفي نحو آخر، عندما يحدث هذا الوصل (الانتقال) يحدث تنشيط لمخططات مختلفة كانت نائمة سابقا.

يمثل نمط المخطط غي وظيفي، جزءا من الشخصية الذي انفصل (تفكك) إلى حد ما عن المظاهر الأخرى للشخصية، ويكون مستوى التفكير ضعيف جدا عند فرد قادر على أداء تجربة أنماط كثيرة بصفة

متزامنة (في آن واحد). وهذا هو الشكل الأكثر اعتدالا للتفكير: الوصل الانفعالي الطبيعي الذي ينتقل من إحساس بالحزن إلى إحساس بالغضب.

قام "يونغ Young" بعزل 10 أنماط من المخططات مجمعة في أربعة فئات: أنماط الطفل، أنماط الاستراتيجيات غير الوظيفية، أنماط الولد غير الوظيفي ونمط الراشد السليم. قد تكون بعض الأنماط عادية عند الفرد، وأخرى تكون غير وظيفية. ويتمثل الهدف الأساسي للعلاج بالمخطط في تعليم الشخص تدعيم نمط الراشد السليم، بطريقة تجعله قادرا على معرفة التنقل والسير ضمن الأنماط الأخرى، التفاوض معها ومساعدتها على النمو أو أيضا إضعاف الأنماط الغير الوظيفية. ويظهر الفرد السليم نفسيا أنماطا منفردة متميزة. لكن يبقى مفهومها لهوية وحيدة سليما كاملا. ويكون الفرد السليم قادرا على الانتقال نحو مزاج متجرد، غضوب أو حزين، استجابة لتغير الظروف. ولكن أنماطه تختلف عن أنماط ذوي الحالة الحدية في عدة نقاط هامة وضحاها "يونغ Young" (2005) كما يلي:

أولاً: يمكن للفرد السليم أن يقوم بتجريب عدة أنماط في آن واحد، لان الأنماط العادية هي اقل تفكيكا من أنماط الحالات الحدية. : يمكن أن يكون حزينا وسعيدا في نفس الوقت بسبب حادث ما، والإحساس بانطباع مزاجي حاد وبالعكس، عندما نتحدث عن نمط الحالات الحدية يتعلق الأمر بجزء من الشخصية انفصل عن باقي الأجزاء الأخرى بشكل خاص وحاد. يغمر الفرد بإحساس الخوف أو يكون سخطا هائجا تماما (بختة، 2017، ص39-40)

ثانياً: تكون الأنماط العادية أقل صلابة، أكثر مرونة وأكثر سهولة للتغيير من أنماط الأشخاص الذين يظهرون مشاكل حادة في الشخصية، هم أكثر انفتاحا للتوافق والملائمة، استجابة للواقع، وهذا عندما نتحدث بألفاظ (Piaget). ويوجد اختلاف آخر بين الأفراد السليمين والمرضى يتمثل في قوة وفعالية نمط الراشد السليم.

حيث يملك كل فرد نمط الراشد السليم وهو أكثر قوة وأكثر نشاطا عند الأفراد السليمين نفسيا، ويمكن لنمط الراشد السليم تعديل وعلاج الأنماط المختلفة وظيفيا. مثلا عندما يغضب أفراد سليمين نفسيا يمكن لنمط الراشد السليم أن يعدل انفعالات وسلوكيات الغضب، وهذا بتحكمهم. وبالعكس، الحالات البينية لهم، نموذجا، نمط راشد سليم ضعيف جدا، فعندما ينشط نمط الطفل الغضوب لا يوجد أية قوة يمكنها أن تقف ضده، يغزو الغضب، تقريبا، كل شخصية الفرد (بختة، 2017، ص41)

ويوجد أنماط مخططات أخرى لدى الناس تتمثل فيما يلي:

- **مخططات الشخص Person schemas** : ويعول فيها على أفراد معينين، على سبيل المثال مخططك المعرفي عن صديقك ربما يتضمن معلومات عن مظهره وسلوكه وشخصيته وتقضيلاته.
- **المخططات الاجتماعية Social schemas** : وتتضمن بصفة المعلومات العامة عن كيف يتصرف الناس في مواقف اجتماعية معينة.
- **مخططات الذات Self-scheas** : ويكز فيها على معرفتك بذاتك، وقد تتضمن كل من ما تعرفه عن ذاتك الحالية، فضلا عن أفكارك عن ذاتك المثالية أو المستقبلية.
- **مخططات الحدث Event schemas** : ويعول فيها على أنماط السلوك التي يمكن أن تعقب أحداثا معينة. وتعد كالنص الذي يخبرك بما يجب عليك فعله، وكيف يجب أن تتصرف في مواقف معينة، وما يجب أن تقوله في هذه المواقف (ضاري خميس، 2023، ص82)

13. علاج المخططات المبكرة غير المتكيفة:

لقد اعتبر "يونغ Young" الشفاء ما المخططات هو الهدف النهائي في علاج المخططات. وبما أن المخطط يمثل النواة الأساسية للشخصية وهو عبارة عن ذكريات وانفعالات، وإحساسات جسدية ومعارف، فالشفاء منه يكون بالتخفيف من حدة هذه المكونات، بتعديل السلوكات وإبدال أساليب التكيف غير الوظيفية بالنموذج السلوكي المكيف. فحسب "يونغ Young" وزملائه، فإن العلاج يكون عبارة عن تدخلات انفعالية وسلوكية، تصبح من خلاله نشاطات الانفعالات تحتمل نسبيا ويتكيف المتعالج بصفة سريعة.

إلا أن "يونغ Young" يعتبر الشفاء من المخططات شيء صعب، وأن الشفاء النهائي من المخططات المبكرة غير المتكيفة أمر مستحيل لأنني المخطط مرتبط بالذكريات، وهي لن تمحى أبدا وبالتالي لا يختفي المخطط كليا، ولهذا فغالبا ما يكون علاج المخطط علاجا طويلا المدى ومتعب لان المخططات صعبة التغيير، وذلك لاحتوائها على اعتقادات نحو الأنا ونحو المحيط منذ مرحلة جد مبكرة وتدعيم المخطط يكون غير مستقر لأن الفرد يعيش تغيرات.

كما ذكر "يونغ Young" وزملائه، أن هناك مقاومة من طرف الفرد ضد العلاج وهي طريقة للمحافظة على الذات ومحاولة مراقبة التناسق وهذا ما يجعل من الشفاء أمراً صعباً. وبالتالي الشفاء يتطلب الإرادة، نظام وتمارين مستمر لمكافحة هذا المخطط فعلى المفحوص أن يلاحظ المخطط بطريقة منظمة والعمل على تغييره إلى أن يتم تصحيحه (بن قويدر، 2012، ص 92-93)

والنقص، وفي مرحلة البلوغ والرشد فإن مخططاتهم السابقة الذكر ستستثار وتطلق خلال الأحداث الحياتية التي تدرك من قبلهم وبشكل غير واع على أنها متشابهة لتلك الخبرات التي عاشوها خلال مرحلة الطفولة. ويسبب المخطط معاناة للفرد إلا أنه مألوف بالنسبة له، أنه غير تكيفي ومبكر، والأساليب غير التكيفية المرتبطة به، والتي يتعلمها المرضى للتعايش والتكيف معه غالباً ما تكون السبب الأساسي للاضطرابات، القلق، الاكتئاب، واستخدام العقاقير والسيكوسوماتية (عزى، صادقي، 2019، ص 665-

(666)

خلاصة الفصل:

نستخلص من كل ما تطرقنا إليه في هذا الفصل، وما أكدته "جيفري يونغ Djeffrey Young" أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة هي أنماط تفكيرية وسلوكية عميقة الجذور تتشكل في مرحلة الطفولة. والتي تؤثر بشكل كبير على طريقة تفاعلنا مع العالم من حولنا. وغالبا ما تنشأ من الاحتياجات غير الملباة أو التجارب المؤلمة، ويمكن أن تؤدي سلوكيات ذاتية التدمير وأنماط سلبية في العلاقات، وفهم هذه الأنماط أمر مبالغ الأهمية للنمو الشخصي والشفاء، ويؤدي إلى تغييرها، مما يؤدي إلى علاقات صحية وأكثر ايجابية مع أنفسنا ومع الآخرين.

وقد قام "يونغ Young" بتحديد مجموعة من المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، والتي تختلف من شخص لآخر من حيث الشدة والنوعية، والتي بدورها تؤثر على طريقة التفكير والشعور لدى الفرد. وهذا ما يجعلها عاملا مفجرا لحدوث بعض المشكلات السلوكية والعاطفية في مختلف مجالات حياة الفرد، بما فيها حياته الزوجية.

الفصل الرابع : الشلل النصفي

تمهيد.

I. الجهاز العصبي

1. الجهاز العصبي المركزي.
2. الجهاز العصبي المحيطي.

II. الجلطة الدماغية.

1. تعريف الجلطة الدماغية.
1. أعراض الجلطة الدماغية.
2. أنواع الجلطة الدماغية.
3. عوامل الخطر للجلطة الدماغية .
4. مضاعفات الجلطة الدماغية
5. الوقاية من الجلطة الدماغية .

III. الشلل النصفي.

1. تعريف الشلل النصفي.
2. أنواع الشلل النصفي.
3. أسباب الشلل النصفي
4. أعراض الشلل النصفي.
5. الاضطرابات المصاحبة بالشلل النصفي.
6. الآثار المترتبة عن العجز والإصابة بالشلل النصفي.

خلاصة.

تمهيد:

من بين الأمراض الشائعة في الآونة الأخيرة نجد السكتة الدماغية التي تعتبر حالة طبية طارئة تحدث عندما يتوقف تدفق الدم إلى أجزاء من الدماغ، التي بصفقتها تؤثر على حياة الفرد الاجتماعية والنفسية والجسمية. ويتفاوت تأثيرها بناءً على موقع وحجم التلف الدماغي، وقد يؤدي ذلك إلى مضاعفات خطيرة كالشلل النصفي الذي هو فقدان الحركة أو الإحساس إما من الجهة اليمنى أو اليسرى. وهذا ما سوف نتطرق إليه في هذا الفصل تعريف الجهاز العصبي ومكوناته، والجلطة الدماغية بأنواعها وأسبابها، ثم الشلل النصفي وعلاجاته.

1. الجهاز العصبي Le system nerveux :

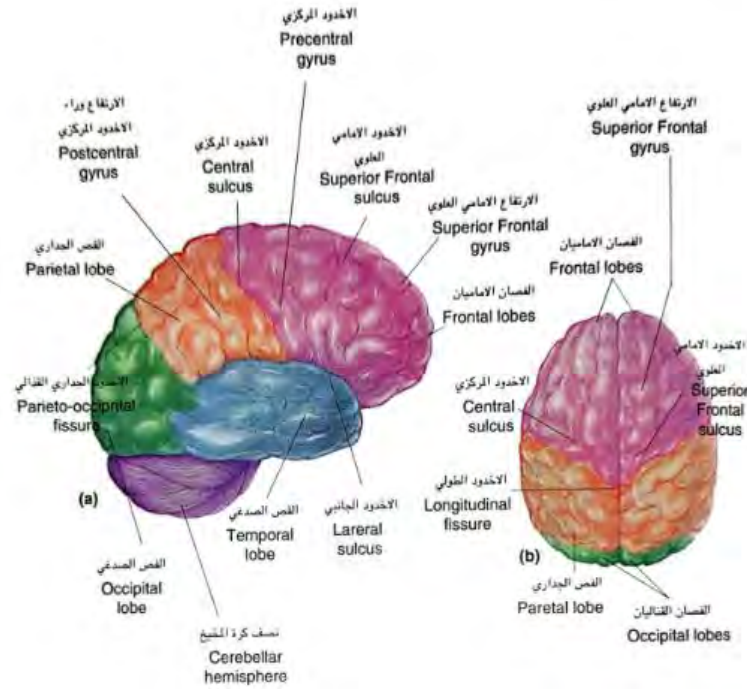
يتكون الجهاز العصبي من عدة أجهزة عضوية والتي تعمل معا بشكل منتظم ومتناسق من أجل المحافظة على توازن الجسم داخليا وخارجيا، ومن بين أهم الأجهزة نجد الجهاز العصبي المركزي، والذي يتكون من الدماغ والنخاع الشوكي، والجهاز المحيطي يتكون من الأعصاب وألياف عصبية.

1- الجهاز العصبي المركزي: Le system nerveux centrale

يعرف الجهاز العصبي المركزي من الناحية التشريحية: أجزاء الجهاز العصبي التي تحيطها فراغات عظمية لحمايتها مثل الدماغ و النخاع الشوكي. أما من الناحية الفسيولوجية (الوظيفية) فيعرف بأنه الأجزاء التي تستقبل الإشارات الحسية، وتعمل على معالجتها وتفسيرها مع ربطها بالخبرات السابقة ثم اتخاذ القرار الملائم جوابا على هذه المعلومات الحسية التي انتقلت إليه ويتكون الجهاز العصبي المركزي من الدماغ والنخاع الشوكي (أسامة البطانية وآخرون، 2005، ص 65)

- **الدماغ Encéphale** : يشكل الدماغ الجزء الأكثر تعقيدا في جسم الإنسان، وهو أحد أكبر أعضائه فهذا العضو الذي يبلغ وزنه نحو 1.4 كيلوغرام تقريبا، هو مركز التفكير وترجمة الحواس الخمس (الرؤية، السمع، الإحساس، التذوق والشم). وهو المسؤول عن إصدار إشارات حركة الجسم، والتحكم في السلوك و الانفعال والكلام، وما يمكنه من كل ذلك أنه يتكون من ملايين الخلايا العصبية التي تتواصل معا عبر تشكيل أعداد هائلة من الموصلات والمشابك. هناك اختلاف ضئيل في وزن الدماغ بين الذكور والإناث. فمتوسط وزنه عند الذكور البالغ 1.336 كيلوغرام وعند الأنثى البالغ 1.198 كيلوغرام. ويعود هذا الاختلاف إلى فروق الحجم، فأجسام النساء أصغر من أجسام الرجال في كل مجتمع بشري ومع تقدم العمر ينقص وزن الدماغ بمقدار 2.7 غرام عند الذكور، و 2.2 غرام عند الإناث سنويا.

ينقسم الدماغ بشكل عام إلى ثلاثة وحدات رئيسية الدماغ الأمامي، الدماغ المتوسط، الدماغ المؤخر أو الخلفي:



صورة رقم (01): يبين الفصوص الأربعة للدماغ

(البياتي، خليل إبراهيم، 2002، ص 81)

من خلال الصورة أعلاه نلاحظ، أن الدماغ يتكون من أربع فصوص بما فيها: الفص الجداري، الفص القفوي، الفص الصدغي، الفص الجبهي. وتصل بينها شقوق.

- **الدماغ الأمامي:** هو الجزء الأكبر والأكثر تطوراً في الدماغ البشري، فهو يتكون بشكل رئيسي من المخ، والبنى القابضة تحته.
- **الدماغ المتوسط:** فيضم الجزء العلوي من جذع الدماغ الذي يتحكم في بعض الأفعال الانعكاسية، وهو جزء من الدائرة المسؤولة عن التحكم في حركات العين والحركات الإرادية الأخرى.
- **الدماغ المؤخر أو الخلفي:** يشمل على القسم العلوي من الحبل الشوكي (النخاع)، وجذع الدماغ إضافة إلى كرة متجعدة من الأنسجة تسمى المخيخ الذي يتحكم في وظائف الجسم الحيوية مثل: التنفس، سرعة القلب أما المخيخ. فيعمل على تناسق حركة الجسم، ويسهم في الحركات المكتسبة مثل العزف على الآلات الموسيقية أو ضرب الكرة في أثناء الأنشطة الرياضية (حسان أحمد قمية، 2024، ص 21)

ينقسم الدماغ إلى شقين كرويين عن طريق شق طولي عميق، حيث يغطي كلا الشقين الكرويين بغطاء رمادي رقيق من الخلايا العصبية، وهي القشرة التي تقع تحت طبقة سمكية من المادة البيضاء التي تتكون من المحاور العصبية المدثرة.

ويقسم شقي الدماغ إلى أربعة فصوص بفصل الشق الكبير الجانبي الفص الصدفي من الناحية السفلية عن الفصين الأماميين. وعن الفص الجداري من الناحية العلوية ويختص جزء من سطح القشرة يسمى " بجزيرة راييل " داخل ثنايا الشق الجانبي، ويسير الشق المركزي على بعد 70° درجة من الشق الجانبي. بادئا من السطح الأوسط لكل من شقي الدماغ، مارا فوق سطحه الجانبي حتى يصل تقريبا إلى الشق الجانبي للمنطقة التي تقع إلى الأمام من الشق المركزي. وفوق الشق الجانبي فيتكون الشق الجداري وهناك شق غير ظاهر يفصل الأجزاء الخلفية من الفص الجداري عن الفص القفوي وهو الشق الجداري القفوي. فالشقون التي تفصل بين بعضها البعض، إلا أنهما يتصلان عن طريق ما يسمى بالألياف الترابطية. تلك الحزمة العصبية التي تقوم على الربط بين الفصوص الأربعة للمخ في كلا الشقين الكرويين، حيث يتم تبادل السوائل والرسائل العصبية البصرية والسمعية والشمية واللمسية داخل شق واحد (شيماء محمد، إبراهيم السيد، 2022، ص 673 - 674)

- **وظيفة الجهاز العصبي:** تقع كل العمليات المعرفية والتمثلات الإدراكية على مستوى الجهاز العصبي، الذي يعد جهازا متعدد الوظائف، ويكون الدماغ هو مركز هذه الوظائف والمتحكم فيه، كما تعد وظائف الدماغ غامضة وملحوظة على حد سواد. فكل الأفكار والمعتقدات والذكريات والسلوكيات والامزجة تنشأ داخل الدماغ والدماغ هو موقع التفكير، ومركز التحكم في الجسم كله. كما ينسق القدرات على التحرك واللمس والشم والتذوق والسمع والرؤية، ويمكن للأشخاص من تشكيل الكلمات والتواصل والفهم والتعامل مع الأرقام وتأليف وتذوق الموسيقى والتعرف إلى الاشكال الهندسية وفهمها والتخطيط للمستقبل.

إنكل العمليات المعرفية والتمثلات الإدراكية تقع على مستوى هذا الجهاز انطلاقا من المرتكزات الآتية:

- استقبال المعلومة.
- معالجة المعلومة.
- تخزين المعلومة.
- استخراج المعلومة (أحلام صفور، 2023، ص 16)

يتكون الدماغ من المخ المخيخ و الجذع الدماغ.

- **المخ : Cerveau** هو ذلك الجزء من الجهاز العصبي, الذي تحاط به الجمجمة وهو يزن حوالي 1400 جم ويتضمن 90% من الخلايا العصبية. ويتكون المخ من عشرة ملايين خلية تقريبا منسوجة نسيجاً مكتفا على نحو معقد، ويوجد في البوصة المكعبة الواحدة من نسيج المخ ستمائة مليون مشبك عصبي يتراوح عدد المشتبكات العصبية التي تشترك فيها الخلية الواحدة بين ستة آلاف إلى ستمائة ألف مشبك عصبي تبعاً للموقع الذي تشغله الخلية. و يحتاج المخ للأكسجين و للغذاء ليحتفظ بمعدل نشاط المرتفع وعلى الرغم من أن وزنه يمثل 2% من وزن الجسم، فإنه يتطلب 20% من الأكسجين الداخل للجسم وينتقل الأكسجين والغذاء إلى المخ عن طريق الدم ويؤدي انقطاع الغذاء عن المخ لثواني قليلة إلى توقف نشاط المخ (محمد جاسم العبيدي, 2009، ص 173)

وينقسم المخ إلى جزئين متناظرين, يسمى كل واحد الكرة المخي (L'hémisphères) يفصل شق ما بين نصفين الكرة المخية على سطحها تلافيف مخية, تفصلها أثلام أعمق من تلافيف تدعى الشقوق (les fissures). و تنقسم كل نصف الكرة المخية إلى 5 فصوص وهي:

- **الفص الجبهي Lobe frontal** : ويقع من جهة الرأس ويساعد في التحكم بالتفكير والاستنتاج والتخطيط والانفعالات والحركة والكلام.
- **الفص الجداري Lobe pariétal** : و الذي يعمل على تفسير الاشارات الحسية .
- **الفص القفوي lobe occipital** : الذي يعمل على معالجة الإشارات البصرية.
- **الفص الصدغي lobe temporal** : يعمل على معالجة الأصوات مع التحكم بجوانب التعلم والذاكرة واللغة والانفعالات.
- **الفص الجسمي الثقبى lobe foraminal** : يربط بين نصفي الكرة المخية (أسامة البطانية وآخرون، 2005، ص 65)

و يكون المخ أكبر جزء من الجهاز العصبي المركزي, ويشغل حيزاً كبيراً من الجمجمة, ويبلغ وزن المخ عند الولادة حوالي 350 جم. ولكن في الرجل البالغ حوالي 1400 جم ويقل وزنه قليلاً في المرأة. تحيط بالمخ ثلاثة أغشية وطبقتها الواقية والتغذية وهي من الداخل إلى الخارج وهي:

- **الأم الحنون:** و هي غشاء رقيق جدا ويتخلل جميع تجاعيده وعن طريق هذا الغشاء تنتشر الأوعية الدموية في المخ.
 - **الغشاء العنكبوتية (الجمجمة) :** وهي تلي الأم الجافية إلى الداخل غشاء رقيق يفصل بينهما وبين الأم الحنون ويسمى العنكبوتية, ويفصل بين هذا الغشاء والأم الحنونة فراغ يسمى الفراغ تحت العنكبوتية, ويملاً هذا الفراغ سائل يسمى السائل المخي الشوكي, ويوجد هذا السائل أيضا في قناة الحبل الشوكي كما يملأ تجاويف المخ, ويحمي هذا السائل المخ من أثار الحركات العنيفة, والصدمات المختلفة كما يساعد على المحافظة على ضغط ثابت داخل تجويف صندوق المخ.
 - **الأم الجافية :** و هي عبارة عن غشاء سميك ليفي يبطن السطح الداخلي لعظام الجمجمة, ويطلق على هذه الأغشية مجتمعة اسم الأغشية السحائية (سمير بقيون، 2013، ص 87)
 - **المخيخ :** يعتبر المنظم العظيم للحركات الإرادية ويوجد في الجهة الظهرية للقنطرة والنخاع المستطيل، أو راكبا فوقها، وهو مركز تنسيق الحركات وتوافقها، وبذلك يمكننا من الإثبات بالكثير من الحركات بصورة متزنة طبيعية ولولاه لكانت حركتنا طائشة، فيها الكثير من التخبط والاهتزاز، فضلا عن ذلك فالمخيخ يرتبط وثيقا بمجموعة من الخلايا العصبية تسمى البؤر موجودة في النخاع المستطيل، وهي تستقبل سيالات عصبية من دهلينر الأذن تتبئنا عن الاوضاع المختلفة التي نتخذها، هل نحن واقفون أو مستديرون أو ثانون جذوعنا. كما يستقبل المخيخ مسارات كثيرة من مقدم المخ ومن النخاع الشوكي ويرسل بدوره مسارات إلى الجهاز العصبي المركزي بأكمله (كاظم ولي أغا، 1981، ص 72)
- ويقع خلف الجذع الدماغي، وهو على علاقة مع مختلف المناطق في المخ حيث يلعب دورا هام في التحكم الحركي، ويرتبط مع الأقسام الثلاث للدماغ بثلاث سويقات حيث العلوية منها تربط مع الدماغ الأوسط والوسطى مع الجسر والسفلى مع البصلة السيسائية.
- ويحتوي المخيخ بالتقريب على نصف الخلايا العصبية المشكلة للجهاز العصبي كاملا، حيث ينقسم إلى عدة أقسام كل واحد مسؤولة عن نوع معين من التحكم الحركي، فالمنطقة الجانبية تتحكم في حركة الساق، اليدين والأصابع. للمخيخ دور في التزامن الحركي لتحقيق الدقة الحركية والحفاظ على توازن الوضعية... (بو لعبايز عبد الصمد، 2023، ص 157)

- **جذع الدماغ Tronc cérébral**: تكمن مهمته في كونه المسؤول عن نقل الرسائل العصبية التي تنتقل أوامر التحكم، ويتكون من الدماغ المتوسط والجسر (القنطرة)، والبصلة السيسائية التي تسمح بالاتصال بين النخاع الشوكي والمخ حيث أن كل الأعصاب الحسية والحركية تمر عبر هذه المنطقة. وبالتالي انتقال المعلومات بين المخ و النخاع الشوكي. كما يعتبر المقر الأساسي لـ 10 أزواج من أصل 12 زوج عصبي قشري قحفي، يحتوي على معظم مراكز التعديل والضبط للجهاز العصبي الذاتي، كما يوجد على طول الجذع الدماغي مجموعة متخصصة من العصبونات تعرف باسم التشكيل الشبكاتي هذه البنية تسمح ب: تنسيق الوظيفة العضلية الهيكلية والتحكم في نغمة العضلات، والمراقبة القلبية التنفسية وضبط وظيفة الاستيقاظ والنوم (بو لعبايز عبد الصمد، 2023، ص 57)
- ويعد الجزء الأساسي ويحتوي على مراكز تنظيمية لوظائف متعددة حيوية للبقاء تشمل خفقان القلب، التنفس، ضغط الدم، الهضم، وبعض الأفعال الانعكاسية كالبلع والتقيؤ، كل الأعصاب الدماغية (12)، ما عدا الأول للشم والثاني للفظ، يتوحد مراكزها ونواها في جذع الدماغ (فاطمة مناعي، 2020، ص 32)
- يتكون جذع الدماغ من مسارات أو حزم صاعدة و هابطة، ونوى مرتبطة بحزم أو أعصاب قحفية. وتكوين شبكي بشكل جذع الدماغ الجزء البطني من الدماغ، ويتكون من أربع مناطق مرتبة حسب الترتيب الأمامي الذيلي: الدماغ البيني، الدماغ المتوسط، الدماغ البطني الأمامي، الدماغ النخامي.
- **الدماغ البيني**: يشكل الدماغ المتوسط المنطقة الأكثر أساسية لجذع الدماغ ويحتوي على البطين الثالث (3)، هذا التجويف الصغير المغلق تماما على الجسم الحي يحتوي على ضفيريّتين مشيمتين (2). ينقسم الدماغ المتوسط إلى ثلاث (3) مناطق فرعية وهي في تسلسل ظهري بطني. المهاد والمهات، وتحت المهاد.
- **المهات**: يحتوي المهاد على الغدة الصنوبرية التي لها وظيفة غددية صماء ويكون دورها مرتبطا بالغدد التناسلية. وهو عبارة عن بنية صغيرة غير مزدوجة تقع في المستوى المتوسط في المنطقة الظهرية من الدماغ البيني.
- **المهاد**: يشكل المهاد المنطقة المركزية من الدماغ المتوسط. يلتصق الجزءان الأيمن والأيسر من المهاد ببعضهما البعض على المستوى الإنسي، وتشكل منطقة الالتصاق هذه الالتصاق بين المهاد يحتوي المهاد على ارتفاعين صغيرين على كل جانب، ويمكننا التمييز بينهما:

- ارتفاع الكند والظهري: وهو الجسم الركبي الجانبي، ويشكل مركز نقل النبضات البصرية أو الضوئية.
- الارتفاع الذنبي البطني: وهو الجسم الركبي الانسي، ويشكل مركز نقل النبضات السمعية.
- الوطاء: يشكل الوطاء الطابق البطني من الدماغ البيني، ويشمل من بين أمور أخرى التصالب البصري، والغدة النخامية والجسمين الحليين.
- التقاطع البصري: يتشكل التقاطع البصري عن طريق التقاطع في المستوى المتوسط الألياف العصبية البصري: وهو مرتبط بالنظام البصري، تتضمن ألياف المسارين البصريين اللذان يتبعان التقاطع البصري إلى الجسم الركبي الجانبي المقابل (عادي نزار، 2022، ص 29)
- الغدة النخامية: تقع الغدة النخامية والتي تسمى غالبا بالقوة النخامية في السرج التركي، هو عبارة عن بنية غير مزدوجة تقع في اتجاه ذيل التصالب البصري. ويتكون من فصين (2) فص غدي أمامي وفص عصبي خلفي ترتبط قوة النخامية ببقية منطقة ما تحت المهاد عن طريق القمع، والذي يسمى أيضا ساق الغدة النخامية أو الغدة النخامية، دورها الرئيسي هو ربط الجهاز العصبي أو الجهاز الصماء.
- **الدماغ المتوسط:** الدماغ المتوسط هو تلك المنطقة من جذع الدماغ التي تقع بين الدماغ البيني من الأمام والجسر من الخلف، وهي مفصولة بقناة ضيقة قناة الدماغ المتوسط أو سيلفيوس إلى جزء بطني وجزء ظهري.
- تشكل المنطقة البطنية من الدماغ المتوسط السويقات الدماغية، التي هي مسارات الأعصاب القشرية الشوكية النازلة، تحتوي المنطقة الظهري على أجسام رباعية التوائم، وهي عبارة عن أربعة نتوءات صغيرة، يشكل الجسمان الأماميان التلال الأمامية، ويشكل الجسمان الذنبيان التلال الذنبية، المراكز الأولى هي مراكز ترحيل بصرية بينما المراكز الثانية هي مراكز ترحيل صوتية.
- **الدماغ الأمامي البطني (القنطرة):** يشكل الدماغ الأوسط البطني الجسر، وهو يتكون من ألياف عرضية تربط المخيخ والألياف القشرية الشوكية الطولية التي تمتد إلى السويقات المخية للدماغ.
- **الدماغ النخاعي:** يشكل الدماغ النخاعي، والذي يسمى أيضا النخاع المستطيل، أو المنطقة الذيلية من جذع الدماغ، يمتد من النتوء الأمامي إلى ظهور النخاع الشوكي من النخاع الشوكي العنقي الأولى. الجسمان شبه المنحرفان المرتبطان بالجهاز السمعي يشغلان المنطقة الأمامية من الدماغ النخاعي.

يحتل التكوين الشبكي الدماغ النخاعي، ويتكون من أجسام خلوية متداخلة مع ألياف عصبية، وهابطة البطين (4)، هو التجويف الذي يقع بشكل أساسي على السطح الظهري للدماغ النخاعي وبطنيا على المخيخ مثل البطين الثالث (3) يحتوي هذا التجويف أيضا على صفيرتين مشيمتين (2)، ومثل البطينين الآخرين سائل دماغي شوكي (عادلي نزار، 2022، ص 29-30)

2- الجهاز العصبي المحيطي : Système nerveux périphérique

الجهاز العصبي المحيطي ينقسم إلى قسمين رئيسيين هما:

- الجهاز العصبي البدني (الجسمي).
- الجهاز العصبي المستقل (الذاتي أو التلقائي).

2.1 الجهاز العصبي البدني الجسمي:

يحتوي على الخلايا حركية تبدأ من الجهاز العصبي المركزي، وتمتد أو تسير دون تقاطع إلى العضلات البدنية أو الجسمية. وبذلك فكل العضلات الجسمية هي حركات ضمن وعي الإنسان وإرادته أي أنه يسيطر على الحركات الإرادية، بعكس الجهاز المستقل حيث يسيطر على الحركات اللاإرادية أو الذاتية للأعضاء الداخلية والغدد.

العضلات في الجهاز البدني لها شكل مقلّم أو مخطط، والسبب هو أنها تتكون من ألياف تشبه الخيوط (myofibres) ممتدة طوليا بلون فاتح وغامق (خليل إبراهيم البياتي، 2002، ص 49)

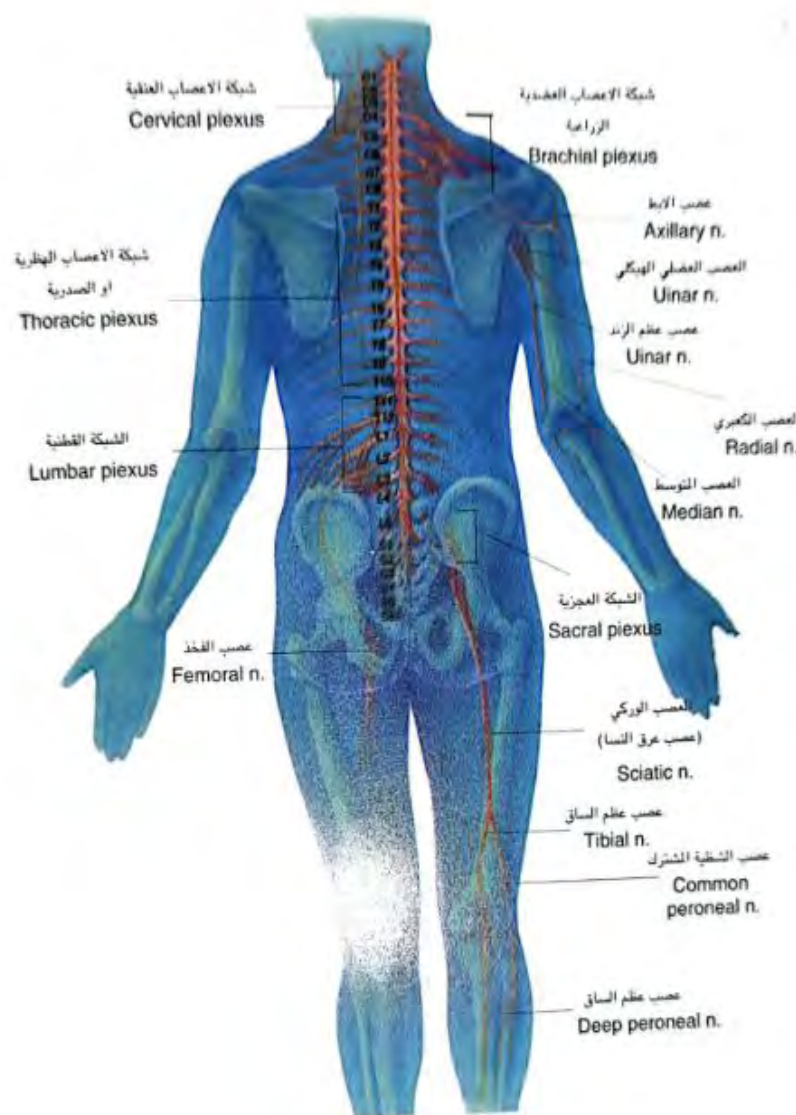
يتكون الجهاز الجسدي من الأعصاب التي تربط الدماغ والحبل الشوكي بالعضلات والمستقبلات الحسية في الجلد.

الأجزاء الرئيسية لهذا النظام هي:

✓ **الأعصاب:** يتكون العصب من مجموعة من الألياف العصبية. وهي عضو قادر على نقل المعلومات الحسية الواردة (من الجسم إلى الدماغ)، والصادرة من الدماغ إلى العضلات أو إلى أعضاء أخرى، وهناك نوعان من الأعصاب وهي:

✓ **الأعصاب القحفية:** تنشأ عشرة من الأعصاب القحفية الاثنى عشر (12) في جذع الدماغ تتحكم بشكل أساسي في الوظائف التشريحية للرأس مع الاستثناءات.

- **تشريح الدماغ وعلم وظائف الأعضاء:** تنشأ الأزواج الـ 12 من الأعصاب القحفية في الدماغ باستثناء زوج الأعصاب المبهم التي تمتد إلى أسفل البطن، فإنها تعصب الرأس وجزء من الرقبة فقط، اعتماداً على وظيفتها يمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات وهي:
 - ✓ **الأعصاب الحسية:** العصب الشمي، العصب البصري، العصب السمعي.
 - ✓ **الأعصاب الحركية الرئيسية:** العصب المحرك للعين والأعصاب البكرية والأعصاب العينية الخارجية التي تتحكم في حركات العين و الأعصاب الوجهية والأعصاب الشوكية والأعصاب تحت اللسان (كادري زينب، تافر أنفيل، 2021، ص6)
 - ✓ **الأعصاب المختلطة (الحركية والحسية):** العصب الثلاثي التوائم والعصب اللسان البلعومي والعصب الرئوي والمعوي أو العصب المبهم.
 - ✓ **الأعصاب الشوكية:** تنشأ الأعصاب الشوكية في النخاع الشوكي، وهي اتحادات للجذور الأمامية والخلفية من النخاع الشوكي والأعصاب القحفية 10/12 هناك 31 زوجاً من الأعصاب الشوكية 8 عنقية و12 صدرية و 5 قطنية و5 عجزية وعصب واحد في عظم العصعص هذه الأعصاب، والتي هي كلها مختلطة (حركية و حسية) تغذي مناطق مختلفة من الجسم (ما عدا الرأس) ينقلون الرسائل من الحبل الشوكي إلى أجزاء أخرى من الجسم، كما أنها ترسل إشارات حسية إلى الحبل الشوكي والدماغ، تشارك هذه الأعصاب في الحركة و الإحساس والتحكم في الوظائف اللاإرادية مثل: معدل ضربات القلب والتنفس (كادري زينب، تافر أنفيل، 2021، ص 6)



صورة رقم (02) : تبين الأعصاب الشوكية وأماكن دخولها في الحبل الشوكي (منظر أمامي).

(البياتي، خليل إبراهيم، 2002، ص38)

تمثل الصورة أعلاه الجهاز العصبي البشري من الأمام، مركزا على الحبل الشوكي والأعصاب التي تتفرع منه، مثل الشبكات العصبية في الرقبة والذراعين والساقين.

1.1 الجهاز العصبي الذاتي:

يتكون الجهاز العصبي من العقد الذاتية والألياف العصبية الذاتية والشبكات العصبية الذاتية، تترتب هذه التراكيب الثلاثة بشكل جهازين عصبيين يختلفان عن بعضهما في كثير من الخصائص التشريحية والوظيفية. وفي قابلية الإثارة والتنبه وهما الجهاز العصبي السمبتاوي (الودي)، والجهاز العصبي الباراسمبتاوي (نظير الودي).

وهذان الجهازان يعملان متوازيان، بحيث إذا ازداد نشاط أحدهما طبقا لظروف معينة، فإن الآخر يخفض من نشاطه حتى لا يحدث تعارض بينهما. ويبدى كلاهما من الظروف العادية مقدارا مناسباً من النشاط) عبد الكريم الحجاوي، 2004، ص 49

إن الجهاز العصبي الذاتي يعمل تحت سيطرة منطقة تحت المهاد الذي يخضع بدوره لسيطرة القشرة المخية، ورغم أن الجهاز العصبي الذاتي الإرادي في عمله إلا أن هناك بعض الوظائف الخاصة به تخضع لتحكم إرادي مثل عملية التبول والتبرز. حيث يساعد الجهاز العصبي السمبتاوي على اختزال البول والبراز، بينما يساعد الجهاز الباراسمبتاوي على التخلص منهما. نرى أن الجهاز العصبي الذاتي لا يعمل بشكل مستقل تماما، و لكنه تحت السيطرة اللاإرادية لكي يتم التوازن بين العمليات الإرادية

واللاإرادية (عبد الكريم الحجاوي، 2004، ص 54)

2.1 وظائف الجهاز العصبي السمبتي: sympathique

يختص هذا الجهاز عامة بالانفعالات وبالسلوك الذي تتطلبه المواقف المستعجلة أو الحركات العنيفة كالقتال والهرب ويتبع ذلك عدة أعراض:

- توسع حدقة العين، ورفع الجفن العلوي وبروز العين.
- شدة ضربات القلب وازدياد سرعتها.
- تضاع سرعة التنفس وارتخاء عضلات الشعب الهوائية.
- ارتخاء عضلات الأمعاء، انقباض عضلاتها العاصرة لذا قد يسبب الانفعال المستمر والقلق الدائم إمساكا مزمنًا.
- ارتخاء عضلات المثانة وانقباض عضلاتها العاصرة وصعوبة التبول.
- انقباض عضلات الحويصلة الصفراء .

- تنبيه عضلات الر حم مما قد يؤدي في الانفعال الشديد إلى الإجهاض.
- انقباض عضلات الأوعية الدموية وارتفاع الضغط.
- تنبيه بعض الغدد، كغدد الجلد يؤدي انقباض عضلات جذور الشعر في حالات الفزع الشديد و انقباض الأوعية الدموية السطحية، مما يسبب شحوب اللون عند الخوف والعرق البارد لانسحاب الدم من تلك المنطقة وتكف الغدد اللعابية عن الإفراز فيحدث جفاف في الحلق، وتنبيه الغدد الدمعية فيزيد إفراز الدموع في حالات الانفعال.
- تنبيه الغدة الكظرية و إفرازها الأدرينالين الذي ينشط الكبد و يولد المادة السكرية فيعطي إحساسا بزيادة القوة و النشاط و لكن يتبعها الإحساس بالتعب .
- انقباض عضلات الأوعية الدموية لأعضاء التناسل و بالتالي عدم القدرة على الانتصاب وسرعة القذف (ضعف الجنسي)(كاظم ولي أغا، 1981، ص94)

2.1 وظائف الجهاز العصبي البراسمباتي: parasymphathique

يختص غالبا بالحالات العادية كالهضم والنماء ونحوهما وفي عمله تضاد للجهاز العصبي السمباتي وأهم وظائفه:

- تضيق حدقة العين وخفض الجفن العلوي.
- التقليل من سرعة نبضات القلب.
- زيادة سرعة التنفس و فيض عضلات الشعب الهوائية.
- تغذية غشاء اللسان بألياف للتذوق وأخرى لاستدرار إفرازه.
- قبض عضلات المرء والمعدة والأمعاء الدقيقة.
- تنبيه المعدة والبنكرياس لإفراز عصاراتها وكذلك تنبيه الكبد والحويصلات الصفراء.
- تغذية الغدد اللعابية.
- قبض عضلات المثانة وإرخاء عضلاتها العاصرة ويتبع ذلك كثرة التبول.
- توسيع أوعية أعضاء التناسل فيؤدي ذلك إلى انتصاب القضيب في الذكر والبظر في الأنثى (كاظم ولي أغا، 1981، ص 94- 95- 96)

ومنه نستنتج من خلال ما سبق أن الجهاز العصبي السمباتي يقوم بعمل مخالف ومتكامل وخاص مع الجهاز العصبي الباراسمباتي.

• النخاع الشوكي : Moelle épinière

هو عبارة عن كآلة أسطوانية طويلة من النسيج العصبي المركزي، ويمثل النخاع الشوكي القناة الفقرية الطويلة، يبدأ من الفتحة العظيمة للجمجمة. و ينتهي خلال هذه القناة عند أسفل الفقرة القطنية الأولى.

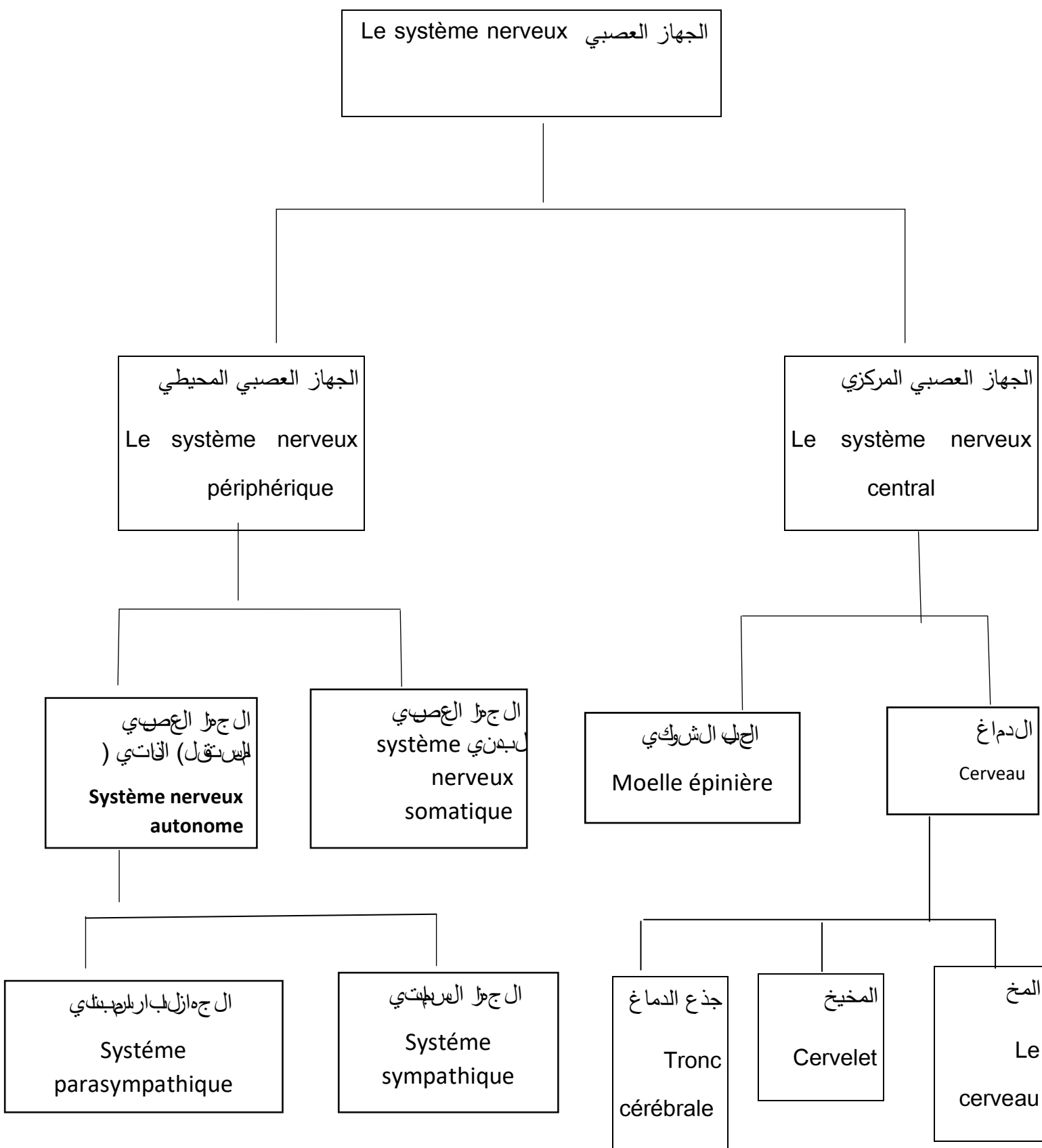
ويبلغ طوله حوالي 45 سم (18 إنج)، وهو أقل من طول القناة الفقرية التي تمتد إلى الأسفل أكثر من طول النخاع الشوكي. و عند الطفولة يشغل النخاع الشوكي جزءا أكبر داخل القناة الفقرية.

يحاط النخاع الشوكي بثلاث طبقات غشائية كما في أغلفة الدماغ، وهي الأغشية السحائية الثلاثة، إلا أن غشاء الأم القاسية داخل القناة الفقرية يكون حرا، ولا يلتحم بسماحق الفقرات، كما أن غشاء الأم القاسية وغشاء العنكبوتية يستمران في طولهما إلى الأسفل داخل القناة الفقرية أكثر من النخاع الشوكي والأم الحنون الملتصقة عليه، وبذلك تكون الفسنة تحت العنكبوتية مستمرة في نهاية القناة الفقرية، مما يسهل في عملية البزل القطني، ويخرج من النخاع الشوكي أزواجا متقابلة من الأعصاب تسمى الأوصال الشوكية، ويبلغ عددها واحد وثلاثون زوجا (31) هم:

- ثمانية أزواج عنقية (08)، تخرج من المنطقة العنقية في الحبل الشوكي.
- اثنا عشر زوجا صدرية (12)، تخرج من المنطقة الصدرية في الحبل الشوكي.
- خمسة أزواج قطنية (5)، تخرج من المنطقة القطنية في الحبل الشوكي.
- خمسة أزواج عجزية (5)، تخرج من المنطقة العجزية في الحبل الشوكي.
- زوج واحد من الأعصاب يسمى العصعص لأنه يخرج من المنطقة العصعصية في الحبل الشوكي.

و تنشأ من هذه الأوصال الأعصاب المحيطية الشوكية، إذ يحتوي النخاع الشوكي على طبقة سنجابية داخلية تنشأ منها الأعصاب المحيطية وطبقة بيضاء خارجية متكونة من ألياف عصبية صاعدة أو نازلة(عبد الكريم الحجاوي، 2004، ص 33 - 34)

يعتبر النخاع الشوكي ممر السيالة العصبية الآتية من الدماغ والذاهبة إليه كما يشكل مركز هام لردود أفعال الانعكاسية.ويقوم الدماغ والنخاع الشوكي بدور هام لاستقبال المعلومات وإرسالها، كالربط بين الإنسان والبيئة المحيطة به والتنسيق بين النشاطات المختلفة للجسم بشكل يؤدي إلى الاتزان والتكامل. وأيضا كل ما يوجد في الدماغ من السوائل يوجد كذلك في النخاع الشوكي.



شكل رقم (04) يبين الجهاز العصبي

من خلال المخطط أعلاه الذي قمنا بإعداده انطلاقاً من مكتسباتنا القبلية، ومن كل ما تطرقنا إليه في المحاضرات في مسيرتنا الدراسية. والذي يبين تقسيم الجهاز العصبي لدى الإنسان، والذي ينقسم إلى الجهاز العصبي المركزي، والذي يشمل الدماغ والحبل الشوكي. والجهاز العصبي البدني الذي يتضمن الجهاز العصبي المستقل (الذاتي)، والجهاز العصبي السمباتي والباراسمباتي. بالإضافة إلى الجهاز العصبي الجسدي. ويوضح أيضاً الأعضاء الرئيسية مثل الدماغ، المخيخ، وجذع الدماغ.

II. الجلطة الدماغية :

1- مفهوم الجلطة الدماغية:

يعرف الأطباء الجلطة الدماغية بأنها خلل مفاجئ في تدفق الدم إلى جزء من الدماغ يساهم بدوره في إحداث خلل في مهام الجسد التي يقوم بها ذلك الجزء من الدماغ ويسيطر عليها، لكن ذلك الخلل المفاجئ وتحديدًا تلك الإعاقة في الدورة الدموية تستغرق سنوات قبل أن تحصل ويمكن أن تكون نتيجة انسداد أوعية دموية في الدماغ أو على الأقل حصول تخثر الدم فيها أو تحصل نتيجة تراكم ترسبات من الدهن والكوليسترول ويمكن أن يحصل ذلك الخلل أو تلك الإعاقة الدموية بفعل الجلطة الدموية تصل إلى الدماغ من جزء آخر من الجسد، ويمكن في حالات أن تنتج السكتة الدماغية من ضعف في جدران الأوعية الدموية الذي هو بدوره نتيجة تسارع أو ارتفاع في ضغط الدم يخرج عن السيطرة أو يكون موجودا بالولادة. ويمكن أن يسبب ذلك الضعف انفجارا في الجدار الضعيف لذلك الوعاء الدموي، وعقدها يحصل نزيف ويتسرب الدم إلى خارج الأوعية الدموية في الدماغية (شعلال إسماعيل مصطفى، 2019، ص 102)

- يذكر كوربت Corbett (2003) أن الجلطة تحدث عندما يتم انسداد الوعاء الدموي الذي يقوم بتوصيل إلى المخ بسبب وجود تجلط دموي بداخله، أو يسبب ارتفاع ضغط الدم مما يسبب في نزيف على المخ أو في منطقة معينة من المخ، وتؤدي إلى حدوث شلل في أحد الأطراف أو كلاهما أو فقدان الذاكرة و النطق. وهذه الأعراض تبدأ فجأة على صورة صداع مع نزيف ويعتبر ارتفاع ضغط الدم العامل الرئيسي والأخطر في حدوث الجلطة الدماغية (عبد الله حسين عبد الرحمن الهمال، 2023، ص 3)

السكتة الدماغية تحدث عندما ينقطع تدفق الدم إلى جزء من الدماغ، عادة بسبب انفجار وعاء دموي أو انسداد شريان بجلطة دموية. يؤدي انقطاع الأكسجين و المغذيات إلى تلف أنسجة الدماغ (OMS, P. 13, 2018)

وكانت تعرف بالإنجليزية سابقا بالحادثة الوعائية الدماغية (Accident Vascular Cerebro)، وتنتج عبر توقف أو عرقلة شديدة لتدفق الدم إلى واحد من أجزاء الدماغ مما يحرم أنسجة المخ من الأكسجين الضروري ومواد التغذية الحيوية الأخرى، ومن جراء ذلك تتعرض خلايا المخ للموت خلال دقائق قليلة، فالسكتة الدماغية هي حالة طارئ طبي والعلاج الفوري لها أمر بالغ الأهمية إذ يمكن من خلاله تقليل الأضرار للدماغ، ومنع المضاعفات المحتملة ما بعد السكتة فرفع مستوى السيطرة عن معظم عوامل الخطر الإصابة بالسكتة الدماغية فرط ضغط الدم، التدخين، فرط الكوليسترول في الدم هي السبب الرئيسي على الأرجح لانخفاض حالات السكتة الدماغية (سفيق ساعد، 2019، ص 127)

حدوث اضطراب مفاجئ في التروية الدموية لجزء من الدماغ بسبب عجز في وظيفة عصبية أو أكثر (أمل جميل يوسف وآخرون، 2023، ص 297)

من خلال التعاريف السابقة، نستنتج أن السكتة الدماغية من أخطر الأمراض التي تصيب الفرد، فهي انسداد في الأوعية الدموية مما تمنع وصول الأكسجين والدم إلى الدماغ، وهذا ما يسبب الشلل النصفي أو الكلي أو الموت في بعض الأحيان.

2- أعراض الجلطة الدماغية:

• الأعراض الأولية:

صداع قوي مفاجئ، اختلال البصر، دوخة ودوار، غثيان أو قيء، فقدان الوعي، تدني القدرة على السمع وصعوبة في الكلام أو البلع، اختلال الحركة والتوازن.

• الأعراض المتأخرة المتوقع حدوثها:

- ضعف أو شلل في الأطراف (يكون في الجهة اليمنى إذا كانت الجلطة في نصف الدماغ الأيسر والعكس صحيح).
- اختلال الإحساس في الجهة المصابة.

- اختلال شد العضلة الطبيعية في الجهة المصابة (ارتخاء تام في العضلات في المرحلة الأولى يتحل بعد فترة قد تصل شهر إلى زيادة شديدة في انقباضها)
 - فقدان الوعي في بعض الأحيان.
 - اختلال البصر.
 - اختلال الكلام.
 - صعوبة البلع.
 - صعوبات في الإدراك والفهم وتقييم الأمور.
 - بعض المشاكل النفسية والعاطفية (تغير في المزاج والسلوك).
 - صعوبة القراءة والكتابة.
 - اختلال التحكم بالبول والبراز.
 - صداع وألم في الرقبة والكتف.
 - اختلال التوازن والتحكم في القامة (بلواضح الربيع، 2021، ص 94)
- 3- أنواع السكتة الدماغية :

يتم تصنيف السكتة الدماغية إلى فئتين المحددة بالشكل التالي:

2.2 السكتة الدماغية النزفية *accident vasculaire cérébral hémorragique*

تحدث السكتة الدماغية النزفية بسبب تمزق الأوعية الدموية في أنسجة المخ مما يؤدي إلى ظهور النزيف، يمكن أن يكون سبب هذا النزيف عدة عوامل مثل ارتفاع ضغط الدم أو تمدد الأوعية الدموية الدماغية أو تشوه الشرايين والأوردة أو حتى تناول مضادات التخثر. عندما يحدث نزيف في المخ، فإنه يمكن أن يسبب الضغط للأنسجة المحيطة بالمخ وزيادة الضغط داخل الجمجمة وإتلاف خلايا المخ، تعتمد العلامات العصبية للسكتة الدماغية النزفية على موقع النزيف... (مريم شقدروه، 2023، ص 29)

وكذلك بسبب تجمع الدم داخل النسيج الحشوي والتي ترتبط أحيانا بنزيف سحاني، تمثل 20% من الحالات.

• المسببات:

- ارتفاع ضغط الدم (سبب رئيسي).
- تشوهات الأوعية الدموية (تمدد الأوعية الدموية الممزقة).
- السكتة الدماغية النزيفية اللاحقة للصدمة (بيتر مين مارين، 2022، ص 04)

1.2 السكتة الدماغية الإقفازية : Accident vasculaire cérébral ischémique

يسبب احتشاء دماغي تمثل 80 % من الحالات 99% منها تحدث في منطقة شريانية الأسباب الرئيسية :

- تصلب الشرايين (بسبب 20 إلى 25 % من إحتشاءات الشرايين)، إما عن طريق الانسداد الناتج عن الويحة أو عن طريق الخثرة تشمل عوامل الخطر ارتفاع ضغط الدم التدخين، الكوليسترول، والعمر والجنس الذكري، وكذلك نجد التهاب الشرايين الالتهابي، تشريح الشريان السباتي، تشوهات بروتينات التخثر (بيتر مين مارين، 2022، ص 04)
- تحدث بسبب انسداد أحد الشرايين الدماغية أو إلى الوجهة الدماغية (الشرايين السباتية أو الفقرية)، مما يحرم الدماغ من الغلوكوز والأكسجين، ويسبب احتشاء الدماغ (أو التلين)(علبان إلهام، بن علي إيمان، عمري آسيا، 2018، ص 6-7)

2.2 النوبة الإقفارية العابرة:

تختفي بعض أعراض السكتات الدماغية، ويمكن أن يعود المرء إلى طبيعته في غضون دقائق (أو ساعات)، ويصف الأطباء السكتة الدماغية التي لا تتجاوز أعراضها 24 ساعة بالنوبة الإقفارية العابرة. ولكن إذا استمرت هذه الأعراض أكثر من 24 ساعة حينها تعتبر "سكتة دماغية" وقد يصاب المرء بالنوبة الإقفارية العابرة، بسبب تخثر صغير في الدم سرعان ما يتفكك أو بسبب تراجع مؤقت لتدفق الدم للدماغ (مثلا نتيجة إضطراب في ضربات القلب أو انخفاض ضغط الدم أو حدوث تشنجات في أوعية دموية ضيقة).

ثمة نوع خاص من النوبات الإقفارية العابرة يصيب الرؤية في عين واحدة فيما يعرف بالكمنة العابرة. وعادة ما تنطفئ عين واحدة في هذا النوع من النوبات، وكأن غطاء أسود أسدل عليها و توصف هذه النوبات عادة بأنها فقدان مفاجئ للبصر .

و يأتي تخثر الدم عادة من مصدر محدد مثل ضرر أو مرض الذي يصيب القلب أو الشرايين السباتية (الأوعية الدموية التي توصل الدم إلى الرأس). ويمكن لهذا النوع من النوبات، يكون بمثابة تحذير من احتمال الإصابة بسكتة دماغية في المستقبل.

لا تعد النوبة الإقفارية العابرة مجرد نوبة عادية، بل هي بمثابة تحذير للمريض بوجود مشكلة في الدورة الدموية (ليندلي، ريتشارد لاين، 2014، ص 21-22)

4- عوامل الخطر للسكتة الدماغية:

هناك عوامل الخطر قابلة للتعديل وأخرى غير قابلة للتعديل.

• عوامل الخطر القابلة للتعديل:

➤ **مرض السكري وارتفاع ضغط الدم:** ارتفاع ضغط الدم وهو عامل الخطر الأكثر شيوعاً لدى المرضى الذين يعانون من السكتة الدماغية الإقفارية، في الواقع كل زيادة في ضغط الدم الانقباضي بمقدار 20 ملم زئبق أو ضغط الدم الانبساطي بمقدار عشرة ملم زئبق يرتبط بمضاعفة خطر الإصابة بالسكتة الدماغية، كما أن ارتفاع ضغط الدم هو أيضاً عامل الخطر الرئيسي للسكتات الدماغية النزيفية مما يزيد خطر الإصابة بها بنسبة 10%، ويقدر انتشار هذا العامل الخطير لدى الأشخاص الذين أصيبوا بسكتة دماغية نزيفية بما يتراوح بين 60 80 % (30)، بعد مرض السكري من النوع 2 عامل خطر معروف للإصابة بالسكتة الدماغية الإقفارية لدى مرضى السكري يصل إلى 1.5 % سنوياً يمثل مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم عوامل الخطر الرئيسية للسكتة الدماغية.

➤ **البدانة:** تم إثبات دور السمنة كعامل خطر مستقل للإصابة بالاحتشاء الدماغي من خلال مضاعفة الخطر النسبي بمقدار اثنين وزيادة عوامل الخطر المرتبطة مثل: ارتفاع ضغط الدم، السكري، وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم.

➤ **إدمان الكحول:** العلاقة بين استهلاك الكحول وخطر الإصابة بالسكتة الدماغية ثنائية الطور، يبدأ الإفراط في الشرب يؤدي الإفراط في تناول الكحول إلى زيادة خطر الإصابة بجميع أنواع السكتة الدماغية، سواء كانت نزيفية أو إقفارية.

➤ **ارتفاع الكوليسترول في الدم:** وبغض النظر عن مستوى الكوليسترول (LDL، الأولى فإن انخفاض 1 مليلول/ لتر في الكوليسترول كان مرتبطاً بانخفاض نسبي في خطر الإصابة بالسكتة الدماغية الإقفارية بنسبة (19%)، (7%) . هناك علاقة عكسية بين مستويات البروتين الدهني عالي الكثافة

والكولسترول و خطر الإصابة بالسكتة الدماغية الإقفازية و التي قد تكون أقوى من السكتات الدماغية المرتبطة بتصلب الشرايين (38%) عندما يكون أقل من 160 ملغ/ديسليتر، فإنه يبدو كعامل يعزز النزيف داخل المخ القشري تحت القشري، وعلى عكس ذلك (جوزاف ميك، أمانشيني، 2020، ص15-16)

➤ **التدخين:** أظهر تحليل تلوي 32 دراسة أن المدخنين لديهم خطر متزايد للإصابة بنقص تروية الدماغ بنحو الضعف (40)، وبذلك تم تأكيد دور التدخين السلبي بخطر نسبي يبلغ حوالي 1.8 في غير المدخنين الرجال أو النساء المعرضين لبيئة التدخين. والتدخين هو عامل الخطر القابل لتعديل الأكثر أهمية لنزيف السحايا (39) يمكن أن تكون الآلية زيادة في النشاط البروتيني الذي ينشطه الخلايا البلعمية الرئوية، و تطور تصلب الشرايين المبكر وارتفاع ضغط الدم إلى ذروته.

➤ **موانع الحمل الفموية:** فقد ثبت أن استخدام وسائل من الحمل الفموية يرتبط بزيادة خطر الإصابة بالنوبات الدماغية، وهو أمر أكثر أهمية لأن جرعة الأستروجين عالية (أكبر من 50 ميكروجرام) ❖ **عوامل الخطر غير القابلة للتعديل:**

- **وراثي:** إن وجود تاريخ عائلي للإصابة بالسكتة الدماغية من الجانب الأب أو الأم يضاعف من خطر الإصابة بها (جوزاف ميك، أمانشيني، 2020، ص 17)

- **العمر والجنس:**نسبية إصابة الذكور بالسكتات تكون أعلى من إصابة الإناث في جميع الشرائح العمرية، كن عدد النساء اللاتي يمتن بسبب السكتات تكون أعلى من النسبة عند الذكور (سمير أبو حامد، 2009، ص 33)

5- مضاعفات الجلطة الدماغية:

- الاكتئاب.
- التغيرات العاطفية.
- الصرع.
- العدوى الصدرية.
- العدوى في المجاري البولية.
- ألآم الكتف.
- الخرف.
- الألآم بصفة عامة.

6- الوقاية من الجلطة الدماغية:

- إتباع أسلوب غذائي صحي قليل الدهون والأملاح.
- التخلص من الوزن الزائد.
- ممارسة التمارين الرياضية بانتظام بعد الحصول على موافقة الطبيب.
- السيطرة بشكل جيد على داء السكري، وذلك بإتباع غذاء صحي وتناول العقاقير اللازمة ومراقبة معدل السكر في الدم.
- فحص سكر الدم بانتظام.
- قطع التدخين تماما (عادل وكال، 2021، ص 60-62)

III. الشلل النصفي:

1-تعريف الشلل النصفي:

هو أحد الأمراض العضوية التي تصيب أحد جزأي كرة المخ، فإذا حدثت الإصابة في الجانب الأيمن من المخ ظهر الشلل النصفي طوليا في الجزء الذي يسيطر عليه، وهو الجانب الأيسر من الجسم، وإذا حدثت الإصابة في الجانب الأيسر من المخ، وهو ينتج عن إصابة أو تلف مراكز الحركة والنشاط في أحد قطبي المخ.

وهذا النوع من الشلل يعد الأوسع إنتشارا في أمراض الدماغ، وسبب ذلك أن أغلبه يعود إلى التعرض القشرة الدماغية لآفات مثل: النزيف وهو يظهر كشكل في الذراع والساق وجزء الأسفل من الوجه على نفس الجانب مصحوبا بفقدان الشد العضلي (Tonelessness). ويمكن أن يتجه للرأس والعينان إلى جانب الآفة (فهامي علي محمد، 2008، ص 245)

عرف هيلمان سنة 1985 الإهمال (الشلل) النصفي على أنه عدم الوصف اللفظي، وعدم الإستجابة والتوجه نحو المنبهات الآتية من الجهة العكسية للجهة المتضررة. أما "Musulam" فيعتبر الإهمال (الشلل) النصفي على أنه نتيجة العجز في الشبكة الموزعة نحو القشرة الدماغية... (بن العيفاوي حليلة، 2018، ص 7)

الشلل النصفي هو نتيجة الإصابة تحدث في مراكز أو مسارات هرمية. مما يؤدي إلى صعوبة في التحكم الإرادي بالحركة، (مارتنيز، 2014، Martine). ستكون هذه الصعوبة أكبر أو أقل اعتمادا

على شدة الإصابة وموقعها، بدلا من شلل نصفي جزئي. وهو فقدان جزئي للسيطرة الإرادية على الحركة، وصولا إلى شلل نصفي كامل، أو فقدان كامل للسيطرة الإرادية على الحركة (سولون 2005، solon)، انطلاقا من أساس وجود توازن دائم بين النظام الهرمي، والتحكم غير الإرادي. لا يعني الشلل النصفي شللا في نصف الجسم بل فقدان للسيطرة الإرادية على هذا الجانب، والذي يرتبط عادة بتغيير في نبرة الوضعية (Serrano VillotaHéctor, Ricardo, 2019, p. 3)

يعرف الشلل النصفي بأنه شلل في جانب واحد من الجسم و يحدث بسبب مرض أو إصابة في نصف الكرة المخية الآخر. غالبا ما يعاني الأشخاص المصابون بالشلل النصفي من صعوبات في الحركة، ووظائف القلب و الرئة، والوظائف الحسية. تؤثر هذه الصعوبات على أنشطتهم في الحياة اليومية. وبالتالي يكون لها تأثير سلبي على جودة حياتهم (Reda Toufik Mouhamed, Tahray Ahmed El-Senousy, Mona Nadi Ibrahim, 2022, p.556)

وانطلاقا من كل التعاريف السابقة التي قدمها هؤلاء الباحثين، يمكننا القول بأنها تشمل نفس المضمون الذي يؤكد أن الشلل النصفي هو إصابة تحدث في جهة واحدة من الجسم، سواء اليمنى أو اليسرى، والتي بدورها تؤثر على الجهة المعاكسة لها. والتي تؤدي إلى صعوبات في التحكم في تلك الجهة المصابة.

2-أنواع الشلل النصفي:

➤ الشلل الرباعي أو الكلي: **Quadriplégie**: وهو شلل يتضمن كل الأطراف الأربع الإنسان : الأيدي، الساقين، وهي حالة ترتبط عادة بالشلل المخي الحاد، أو بإصابة الحبل الشوكي التي تؤدي إلى شلل من الرقبة وإلى الأسفل.

➤ الشلل النصفي السفلي **Paraplegia**: الشلل النصفي السفلي أو شلل نصف الأسفل من الجسم، أو ما يسمى (بالكساحة) تكون الإصابة به في الأطراف السفلية من الجسد نتيجة تلف في الحبل الشوكي. أو قد تكون بسبب اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، كشكل من أشكال الشلل الدماغي.

➤ الشلل الكلي السفلي **Diplegia**: هو علة دماغية ترتبط بولادة الأطفال المبتسرين، ومن أهم خصائصه أنه شلل متماثل أما بالأطراف العلوية أو الأطراف السفلية، وهذا النوع من الشلل يكون

شديدا في الأطراف السفلية عنها في الأطراف العلوية (الشلل الرباعي الكلي تتأثر فيه الأطراف العلوية أكثر من السفلية) (فهيمى علي محمد، 2008، ص 245)

➤ **الشلل الثلاثي Triplegia**: يحصل الشلل في ثلاثة أطراف، ويبقى الطرف الرابع سليما بلا إصابة وهو من أنواع الشلل الدماغي النادرة

➤ **الشلل الأحادي Monplegia**: وهو الشلل الذي يحصل في طرف واحد فقط من أطراف الجسم وهذه الحالة نادرة أيضا عند الأطفال المشلولين دماغيا (فهيمى علي محمد، 2008، ص 246)



صورة رقم (03): تبين الشلل النصفي

تمثل الصورة أعلاه، حالة مصابة بالشلل النصفي. حيث يظهر جسم الإنسان مع تمييز جانب واحد باللون الأصفر، مما يعبر عن الجانب المصاب بالشلل، بينما الجانب الآخر يكون طبيعياً. ومن جهة أخرى، تبين الجمجمة أعلاه أن السبب قد يكون مرتبطاً بمشاكل في الدماغ أو الجهاز العصبي. كما تبين أيضاً الصورة أنه أي إصابة على مستوى الجهة اليمنى سيؤثر على الجهة اليسرى للجسم وتصاب بالشلل النصفي، وإصابة الجهة اليسرى يؤثر على الجهة اليمنى وتصاب بالشلل النصفي.

3-أسباب الشلل النصفي:

قد يحصل الشلل النصفي نتيجة أسباب مختلفة، أما السبب الأكثر شيوعاً هو الإصابة في الدماغ، النابعة من خلل في تزويد قشرة الدماغ الحركية بالدم، أو في تزويد المسارات الحابطة إلى النخاع

الشوكي. ومن أسباب الشلل النصفي الأخرى: أورام الدماغ، إصابات الرأس، التهاب السحايا (Meningitis)، التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis)، أو خلل في التطور الذي يؤدي إلى شلل دماغي منذ الولادة.

- **المؤثرات الخارجية:** كالسقوط من المرتفعات، الاصطدام بجسم صلب، أو في حوادث الدهس. ويحدث الشلل هنا بما تسببه هذه العوامل من نزيف دماغي وانضغاط الدماغ.
- **بعض آفات الدماغ:** كالخروج الدماغي، وأورام الدماغ، وذلك بسبب تخريبها للخلايا الدماغية أو الضغط عليها (شعلال، 2019، ص111)
- **بعض الأمراض العامة التي تصيب السحايا الدماغية:** كالدرن، والنزيف السحائي.
- **تسرب الشرايين:** إن هذا المرض لا يسبب الشلل ولكن بعض ما ينتج عنه هو السبب (وكال، 2021، ص50)

ص50)

- السكر.

- الأمراض المعدية الالتهابات في الجهاز العصبي.

- نقص فيتامين "ب".

- ارتفاع ضغط الدم.

- التدخين.

- السمّة

- الكسل وقلة الحركة (تاج، 2022، ص56)

- **النزيف الدماغي:** يحدث هذا النزيف لدى المصابين بالتصلب الشرياني الدماغي (أو تصلب شرايين الدماغ)، عند ارتفاع الضغط الشرياني لديهم اثر التعب أو الجهد، أو بعد الصدمة النفسية المفاجأة وبارتفاع الضغط الشريان هذا، انفجر أحد شرايين الدماغ، ويتجمع الم مخرباً للأنسجة في أغلبية الحوادث يكون النزيف الدماغي مميتاً، ولكن المريض أن شفي فانه يصاب بالشلل.
- **التخثر الشرياني:** ويقصد به إصابة بعض شرايين الدماغ بالخرثرة (Thrombus)، وهذه الخرثرة إذا ما كبرت وسدت قناة الشريان، انقطع الدم عن المنطقة الدماغية التي يغذيها ذلك الشريان، فتخرب أنسجتها ويحدث الشلل.

- **الصدمة الدماغية:** إذا أصيبت الشرايين الدماغية بالصدمة (Embolus) الدموية، حدث الموت في الخلايا الدماغية التي ينقطع عنها الارتواء الدموي وأدى ذلك إلى ظهور الشلل (بالواضح الربيع، 2021، ص 110-111)

4- أعراض الشلل النصفي:

إن العرض الأساسي في الشلل الذي يتناول أحد شقي الجسم، أن الشلل بصفة عامة يغلب له أن يبدأ رخوا ثم يصبح تشنجيا، كما أن حدوثه قد يكون مفاجئا، وقد يكون تدريجيا، وهذا الأمر يخضع لأسباب، كما في المثالين التاليين:

✓ **الشلل المفاجئ:** أوضح مثال عليه هو الشلل الذي يحدث بالانسداد الدمائي، فالانسداد يصيب الشريان بسد مفاجئ، ولذلك فإن الشلل النصفي أيضا يحدث فجأة، فيهوي المريض على الأرض، ويفقد الوعي فقداناً تاماً وتفقد الحركة تماماً، ويرتخي جسم المصاب، وتسمى هذه الحالة (السكتة Apoplexy)، هذا وأن الشلل الذي يحدث بالنزف الدمائي يبدأ مفاجئاً أيضاً.

✓ **الشلل التدريجي:** ومثالنا عليه الشلل الذي يحدث عن طريق التخرثر الشرياني، فإذا تذكرنا أن التخرثر يبدأ في جدران الشريان، ثم تكبر الخثرة تدريجياً إلى أن تسد الشريان، فلنا أن نتصور كيف أن الشلل هنا يحدث بشكل تدريجي، وهو يبدأ بالضعف العضلي، ثم تصبح الحركات صعبة. وقد تحدث نوبات من العرج المتقطع (غير الدائم) أول الأمر، ثم يتكامل الشلل بعد ذلك، ولكن نسبة الشفاء في هذه الحالة عالية، ويتحسن حال المريض ولو بشكل بطيء خاصة عندما تبدأ معالجته في وقت مبكر، أما إذا تأخر ذلك أكثر من شهرين فالشفاء قد يكون غير ممكن (شعلال، 2019، ص 112)

وهناك أعراض مختلفة تشير إلى الإصابة بسكتة دماغية، إذا لوحظت هذه الأعراض لدى المريض، فمن المهم الاتصال برقم 15 على الفور في الواقع. كلما تم علاج السكتة الدماغية في وقت مبكر، كلما كان من الممكن تقليل آثارها اللاحقة. هذه الأعراض هي:

- شلل أو ضعف عضلات الوجه أو جانب واحد من الجسم مما يشير إلى الشلل النصفي.
- صعوبة في الكلام (عسر النطق).
- فقدان الإحساس أو التتميل (إحساس غير طبيعي مثل الوخز في جانب واحد من الجسم).
- مشاكل في الرؤية (العمى في عين واحدة، أو ازدواج الرؤية، أو العمى النصفي الجانبي المتماثل).

- اضطرابات التوازن.
- اضطرابات اليقظة.
- الشعور بصداع مفاجئ وشديد غير عادي يشبه الرعد (Camille Gautier, 2022, p.06)

5-الاضطرابات المصاحبة للشلل النصفي:

- **الاضطرابات الإدراكية:** يمكن أن تحدث العديد من الإعاقات الإدراكية بعد السكتة الدماغية وتؤثر على جودة حياة المرضى. يمكننا أن نجد اضطرابات الإنتباه التي تكون متكررة جداً، وتؤدي إلى صعوبات في التركيز لفترات طويلة، وتشتت كبير (حساسية للضوضاء والحركات المحيطة)، وصعوبة في الأداء المهام المزدوجة. وتوجد أيضاً اضطرابات الذاكرة والتي تؤثر على الذاكرة العامة والتي تمثل القدرة على تخزين المعلومات ومعالجتها لفترة قصيرة، ويتأثر بشكل أكبر بعد السكتة الدماغية، ويظهر على شكل تشعب وانخفاض في النشاط. اضطرابات التنفيذ والتي تتمثل في صعوبات في التكيف مع المواقف الجديدة، أو المعقدة وصعوبات في اتخاذ المبادرات، والمثابرة في الأفكار، والتسرع والافتقار إلى التوقع والتخطيط للأفعال وصعوبات في التنظيم والتكيف والتثبيط والمرونة (Morganti, 2023, p.11)

- **اضطرابات التواصل:** هو الأكثر شيوعاً، وتتمثل في عسر الكلام الذي يشيع عند 40 % من المصابين نتيجة عدم القدرة على السيطرة على العضلات التي تستعمل للكلام، وعدم القدرة على التنسيق بينها. وقد يعانون من ضعف في مجالات التواصل غير اللفظي كالإيماءات وتعبيرات الوجه.
- **سيلان اللعاب:** يتراوح معدل انتشار سيلان اللعاب المبلغ عنه من 10 % إلى 58 % (موزة سيف خميس ناصر الدرمني، 2023، ص 21 - 22)

كما أن الشلل النصفي يصاحبه اضطرابات معرفية خاصة بكل نصف كرة دماغية:

✓ في حالة الشلل النصفي الأيمن: **hémiplégie droite**

- فقدان القدرة على الكلام (Aphasie).
- فقدان القدرة على الكلام بسبب اضطراب الإنتاج (Apraxie par troubles de production).
- اضطراب الحساب (Acalculie).

✓ في حالة الشلل النصفي الأيسر: **hémiplégie gauche**

- الإهمال النصفي (hemi négligence).

- فقدان الوعي (Anosognosie)
- اضطرابات نصف الجسم (hémiasomatognosie)
- عجز حركي ناتج عن اضطرابات مفهومية مع عدم التعرف (Apraxie par trouble conceptuel Agnosie).
- اضطرابات مخطط الجسم (Trouble du schéma corporel)
- ✓ في كلا الحالتين:

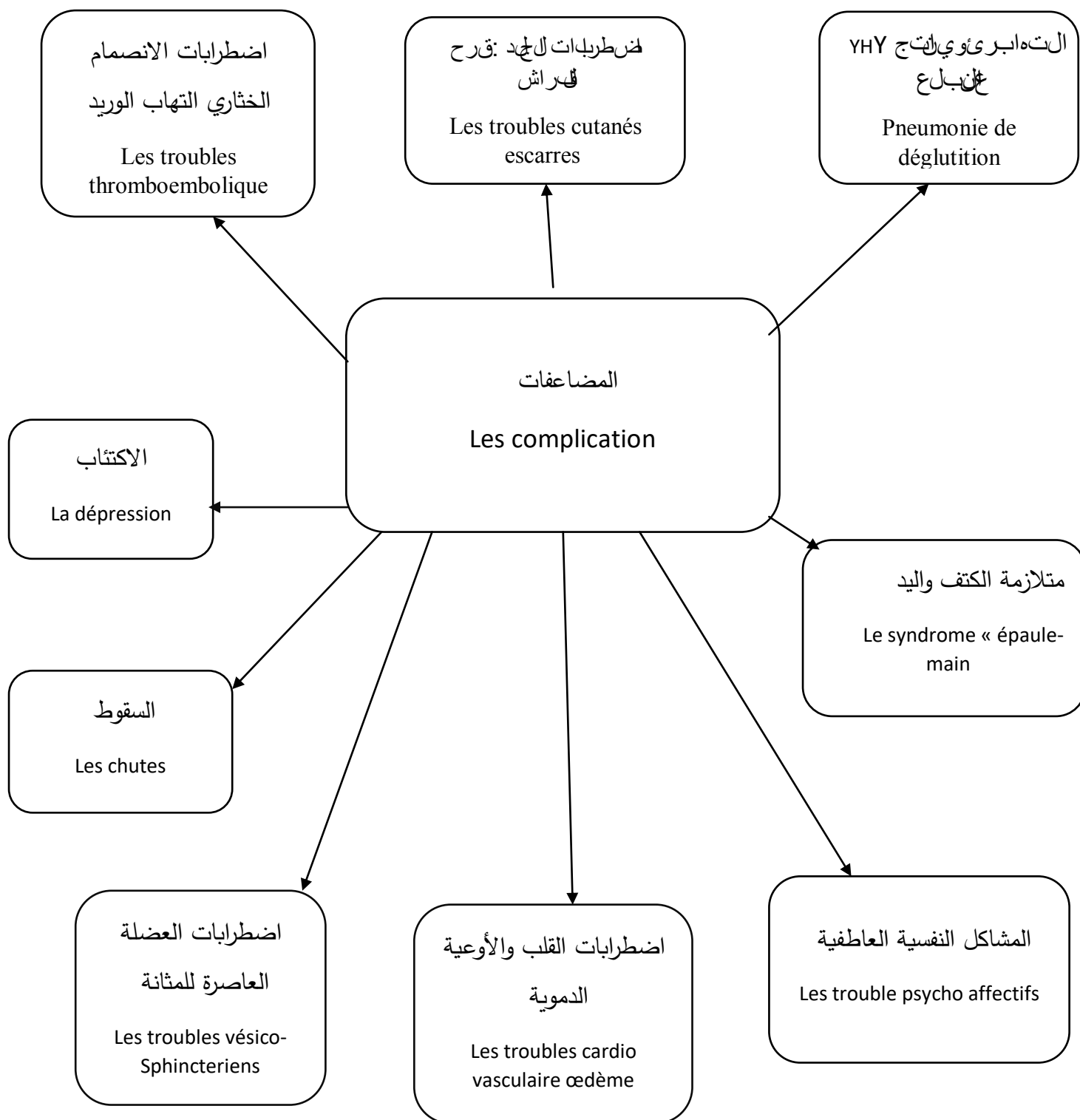
- اضطرابات الذاكرة Troubles mnésiques
- الاضطرابات العاطفية والشخصية Troubles affectifs et de la personnalité
- متلازمة عسر التنفيذ Syndrome dysexecutif
- المضاعفات: تعتمد المضاعفات على الإصابة نفسها، والتثبيث ووجود امراض مصاحبة. ومن بين المضاعفات الرئيسية هي:
- اضطرابات الجلد: تقرحات الفراش les troubles cutanés: escarres
- الالتهاب الرئوي التنفسي La pneumopathie de déglutition
- متلازمة الكتف واليد "épaule-main" le syndrome
- اضطراب الانضمام الخثري: إتهاب الوريد Les troubles thromboemboliques phlébite
- اضطرابات القلب والأوعية الدموية: الوذمة Les troubles cardiovasculaire œdèmes
- العضلة العاصرة للمثانة : Les trouble vésicosphinctériens
- اضطرابات نفسية عاطفية Les troubles psychoaffectifs
- الاكتئاب La depression

(Bendahou, Benmouna, Bennihi, Belhachi, 2019, p 11-12)

- **الاكتئاب:** غالبا ما يرى الاكتئاب لدى ضحايا السكتة الدماغية. وفقا لدراسات مختلفة، في أسبوع أو أسبوعين بعد السكتة الدماغية. يمكن أن تتراوح نسبة الاكتئاب من 6% إلى 41% و من 47% إلى 53% بعد ثلاثة أو أربعة أشهر، ومن 2% إلى 47% في السنة الأولى مع مرور الوقت، يميل إلى الانخفاض. يصاب 5 إلى 11 من المرضى بالاكتئاب الشديد، مقارنة بانتشار الاكتئاب البسيط بنسبة 11 إلى 40. ويؤكد نفس المؤلفين أن أعراض الاكتئاب هي في العادة

تعبير عن الصعوبة التي يواجهها المرضى في التكيف مع الإعاقات والعجز، وأنها قد تظهر في أي وقت اعتماداً على السكتة الدماغية (Morganti, 2023, p.12)

- اضطرابات الرؤية المكانية: تتميز بفقدان البصر المكاني النصفي، والذي يعرف بأنه عدم القدرة على الوصف اللفظي للمنبهات المقابلة الآفة في نصفي الكرة المخية، والاستجابة لها، وتوجيه الذات إليها، دون أن يعزى هذا الاضطراب إلى حيز حسي أو حركي.
- فقدان الروابط الاجتماعية: في غالبية المرضى الذين ينجون من السكتة الدماغية، فتستمر الإعاقات. مما يؤدي إلى تقييد النشاط، لاسيما في مهام الحياة اليومية. و بالتالي تقليل الاستقلال بشكل كبير. بالنسبة لشخص كان دائماً مستقلاً، يصعب أحياناً طلب المساعدة وتحمل نفقات تتعلق بأنشطة معينة. مما قد يؤدي أحياناً إلى الشعور بعدم الراحة والإحباط. أيضاً عندما تركز فقط إعاقاتها وصعوباتها، تتباطأ عملية إعادة التأهيل. فقد يعمل أفراد الأسرة دون وعي على تعزيز مشاعر عدم الكفاءة. وهذا من خلال التدخل المفرط، و الرغبة الدائمة في المساعدة. علاوة على ذلك قد يميل أفراد الأسرة إلى الإفراط في الحماية (Morganti, 2023, p.11-12)



الشكل رقم (04): يوضح المضاعفات في حالات الشلل النصفي

(Bendahou, Benmouna, Bennihi, Belhachi, 2019, p 12)

يمثل الشكل أعلاه، المضاعفات المرتبطة بالشلل النصفي، والتي تشمل الاكتئاب واضطرابات الانصمام، قرح الفراش الذي يعانون منه المرضى المصابين بالشلل النصفي، التهابات الرئة الناتجة عن البلع، ومتلازمة الكتف واليد، أين يمكن أن يصبح المصاب بالشلل النصفي لا يستطيع تحريك كتفه ويده. كما يمكن أن يصاب أيضا باضطرابات القلب والأوعية الدموية، وغيرها كما هي مبينة في الشكل السابق.

6- الآثار المترتبة عن العجز والإصابة بالشلل النصفي:

- ضمور العضلات نتيجة عدم الارتكاز.
- هبوط في الضغط نتيجة النوم على الظهر وعدم الحركة.
- ضمور العضلات نتيجة عدم الاستعمال.
- قروح نتيجة الضغط المستمر على أجزاء الجسم بدون حركة.
- تغيير في التمثيل الغذائي (وكال، 2021، ص 51 - 52)

7- علاج الشلل النصفي (الجلطة الدماغية):

يتضمن العلاج العام للشلل النصفي أو الشلل المراحل التالية:

- المعالجة السببية :

وهنا يتم توجيه العلاج إلى السبب المحدث للفاالج، كاستئصال الورم الدماغي جراحيا، أو معالجة الحالات الالتهابية عند وجودها، أو إعطاء مضادات التخثر عندما التخثر الشرياني هو السبب.

- التغذية :

ينبغي الاعتناء بتغذية المريض، ويفضل أن تعتمد التغذية على الفيتامينات مع الكمية الوافية من الوسائل. وعند تعذر التغذية يلزم اللجوء إلى تنقيب المعدة. (أي إدخال الأنبوب إلى المعدة عن طريق الأنف لإجراء التغذية بواسطة الأنبوب)، أو اللجوء إل التغذية عن طريق الوريد.

- العلاج الفيزيائي الحركي :

له الدور الأكبر في معالجة مثل هؤلاء المرضى، وذلك بعد فحص المريض من قبل الأخصائي المتخصص في الحالات العصبية (فحص الأعصاب والمشية والمنعكسات والإحساس وغيرها).

- منع التشنجات: إن التشنج العضلي قد يتحول إلى تشنج دائم غير قابل للارتخاء، وللحيلولة دون حدوث ذلك يجب تحريك المفاصل، وعندما تتحسن حالة المريض يلزم تشجيعه على أن يجري الحركات بنفسه، وتعطى له بعض التمرينات الخفيفة أولاً ثم ننتدرج في درجة الصعوبة رويدا رويدا (شعلال، 2019، ص 113)

- المعالجة النفسية: وتكون بإعادة الثقة إلى المريض، وتشجيعه على تحمل مرضه، وتعويده على القيام ببعض الأعمال البسيطة، ولنعلم أن أعراض الشلل لا تزول نهائيا بعد شفاء المريض، وخاصة شلل الأطراف العليا، ولذلك فإن للمعالجة النفسية أهمية كبيرة حتى بعد شفاء المريض (بلواضح الربيع، 2021، ص 113)

خلاصة الفصل:

يعتبر الجهاز العصبي شبكة الاتصالات الداخلية في جسم الإنسان تساعد على التأقلم مع التغيرات الخارجية، فأي خلل على مستواه فإنه يؤثر على كامل الجسم كإصابة بالسكتة الدماغية التي تطرقنا إليها في هذا الفصل حيث ينتج عنها شلل نصفي، والذي يؤثر على المظهر الجسمي للإنسان وحالته النفسية.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.

- 1 الدراسة الاستطلاعية.
- 2 أهداف الدراسة الإستطلاعية.
- 3 منهج الدراسة.
- 4 الدراسة الأساسية.
- 5 مجموعة البحث وخصائصها.
- 6 مكان وزمان إجراء البحث.
- 7 أدوات جمع البيانات.
- 8 ظروف انجاز البحث وكيفية التطبيق.
- 9 كيفية تطبيق أدوات الدراسة.

خلاصة.

تمهيد:

كأي بحث علمي فإنه يلزم لكل دراسة توفر جانبين أساسيين، ألا وهما الجانب التطبيقي الذي يضاف للجانب النظري، وذلك بغية التحقق من الفرضيات المطروحة فيه. بحيث يتطلب هذا الفصل جانبين مهمين نوضح فيهما المنهجية المطبقة في هذه الدراسة، وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج. وبالتالي تم تخصيص هذا الفصل لمنهجية الدراسة التي تتمحور على مجموعة من العناصر تتمثل في توضيح الدراسة الاستطلاعية والأساسية، المنهج والأدوات المستخدمة وكيفية تطبيقها إضافة إلى ذلك وصف ميدان البحث. وفي الأخير قمنا بعرض مقاييس الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة من مراحل البحث العلمي، التي تسمح لنا بتحديد حالات الدراسة والمنهج المتبع والهدف المراد الوصول إليه. فهي دراسة فرعية يقوم بها الباحث لاستكشافات تمهيدية قبل الانخراط في بحثه الأساسي الذي ينوي القيام به. وذلك بقصد التعمق الأكثر في التفاصيل وجوانب الدراسة)منصوري، 2021، ص101)

فيما يخص دراستنا فقد تضمنت التعرف على مجتمع البحث، والتأكد من توفر كل الشروط التي حددناها في عينة بحثنا. كما سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية في اختيار المنهج المناسب، وكذلك ضبط محاور المقابلة العيادية النصف الموجهة والتحكم في دليل المقابلة، وكل من مقياس صورة الجسد والمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

وقد قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية في المستشفى الجامعي "بالوا" في ولاية تيزي وزو على مستوى مصلحة الطب العضلي وإعادة التأهيل، في قسم النساء والأطفال وقسم الرجال. وقد تم أخذ الموافقة من طرف الأخصائية النفسانية حتى نتمكن من إجراء دراسة حالة مع مجموعة من الأفراد المصابين بالشلل النصفي.

وقد قمنا بتطبيق هذه الأدوات على حالتين من المصابين بالشلل النصفي.

2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- تحديد ميدان الدراسة ومعرفة صعوبات الميدان.
- تحديد حجم العينة.
- التأكيد الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة المستخدمة في البحث.
- معرفة الزمن المناسب لتطبيق أدوات الدراسة.
- التحقق من صلاحية أدوات الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها..

وقد قمنا بتطبيق هذه الأدوات على حالتين والتي كانت لهما استجابة جيدة سواء على محاور المقابلة أو تعليمية المقياسين (مقياس صورة الجسد، مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة).

✓ مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية:

المجال البشري:

تم إجراء هذه الدراسة على عينة من المصابين بالشلل النصفي (رجال ونساء).

المجال المكاني:

قمنا بالدراسة الاستطلاعية في المستشفى الجامعي "ندير محمد"، مصلحة "بالوا".

المجال الزمني:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة من 2025-03-14 إلى 2025-03-18.

• نتائج الدراسة الاستطلاعية للحالة الأولى:

➤ تقديم الحالة :

الحالة "وزنة" تبلغ من العمر (76) سنة، متزوجة منذ (60) سنة، أم (07) أولاد (05 بنات و05 ذكور)، يتيمة الأبوين، ربة بيت، لديها (07 أخوات)، تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها، تتحدر من ضواحي تيزي وزو، ذات مستوى اقتصادي جيد، تعيش مع عائلتها الصغيرة. تعاني الحالة من أمراض عضوية كمرض السكري، مرض الكولسترول، ضغط الدم. وقد كانت الحالة جد متجاوبة، ومبتسم، لكن في بعض الأحيان يتبين على وجهها ملامح الحزن خاصة عند التحدث حول حالتها الصحية وابنها المريض وأولاده، أين كانت تتفادى النظر وجهها لوجه في بعض الأحيان، وهذا نوع من المقاومة. وبعد التحدث مع الحالة وتهيئة الجو المناسب للمقابلة أصبحت مرتاحة نوعاً ما، وتجاوبت بكل سهولة. بحيث تعرضت الحالة إلى سكتة دماغية منذ (05) سنوات، أين استشفيت لمدة (03) أيام وكان ذلك بدون أي مخلفات أو أمراض أخرى مصاحبة. وبعدها استشفيت مرة أخرى أين أجرت عملية جراحية لعينها. وفي نوفمبر 2025 أصيبت الحالة "وزنة" بجلطة دماغية ثانية من نوع سكتة دماغية إقفازية. وهذا ما أخلف لها شلل نصفي. وقد استشفيت في مصلحة "بالوا" منذ 06 أبريل 2025، في قسم الطب العضلي وإعادة التأهيل للنساء والأطفال.

نوع الشلل النصفي: في الجهة اليمنى (اليد اليمنى، الرجل ونصف الوجه الأيمن)

جدول رقم (03) يبين المقابلات مع الحالة الأولى

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى.	14/03/2025	30 دقيقة	جمع البيانات الأولية حول الحالة.
الثانية.	16/03/2025	30 دقيقة	إجراء مقابلة اعتمادا على الدليل وتطبيق مقياس صورة الجسد.
الثالثة.	18/03/2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

✓ عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى:

تعاني الحالة "وزنة" من الشلل النصفي في الجهة اليمنى منذ (06 أشهر)، ومن خلال تحليل المقابلة العيادية النصف الموجهة مع الحالة، وتصريحات الأخصائية النفسانية لقسم الطب العضلي وإعادة التأهيل أنها تعاني من اضطرابات نفسية ومعرفية، وحسب ما صرحته الحالة: « Ayen akk ttwalugh zik hemlaght tura lukan ad afegh ttwalugh ara, ma d lehlak iw ad inigh hamdoulilah »ayen iyidifka rebbi atqevla» بمعنى أنها كل ما كانت تحبه من قبل أصبحت لا تطيق رؤيته، أما مرضها قالت الحمد لله اقبل ما قدره الله لي. يعكس هذا التصريح تكيفا عاطفيا ونفسيا معقدا في مواجهة مرضها، فالحالة لديها آلية تكيف مهمة للتعامل مع حالتها. كما قد يكون انتقالها من الحب إلى الكراهية للأشياء التي كانت تحبها من قبل بسبب فقدان القدرات الجسدية والحسية، مما يغير تصور العالم. وأنها قادرة على التعامل مع التحديات اليومية بكل جدارة أين قالت: «Ayen id yusan mrehva atqavla s tedsa ; acu kan ttugadagh ayiruhen warraw iw azizen felli» بمعنى أنها تقابل كل موقف يحدث لها بابتسامة، لكن تخاف من فقدان أولادها. ويعكس هذا التصريح مزيجا من المشاعر القوية والتحديات التي تواجهها، وهو صراع داخلي بين القبول والأمل، والخوف والقلق من فقدان أولادها. ومن بين الأسباب التي جعلت الحالة تتقبل مرضها حسب تصريحها هي مساندة أولادها لها وزوجها الذين دعموها في كل خطوة تخطتها، وهذا جعلها تثق بنفسها وقدراتها لتخطي هذه الحالة، أين أكدت في كلامها: « Qevla ayen id yedran , ghas aken ughala maci tina yellan zik , aka acu tevghid ad khedma » بمعنى أن الحالة "وزنة" قبلت ما حدث لها رغم أنها أصبحت شخص آخر، وهذا التصريح يعكس قبول الحالة لمرضها يدل أنها في مرحلة القبول، لكن هذا المرض قد احدث تغيير عميق في حياتها وشخصيتها، بحيث فقدت هويتها السابقة، طريقة

تفكيرها وشعورها وتفاعلها مع من حولها. لكن رغم كل هذه التحديات الصعبة التي تعرضت لها الحالة إلا أنها تأمل بالخروج والتعافي فقد قالت: «Azeka ad hlugh, ad fgha syagi inchallah ad ughala ad khedma tivhirt iw am zik ad rebbigh arraw n mmi» ما يعني أنها ستتعاوى وتخرج من المستشفى، وترجع لعملها في المزرعة وتربية أولاد ابنها. ويعكس هذا التصريح مزيجاً من الأمل، والرغبة في العودة إلى الحياة الطبيعية، والصراع مع القيود الجسدية. فهو صراع بين الرغبة في الاستقلالية والواقع الجسدي للحالة.

✓ عرض نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الأولى:

جدول رقم (04) يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الأولى

الأبعاد	العنوان	مجموع البعد	المجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
01	إدراك الفرد لجسده	إيجابية	25	39	سلبية
		9			
02	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	إيجابية	14	39	سلبية
		7			

نلاحظ من خلال قراءة الجدول رقم (04) في استجابات "وزنة" على مقياس صورة الجسد أعلاه. أنها قد تحصلت على درجة (18) فيما يخص إدراكها لجسدها أي المنظور النفسي، وذلك في العبارات ايجابية، و(09 درجة) فيما يخص العبارات السلبية. أما فيما يخص المنظور الاجتماعي أي إدراك الحالة لجسدها من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء، فقد تحصلت على درجة (07) فيما يخص العبارات الايجابية، و (07 درجة) في العبارات السلبية. أما فيما يخص مجموع البند الأول فتحصلت الحالة على مجموع (25)، ومجموع (14) في البعد الثاني. ليكون المجموع العام (39)، والتي تعتبر كدرجة أدنى من (67) مما يدل على أن الحالة "وزنة" تحمل صورة جسدية سالبة.

✓ عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الأولى:

جدول رقم (05) يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الأولى.

المجال	البند (المخططات)	درجة كل بند	مستويات تأثير المخططات على الفرد	درجة المجال
الانفصال والرفض	التخلي وعدم الاستقرار.	18	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	102
	الحذر/ التجاوز.	19	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	
	الحرمان العاطفي.	23	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد.	
	النقص والخلل.	22	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد.	
	الانعزال الاجتماعي.	20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد.	
نقص الاستقلالية والانجاز	التبعية وعدم الكفاءة.	16	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	69
	الخوف من المرض والخطر (القابلية للانجرار).	15	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	
	الذوبان/ الشخصية الضامرة.	20	يلعب دور هام في حياة الفرد.	
	الفشل.	18	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	
	حقوق شخصية مبالغ فيها/متطلبات عالية.	17	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	
نقص معرفة الحدود	تحكم ذاتي.	19	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	36
	الخضوع.	15	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	
التوجه نحو الآخرين.	التضحية.	13	يؤثر في بعض الظروف.	28
	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات.	18	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	
اليقظة والكف	المعايير الصارمة والنقد المفرط.	17	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	298
	المجموع (المخططات ككل على الفرد)			

يتضح من خلال قراءة الجدول رقم (05) أن الحالة "وزنة" تحصلت على الدرجة التي تمثل من [20-24] للمخططات التالية: الحرمان العاطفي، نقص والخلل، الانعزال الاجتماعي، الذوبان/ الشخصية الضامرة، في المرتبة الأولى، هذا ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة أساسية في تنظيم شخصية الحالة. ثم تليها مخططات التحكم الذاتي، الحذر/ التجاوز، التخلي وعدم الاستقرار، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، الفشل، المعايير الصارمة والنقد المفرط/ السيطرة، حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية، التبعية/ عدم الكفاءة، الخوف من المرض والخطر/ القابلية للانجرار، الخضوع، في

المرتبة الثانية بدرجة استجابة مقدرة بين [15-19]، والتي تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. ثم تليه درجة الاستجابة المنحصرة بين [10-14]، والتي تضم مخطط التضحية الذي يؤثر في بعض الظروف.

أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول (الانفصال والرفض) بدرجة (102)، والذي ينحصر بين [75-149]. وتأتي مخططاته الفرعية كالتالي (الحرمان العاطفي 23 %، مخطط النقص والخجل 22 %، الانعزال الاجتماعي 20 %، الحذر/ التجاوز 19 %، التخلي وعدم الاستقرار 18 %). ويأتي المجال الثاني (نقص الاستقلالية والانجاز) في المرتبة الثانية وتأتي مخططاته الفرعية كالتالي (الذوبان/ الشخصية الضامرة 20 %، الفشل 18 %، التبعية/ عدم الكفاءة 16 %، الخوف من المرض والخطر/ القابلية للإنجرار 15 %). ثم يليه المجال الخامس (اليقظة والكف) في المرتبة الثالثة، والذي يضم المخططات الفرعية التالية (التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات 18 %، المعايير الصارمة والنقد المفرط/ السيطرة 17 %). ويليه المجال الثالث (نقص معرفة الحدود) في المرتبة الرابعة، والذي يضم المخططات (تحكم ذاتي 19 %، حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية 17 %). والمجال الرابع (التوجه نحو الآخرين) في المرتبة الأخيرة، والذي يضم المخططات (الخضوع 15 %، التضحية 13 %).

وفي الخير سنتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على الحالة. فنجد الدرجة (298)، التي تنحصر ما بين الدرجة [225-299] ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تمثل مشكلة بالنسبة للحالة.

✓ تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الأولى:

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة "لجيفري يونغ" المطبق على الحالة الأولى، التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف الموجهة التي أجريت معها، على أن مخططات الحرمان العاطفي والنقص والخجل، الانعزال الاجتماعي أظهرت مشاعر سلبية لدى الحالة، فهي تحس نفسها أنها ناقصة وغير محبوبة من طرف الآخرين، وأنها منعزلة عن الآخرين فهي تتفادى الذهاب إلى الحفلات وغيرها. أين صرحت الحالة: «Ayen akk hemlagh zik tura lukan ad afaagh ttwalugh ara». ويعكس هذا التصريح أنها انتقلت من الحب إلى الكراهية أي كل

الأشياء التي كانت تحبها كالجلوس مع الآخرين والخروج وغيرها، أصبحت لا تحبها وهذا بسبب حالتها الجسدية.

• نتائج الدراسة الاستطلاعية للحالة الثانية:

✓ تقديم الحالة الثانية:

الحالة "حورية" تبلغ من العمر (67) سنة، أم لأربعة أولاد، ربة بيت، يتيمة الأبوين، لديها أختان، تحتل المرتبة المتوسطة بينهن، تنحدر من ضواحي تيزي وزو، ذات مستوى اقتصادي متوسط. تعاني الحالة من أمراض عضوية مزمنة كمرض القلب، مرض السكري، ضغط الدم، أجرت الحالة عملية جراحية من أجل استئصال المرارة منذ عام 1997. ومن خلال مقابلتنا للحالة لاحظنا أنها حزينة ومكتئبة، لكن رغم ذلك فهي سريعة الفهم، متعلقة بأولادها. وقد كان التواصل معها صعب لحساسية وضعيتها، وصعوبات في الكلام والنطق. وحسب ما صرحته الأخصائية النفسانية أن الحالة تعاني من اضطرابات معرفية. تعرضت الحالة إلى سكتة دماغية في 12 نوفمبر 2024 ، ما أخلف لها شلل نصفي وأين استشفيت في مصلحة "بالوا" في قسم الطب العضلي وإعادة التأهيل، في قسم النساء والأطفال.

نوع الشلل النصفي: في الجهة اليمنى (اليد، الرجل، نصف الوجه والرقبة اليمنى).

جدول رقم (06) يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الأولى.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	14/03/2025	30 دقيقة	جمع البيانات الأولية حول الحالة.
الثانية	16/03/2025	30 دقيقة	إجراء مقابلة اعتمادا على الدليل وتطبيق مقياس صورة الجسد.
الثالثة	18/03/2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة

✓ عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية:

تعاني الحالة من الشلل النصفي في الجهة اليمنى من الجسم منذ (04 أشهر)، ومن خلال تحليل المقابلة العيادية النصف الموجهة مع الحالة ظهر أنها تعاني من اضطرابات نفسية، فهي تعاني من نوبات من البكاء، واضطرابات النوم خاصة في الليل واضطراب الأكل. وينتابها الحزن والقلق خاصة عندما لا تستطيع النهوض والقيام بأعمالها اليومية. حيث صرحت: « Muqel amek kulec ivedel felli di

dqiqa, ur zmiregh ad lhugh, ur zmiregh ad hedragh am zik, ni afus ni adar ad iharek». بمعنى أن كل شيء تغير لدى الحالة, لا تستطيع لا المشي ولا الكلام وان نصف جسمها لا تستطيع تحريكه. ومن خلال هذا التصريح وملاحظتنا للحالة اتضح أنها لم تتقبل المرض، وأنها غير راضية على حالتها، حيث تغيرت نبرة صوتها وملامح وجهها حين تكلمنا حول حالتها الصحية. كما انه قد فقد الأمل لعودتها لحياتها السابقة ما انقص ثقتها بنفسها، وأصبحت تميل للعزلة. وقد صرحت: «Segmi itettef AVC ughala vedla akk ttwalugh iman iw ur minegh i walu, tikwal ttughala l3evd niden, zgigh d imetti d lxiq». بمعنى أن الحالة تغير كل شيء تغير في لحظة واحدة, لا تستطيع المشي ولا الكلام. وهذا التصريح يظهر أن الحالة تزعزعت ثقتها بنفسها, وتكونت لديها مشاعر سلبية تجاه نفسها وحالتها الجسدية, فهي في معظم الأوقات نائمة وعصبية لأنها لأسباب. لكن بالرغم من كل التحديات الصعبة التي تلقتها الحالة منذ مرضها إلا أن عائلتها وقفوا معها وساندوها

، وهذا ما أكدته الحالة في قولها: «yezga argaz iw r tamaw, Segmi udna ufigh arraw iw iseqsayed felli yettased ghuri mkul ass, ulac anwa iyijan wahdi ghas aka ughala g ussu». بمعنى أن الحالة تلقت الدعم من طرف زوجها وأولادها، وأنهم لم يتركوها لوحدها. ويعكس هذا التصريح، الدعم العاطفي والجسدي الذي تلقتة الحالة من عائلتها، والذي يعتبر كعامل مهم في التكيف مع المرض والتعامل مع تحدياته، فوجود الزوج والأولاد يعزز من شعورها بالأمان والحب. فكونها مريضة تحتاج إلى مساندو ومساعدة في الأنشطة اليومية كالحركة والنظافة، تناول الطعام. فوجود العائلة يوفر هذه المساعدة. كما يساهم أيضا في تحسين نوعية الحياة، فهي تلعب دور هام في التعافي والتكيف مع الشلل النصفي. وهذا ما أدى بالحالة للتفكير الايجابي والرجوع إلى حياتها السابقة قبل المرض، ما تبين في تصريحها: «Asirem iw ad hlugh ad ughala ad vnugh dunit anda ulac lehlak, ghas aken zriggh aydisegri lhaja mais». بمعنى أن الحالة عرفت دعم من قبل عائلتها وأولادها، وأنهم لم يتركوها لوحدها. ويعكس هذا التصريح، الدعم العاطفي والجسدي الذي تلقتة الحالة من عائلتها، والذي يعتبر كعامل مهم في التكيف مع المرض والتعامل مع تحدياته، فوجود الزوج والأولاد يعزز من شعورها بالأمان والحب. فكونها مريضة تحتاج إلى مساندو ومساعدة في الأنشطة اليومية كالحركة والنظافة، تناول الطعام. فوجود العائلة يوفر هذه المساعدة. كما يساهم أيضا في تحسين نوعية الحياة، فهي تلعب دور هام في التعافي والتكيف مع الشلل النصفي. وهذا ما أدى بالحالة للتفكير الايجابي والرجوع إلى حياتها السابقة قبل المرض، ما تبين في تصريحها: «Asirem iw ad hlugh ad ughala ad vnugh dunit anda ulac lehlak, ghas aken zriggh aydisegri lhaja mais».

، ولعودتها إلى حياتها الطبيعية والعودة إلى العمل. وهذا التصريح مؤشرا على أن الحالة عرفت دعم من قبل عائلتها وأولادها، وأنهم لم يتركوها لوحدها. ويعكس هذا التصريح، الدعم العاطفي والجسدي الذي تلقتة الحالة من عائلتها، والذي يعتبر كعامل مهم في التكيف مع المرض والتعامل مع تحدياته، فوجود الزوج والأولاد يعزز من شعورها بالأمان والحب. فكونها مريضة تحتاج إلى مساندو ومساعدة في الأنشطة اليومية كالحركة والنظافة، تناول الطعام. فوجود العائلة يوفر هذه المساعدة. كما يساهم أيضا في تحسين نوعية الحياة، فهي تلعب دور هام في التعافي والتكيف مع الشلل النصفي. وهذا ما أدى بالحالة للتفكير الايجابي والرجوع إلى حياتها السابقة قبل المرض، ما تبين في تصريحها: «Asirem iw ad hlugh ad ughala ad vnugh dunit anda ulac lehlak, ghas aken zriggh aydisegri lhaja mais».

عرض نتائج مقياس صورة الجسد الحالة الثانية:

جدول رقم (07) يبين نتائج مقياس صورة الجسد.

الأبعاد	العنوان	مجموع البعد	المجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
01	إدراك الفرد لجسده	ايجابية	32	54	سلبية
		14			
02	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	ايجابية	22	54	سلبية
		06			

نلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (07) في استجابات "حورية" على مقياس صورة الجسم أعلاه، تحصلت على درجة (18) في المنظور النفسي أي إدراك الحالة لجسدها، وذلك في العبارات السلبية، أما العبارات الايجابية فقد تحصلت على (14 درجة). أما ما يخص المنظور الاجتماعي أي إدراك الحالة لجسدها من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء، فقد تحصلت على (16 درجة) في العبارات السلبية، و (06) درجات في العبارات الايجابية. في حين تحصلت على مجموع (32 درجة) في بند إدراك الفرد لجسده، و مجموع (22) في بند إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء. لتكون الدرجة الكلية للمقياس (54) والتي تعتبر كدرجة أدنى من (67)، مما يدل على أن الحالة تحمل صورة جسدية سلبية.

✓ عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثانية:

جدول رقم (08) يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثانية.

المجال	البند (المخططات)	درجة كل بند	مستويات تأثير المخططات على الفرد	درجة المجال
الانفصال والرفض	التخلي وعدم الاستقرار.	14	يؤثر في بعض الظروف.	122
	الحذر/ التجاوز.	18	يؤثر في بعض الظروف.	
	الحرمان العاطفي.	30	أساسي في تنظيم شخصية الفرد.	
	النقص والخلل.	30	أساسي في تنظيم شخصية الفرد.	
	الانعزال الاجتماعي.	30	أساسي في تنظيم شخصية الفرد.	
نقص	التبعية/ عدم الكفاءة.	12	يؤثر في بعض الظروف.	

63	المخطط لا يؤثر على الفرد.	7	الخوف من المرض والخطر (القابلية للإنجرار).	الاستقلالية
	يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	17	الذوبان/ الشخصية الضامرة (العلاقة الاندماجية).	والانجاز
	أساسي في تنظيم شخصية الفرد.	27	الفشل.	
20	يؤثر في بعض الظروف.	10	حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية.	نقص
	يؤثر في بعض الظروف.	10	تحكم ذاتي.	معرفة الحدود
15	يؤثر في بعض الظروف.	10	الخضوع.	التوجه
	لا يؤثر على الفرد.	5	التضحية.	نحو الآخرين
30	أساسي في تنظيم شخصية الفرد.	25	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات.	اليقظة
	لا يؤثر على الفرد.	5	المعايير الصارمة والنقد المفرط.	والكف
250	المجموع (المخططات ككل على الفرد)			

يتضح من خلال قراءة الجدول رقم (08) للحالة الثانية يبين أن الحالة تحصلت على الدرجة التي تمثل من [25-30] للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية: (مخطط الحرمان العاطفي، النقص والخجل، الانعزال الاجتماعي، مخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات) في المرتبة الأولى، وهذا ما يعني أنها مخططات أساسية في تنظيم شخصية الحالة. ثم تليه مخططات التخلي وعدم الاستقرار، الحذر/ التجاوز، مخطط التبعية/ عدم الكفاءة، حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية

، تحكم ذاتي، الخضوع، مخطط التخلي وعدم الاستقرار، في المرتبة الثانية بدرجة استجابة مقدرة ما بين [10-14]، مما يعني أن المخطط يؤثر في بعض الظروف. ثم تليه درجة الاستجابة ما بين [5-9] في المرتبة الثالثة، والذي يضم المخططات التالية (التضحية، المعايير الصارمة والنقد المفرط، الخوف من المرض والخطر/ القابلية للإنجرار)، التي تعتبر كمخططات لا تؤثر على الحالة.

أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول (الانفصال والرفض) بدرجة (122)، الذي ينحصر بين [75-149] وتأتي مخططاته الفرعية كالتالي (الانعزال الاجتماعي، الحرمان العاطفي، النقص والخجل 30%، مخطط الحذر/ التجاوز 18%، التخلي وعدم الاستقرار 14%). ويأتي المجال الثاني (نقص الاستقلالية والانجاز) في المرتبة الثانية بدرجة (63)، والذي تأتي مخططاته الفرعية كالتالي (مخطط الفشل 27%،

الذوبان/ شخصية ضامرة 17%، مخطط التبعية/ عدم الكفاءة 12%، الخوف من المرض والخطر/ الانجراف 7%). ثم المجال الخامس (اليقظة والكف) بدرجة استجابة (30) وتأتي مخططاته الفرعية (التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات 25%، المعايير الصارمة والنقد المفرط/ السيطرة 5%). ثم يأتي المجال الثالث (نقص معرفة الحدود) بدرجة (20)، وتأتي مخططاته الفرعية كالتالي (حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية 10%، تحكم ذاتي 10%).

وفي الأخير نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على الحالة، فنجد الدرجة (250) التي تنحصر ما بين [225-299]، ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تمثل مشكلة بالنسبة للحالة.

✓ تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثانية:

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المتكيفة "لجيفري يونغ" المطبق على الحالة التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف الموجهة التي أجريت معها، على أن مخطط الحرمان العاطفي، النقص والخلل، الانعزال الاجتماعي، مخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات. قد أظهرت مشاعر سلبية لدى الحالة كعدم الثقة بالنفس، ما جعلها تتسحب من المجتمع وتتعزل عنه. فهي ترى نفسها غير كفوءة وناقصة وأقل مكانة من الآخرين، والإحساس بعدم الأمان، واستخفاف مفرط في الانفعالات، فالحالة تبكي طوال الوقت. أين صرحت: «Segmi itettef AVC ughala vedla ak, twalugh iman iw l3evd niden, zgigh d imetti d lahzen». أي أنها تغيرت كثيرا وأصبحت حزينة، ويعكس هذا التصريح تغييرات عميقة في حياة الحالة، فهي تشعر بالعجز وعدم القدرة على القيام بالأنشطة اليومية، مما أدى بها للبكاء والحزن المتكرر. وهذه المشاعر يمكن أن تكون مرتبطة بالتغيرات في وظائف الدماغ وتأثيرها على المزاج.

3. منهج الدراسة:

يعتبر المنهج الطريق الذي وفقه يسير الباحث لأجل الوصول إلى الأهداف المرجوة. ويعرف المنهج على أنه مجموعة من القواعد التي تم وضعها بهدف الوصول إلى الحقيقة العلمية، أي أن المنهج وسيلة للتقي عن الحقائق العلمية. وتختلف المناهج باختلاف المواضيع لذا يستوجب على الباحث اختيار المنهج المناسب لموضوع بحثه (داودي، 2018، ص216)

تعتبر منهج الدراسة مرحلة هامة في عملية البحث العلمي، أي يعدد كيفية جمع البيانات والمعلومات حول الموضوع المدروس. فهو عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه (بلغريبي، 2022، ص136)

ويعرف المنهج بأنه عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية التحقيق. وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث، إذ هو ينير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد ومسااعي وأسئلة وفروض البحث (حمريط، 2020، ص121)

المنهج العلمي عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك (رحالي، زغيش، 2020، ص14)

المنهج هو الأسلوب الذي يستخدمه الباحث في دراسة ظاهرة معينة والذي من خلاله يتم تنظيم الأفكار المتنوعة بطريقة تمكنه من علاج مشكلة البحث (محمد سرحان علي المحمودي، 2019، ص35)

إن إتباع الباحث لمنهج دون آخر يرجع سببه إلى طبيعة الموضوع أو الدراسة وإلى الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها. فموضوع الدراسة هو الذي يرفض على الباحث إتباع منهج معين. والمنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيم على سير العقل، وتحد عملياتها حتى يصل إلى نتيجة معلومة (منصوري، 2021، ص123)

ونظرا لأن موضوع دراستنا هي صورة الجسد والمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى المصابين بالشلل النصفي. فقد اعتمدنا على المنهج العيادي (الإكلينيكي) لأنه يخدم موضوع دراستنا.

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الإكلينيكي لأنه يخدم أهداف دراستنا، ويرتكز هذا المنهج على تنسيق وتحليل دقيق للموقف العام للفرد وبيان الأسباب التي أدت إلى هذا الموقف (حوتي، 2023، ص519)

تم الاعتماد على المنهج العيادي فهو يقوم على دراسة حالات فردية، دراسة شاملة مركزة وعميقة للوصول إلى أهم ما يميز كل حالة من خصائص فردية حيث تتحدد القيمة الحقيقية للمعلومات الخاصة بمكانة الفرد بالنسبة للجماعة عن طريق القيم والتقييم، بالإضافة إلى ما تقدمه هذه المعلومات عن الفرد وإعطاء صورة حقيقية عنه. ويعتد هذا المنهج على أسلوب دراسة حالة التي تعتبر طريقة من طرق جمع وتنظيم ودراسة المعطيات. بحيث نستطيع أن نرسم من خلالها صورة كلية لوحدة معينة في العلاقات والأوضاع

الثقافية المتنوعة. كما تعتبر في الوقت نفسه تحليلاً دقيقاً للموقف العامل للفرد (شعلال، 2023، ص588)

■ دراسة حالة:

هو أسلوب يقوم على جمع بيانات ومعلومات كثيرة شاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد من الحالات، بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر (محمد سرحان غني المحمودي، 2019، ص56)

4. الدراسة الأساسية:

5. مجموعة البحث وخصائصها وطريقة اختيارها:

تكونت حالات الدراسة من (08) من المصابين بالشلل النصفي تتراوح أعمارهم ما بين 35 إلى 86. التي تم اختيارها بطريقة قصدية، بشرط أن تكون العينة من مصابي الشلل النصفي، وأن يكون الشلل النصفي ناتج عن الصدمة (السكتة) الدماغية.

وتعرف العينة القصدية على أنها: "هي التي يختارها الباحث اختياراً انتقائياً عمدياً وفق شروط محددة تفي بغرض البحث (صحراوي، 2023، ص167)

وعينة الدراسة كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (09) يبين حالات الدراسة الأساسية وخصائصها.

رقم الحالة	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الدراسي	مدة الإصابة	جهة الشلل
الحالة 01	59 سنة	متزوج	ثالثة ثانوي	04 سنوات	الجهة اليمنى
الحالة 02	50 سنة	مطلق	ثالثة ثانوي	سنة	الجهة اليمنى واليسرى
الحالة 03	35 سنة	متزوجة	ثانية ماستر في الأدب العربي	03 أشهر	الجهة اليمنى
الحالة 04	86 سنة	متزوجة	/	03 أشهر	الجهة اليمنى
الحالة 05	56 سنة	متزوج	/	05 أشهر	الجهة اليمنى
الحالة 06	50 سنة	متزوج	رابعة متوسط	04 أشهر	الجهة اليمنى
الحالة 07	73 سنة	متزوج	ثانية جامعي	شهر	الجهة اليمنى
الحالة 08	56 سنة	عازب	ثالثة ثانوي	02 أشهر	الجهة اليمنى واليسرى

6. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تحدد دراستنا الحالية بالمفاهيم والعينة والأدوات المستخدمة فيها، وإضافة إلى ذلك البيئة التي طبقت فيها هذه الدراسة.

- **المجال البشري:** تم إجراء هذه الدراسة على عينة من المصابين بالشلل النصفي (رجال ونساء).
- **المجال المكاني:** تم إجراء هذه الدراسة في المركز الاستشفائي الجامعي "بالوا" لتيزي وزوفي قسم الطلع عضلي وإعادة تأهيل (Service de médecine physique et réadaptation) في قسم النساء والأطفال.
- **المجال الزمني:** تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2024-2025 خلال شهري مارس وأفريل أي من 2025-03-13 إلى غاية 2025-04-21.
- **طريقة اختيار عينة الدراسة:**

لقد تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية، بطريقة قصدية، بحيث اعتمدنا على شرطين أساسيين وهما:

- أن تكون الحالات مصابة بالشلل النصفي.
- أن يكون الشلل النصفي ناتج من الجلطة الدماغية.

7. أدوات جمع المعلومات:

1.7. الملاحظة:

وهي أداة من أدوات المنهج العيادي تتمثل في كونها مشاهدة صحيحة للظاهرة المدروسة، فهي وسيلة هامة وأساسية للحصول على المعلومات وتشمل ملاحظة السلوك (منصوري، جلطي، 2022، ص280) وهي عبارة عن عملية مراقبة ومشاهدة وإدراك، وتسجيل للظواهر النفسية بأسلوب علمي منظم، مخطط وهادف في مختلف الظروف والمواقف (حوتي، 2023، ص519)

2.7. المقابلة العيادية:

هي واحدة من وسائل جمع البيانات في منهج دراسة الحالة، حيث تعد استبيان شفهي يقوم من خلالها الباحث بجمع معلومات بطريقة شفوية مباشرة مع المفحوص. والفرق بين المقابلة والاستبيان يكمن في أن

المفحوص هو الذي يكتب الإجابة على الأسئلة، بينما يكتب الباحث بنفسه إجابات المفحوص في المقابلة (رحالي، زغيش، 2020، ص15)

3.7. المقابلة العيادية النصف الموجهة:

في هذا النوع من المقابلة يقوم الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة من حين لآخر دون خروجه عن الموضوع (حميدشة، 2012، ص102)

يرى "موريسن" (Morrison) أن المقابلة العيادية نصف الموجهة هي تلك "العلاقة المهنية التي في التبادل اللفظي بين فاحص ومفحوص. وهي أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية، وتتكون المقابلة من مجموعة من أسئلة أو بنود يقوم الباحث بإعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث، ثم يقوم الباحث بعد ذلك بتسجيل البيانات بالتفصيل (عباش، 2021، ص135-136) وفي هذا النوع من المقابلات، يكون لدى الباحث الإكلينيكي دليل مقابلة. وفيما يخص بحثنا فقد قمنا ببناء دليل المقابلة المكون من 06 محاور أساسية وهي:

- المحور الأول: خاص بالبيانات الشخصية للحالة.
- المحور الثاني: خاص بالحالة المرضية أو السوابق المرضية للحالة.
- المحور الثالث: خاص بالمعتقدات العقلية للحالة.
- المحور الرابع: خاص بالتصور الذاتي للحالة.
- المحور الخامس: خاص بالعلاقات الاجتماعية أي علاقات الحالة سواء مع الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء.
- المحور السادس: خاص بالنظرة المستقبلية للحالة.

وكان الهدف من هذه المقابلات العيادية النصف الموجهة، هو جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول المرضى المصابين بالشلل النصفي.

4.7. مقياس صورة الجسد:

يتكون مقياس صورة الجسد الذي أعدته الباحثة "د. سامية محمد صابر عبد النبي" سنة 2008 من (27) عبارة ويقع في بعدين:

البعد الأول: إدراك الفرد لجسده والذي يكون موجبا أو سلبيا، ويشمل على العبارات التالية:

1، 2، 4، 5، 6، 7، 8، 10، 12، 13، 17، 19، 21، 24، 25، 26.

البعد الثاني: إدراك الفرد لجسده من خلال أراء الناس والآخرين كالأسرة والأصدقاء والزملاء، ويشمل على العبارات التالية: 8، 9، 11، 14، 15، 18، 20، 22، 23، 27

وتقع الإجابة في ثلاثة مستويات وهي: (نعم، أحيانا، لا) تقدر "نعم" بثلاث درجات، و"أحيانا" بدرجتين، و "لا" بدرجة واحدة، وذلك في العبارات (1، 2، 7، 10، 11، 1622، 24، 25، 27) الموجبة وتعكس الدرجات في العبارات السالبة (3، 4، 5، 6، 8، 9، 12، 13، 14، 15، 17، 18، 19، 20، 21، 23، 26)

وقد تم حساب قيمة الوسيط لمقياس صورة الجسد فكانت $b = 67$ وبذلك تصبح الدرجات الأعلى من 67 تشير إلى صورة الجسد الموجبة وإدراك الفرد الحقيقي والواضح لصورة الجسد ورضاه عنها، وتشير الدرجات الأدنى من 67 إلى صورة الجسد السالبة وإدراك الفرد الخاطئ عن صورة جسده وعدم رضاه عنها. وبذلك تتراوح قيمة الدرجات على المقياس من 27 درجة كحد أدنى إلى 80 درجة كحد أقصى لدرجة صورة الجسد، وبذلك تتراوح قيمة الدرجات على المقياس من 27 درجة كحد أدنى إلى 81 كحد أقصى لدرجة صورة الجسد.

• صدق قياس صورة الجسد:

- الصدق بطريقة الاتساق الداخلي:

أ صدق مفردات قياس صورة الجسد:

تم حساب معاملات ارتباط المفردات بالدرجة الكلية للقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (10) يمثل معاملات ارتباط بالدرجة الكلية للمقياس.

معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	قم المفردة
1	0.35	15	0.37
2	0.58	16	0.31
3	0.56	17	0.62
4	0.31	18	0.49
5	0.37	19	0.20
6	0.65	20	0.48
7	0.42	21	0.37
8	0.53	22	0.38
9	0.41	23	0.58
10	0.36	24	0.67
11	0.53	25	0.65
12	0.51	26	0.62
13	0.45	27	0.32
14	0.64		

دال عند 0.

يتضح من الجدول (10) أن معامل الارتباط المقياس صورة الجسد بالدرجة الكلية للقياس دال إحصائياً

عند 0.01 أن المقياس لديه درجة مرتفعة من الاتساق الداخلي.

ب- صدق أبعاد صورة الجسد:

البعد الأول: إدراك الفرد لجسده.

البعد الثاني: إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الآخرين.

تم حساب معاملات ارتباط البعد الأول للدرجة الكلية ومعاملات ارتباط البعد الثاني بالدرجة الكلية، و
الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(11):يمثل ارتباط البعد الأول بالدرجة الكلية

معامل الارتباط	رقم مفردات البعد الأول
1	0.99
2	0.99
3	0.99
4	0.99
5	0.99
6	0.99
7	0.99
8	0.99
9	0.99
10	0.99
11	0.99
12	0.99
13	0.99
14	0.99
15	0.99
16	0.99
17	0.99
18	0.99
19	0.99
20	0.99
21	0.99
22	0.99
23	0.99
24	0.99

25	0.99
26	0.99

دال عند 0.

جدول رقم (12): يمثل معاملات ارتباط البعد الثاني ين بالدرجة الكلية.

معامل الارتباط	رقم مفردات البعد الثاني
3	0.98
8	0.98
11	0.98
14	0.98
15	0.98
18	0.98
22	0.98
27	0.98

يتضح من الجدول (12) أن معامل ارتباط مفردات البعد الأول لقياس صورة الجسد بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائياً عند 0. وهذا يعني لبعد الأول لديه درجة مرتفعة من الاتساق الداخلي. ويتضح أيضاً من الجدول (12) أن معامل ارتباط مفردات البعد الثاني لقياس صورة الجسد بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائياً عند 0.01 وهذا يعني أن البعد الثاني لديه درجة مرتفعة من الاتساق الداخلي، وذلك يكون مقياس صورة الجسد صادقاً في قياس صورة الجسم.

ثبات مقياس صورة الجسد:

1- معامل ألفا لقياس صورة الجسد 0.83

2- معامل ألفا الأول لقياس صورة الجسد 0.93.

3- معامل ألفا الثاني لقياس صورة الجسد 0.89، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في قياس صورة الجسد.

(حديد ليلية، براهيمى صندرة، 2020)

5.7. مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ليونغ Young (في نسخته المختصرة):

يحتوي هذا المقياس على 75 بند موزعة على 15 مخطط، ويحتوي كل مخطط على 5 مخططات الأكثر تمثيلاً للمخطط. وفيما يلي سنعرض المخططات التي يتضمنها المقياس:

جدول رقم (13) يوضح أبعاد مقياس المخططات المبكرة الغير المتكيفة وعدد بنودها.

المخطط	البند	المخطط	البند
الحرمان العاطفي	05-01	العلاقة الاندماجية	45-41
التخلي/ عدم الاستقرار	10-06	الخضوع	50-46
الحذر التعدي	15-11	التضحية	55-51
الانعزال الاجتماعي	20-16	التحكم المفرط في الانفعالات	60-56
الخلل وعدم الكمال	25-21	المتطلبات العالية	65-61
الفشل	30-26	السيطرة	70-66
التبعية/ عدم الكفاءة	35-31	نقص التحكم في الذات	75-71
القابلية للانجرار	40-36	المخططات المعرفية غير المتكيفة	75-01

- وصف المقياس: تعرف المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة من الناحية الإجرائية على أنها مجموع الدرجات الكلية التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس "يونغ" للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة (النسخة المختصرة).

والذي أعده "جيفري يونغ Dj Jeffrey Young" لقياس وتقييم المخططات غير المتكيفة ويحتوي على 15 مخطط موزع على خمسة مجالات وتكونت من 75 بند وهي كالتالي:

- مجال الانفصال والرفض: ويضم (05) مخططات وهي: مخطط النقص العاطفي، الشعور بالتخلي والإهمال، عدم الاستقرار، والشك والتعدي، الانطواء الاجتماعي، الشعور بالنقص والخلل والمنحصر بين البند 1 و25.

- **مجال نقص الاستقلالية والكفاءة:** ويضم (04) مخططات وهي: الفشل، التبعية وعدم الكفاءة، الخوف من المرض والخطر، العلاقات الاندماجية والمنحصر بين البند 26 و45.
- **مجال نقص الحدود:** وفيه مخططين هما: الحقوق الشخصية المتطلبة والمفرطة، نقص التحكم الذاتي، الانفعالي والمنحصر بين البند 61 و65 وبين 71 و75.
- **مجال التوجه المفرط نحو الآخرين:** وفيه مخططين وهما: الخضوع، التضحية والمنحصر بين البند 46 و55.
- **مجال اليقظة المفرطة:** وفيه مخططين وهما: التحكم الانفعالي المفرط، والمثاليات المتطلبة المفرطة والمنحصر بين البند 56 و66 و70.
- ❖ **طريقة تصحيح المقياس:** تتم الإجابة عنها ضمن ستة اختيارات هي: لا تنطبق تماما (الدرجة 01)، لا تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة 02)، والإجابة لا تنطبق (الدرجة 03)، والإجابة تنطبق بدرجة متوسطة (الدرجة 04)، والإجابة تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة 05)، والإجابة تنطبق تماما (الدرجة 06).

ويتراوح مجموع درجات المفحوص في كل مخطط ما بين 05 إلى 30 درجة، تدل الدرجة العالية المتحصل عليها على أن المخطط موجود ويؤثر في السلوك الناتج عنه.

أما مستويات تأثير المخططات على الفرد فهي حسب المعايير التالية:

جدول رقم (14) يمثل مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

الدرجة	مستويات تأثير المخططات ككل على الفرد	الدرجة	مستويات تأثير المخطط الواحد على الفرد
149-75	المخطط لا يؤثر على الفرد.	9-5	المخطط لا يؤثر على الفرد.
224-150	المخطط يؤثر في بعض الظروف.	14-10	المخطط يؤثر في بعض الظروف.
299-225	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.	19-15	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.
374-300	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد.	24-20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد.
450-375	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد.	30-25	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد.

➤ التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

أ الصدق:

• الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، يعتمد هذا الأسلوب على مقارنة درجات القيم الدنيا في الاختبار. وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين، فإذا كانت هناك دلالة إحصائية واضحة للفرق بين متوسط القيم العليا ومتوسط القيم الدنيا، نقول أن هذا الاختبار صادق.

جدول رقم (15) يمثل مستوى الدلالة بين القيم العليا والدنيا للدرجة الكلية للمقياس.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة
0.01	30	14.22	28.70	366.62	16 القيم العليا
			28.27	223.37	16 القيم الدنيا

نلاحظ من خلال الجدول أن عينة الدراسة الاستطلاعية تبين أن هناك فروق دالة إحصائية بين القيم العليا والقيم الدنيا في أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، ومنه يمكن القول أن المقياس المطبق في هذه الدراسة صادق ومميز.

كما أن قيمة (ت) دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، أي أن المقياس صادق في قياس ما وضع لقياسه. وبالتالي يمكن تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

ب الثبات:

• التجزئة النصفية: تم قياس معامل الثبات لمقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة بطريقة التجزئة النصفية، فكانت قيمته (0.66)، وبعد تعديله بمعامل "سبيرمان- براون" بلغت قيمته (0.80). وهذا يدل على أن المقياس حقق درجة مقبولة من الثبات، حيث تسمح لنا المؤشرات الإحصائية التي تم التوصل إليها باستخدام هذا المقياس بكل أريحية.

• الاتساق الداخلي عن طريق معامل "ألفا كرونباخ": تم حساب ثبات المقياس باستعمال معامل "ألفا كرونباخ" للاتساق الداخلي، لأننا نريد معرفة مدى اتساق البنود لقياس مفهوم المخططات المبكرة

غير المتكيفة. كما أن عدد البدائل هو (06)، وعليه نستطيع تطبيق طرية "ألفا كرومباخ". وقد بلغت قيمة معامل "ألفا كرومباخ" لكل بنود المقياس (0.85) وهي تشير إلى درجة مقبولة من الاتساق الداخلي، أي أن المقياس يكشف أكثر من 80% من المخططات المعرفية المبكرة الغير المكيفة لدى عينة الدراسة الاستطلاعية، وعليه فإن المقياس يتمتع بالثبات.

ومما سبق نستخلص أن مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة تتمتع بدرجة كبيرة من الصدق والثبات، تسمح لنا باستخدامه كأداة جمع بيانات الدراسة الأساسية (صحراوي، 2023)

8. ظروف انجاز البحث وكيفية تطبيقه:

قمنا بالتوجه إلى المركز الاستشفائي الجامعي "ندير محمد" مصلحة "بالوا"، بالذات إلى قسم الطب العضلي وإعادة التأهيل (Service médecine physique et réadaptation)، لمعرفة مدى توفر عينة بحثنا. وبعد التأكد من توفر العينة في هذا القسم، توجهنا إلى الجامعة من أجل اخذ رخصة للتربص. وبهذا قد تلقينا دعم ومساندة كبيرة من طرف الأخصائية النفسانية المتواجدة في قسم الطب العضلي وإعادة التأهيل، وكذلك من طرف الأطباء والمرضى المتواجدين هناك. وبعد ذلك قمنا بدورة في جناح الرجال وجناح النساء والأطفال. والتي حددنا من خلالها المنهج المناسب لدراستنا الحالية، خصائصها، وأدوات جمع البيانات. ومن ثم باشرنا في الدراسة الأساسية التي وجدنا فيها صعوبة كبيرة، وعدة عراقيل من بينها أن معظم الحالات فاقدة للكلام (لا تتكلم)، أو فئة لا تستطيع استخدام أيديها بسبب الشلل. هناك أيضا فئة أخرى تعاني من نقص السمع والرؤية. وهذا الشيء الذي أدى بنا للوقوع في صعوبات أثناء جمعنا لحالات الدراسة خاصة في البداية، وهذا ما اخذ منا وقتا وجهدا كبيرا.

وقد قمنا بتطبيق وإتباع الخطوات التالية في تطبيق أدوات البحث (الدراسة):

أولا قبل التحدث مع الحالة نقوم الأخصائية النفسانية المكلفة بقسم الطب العضلي وإعادة التأهيل بمقابلة الحالة، والطلب منها أن بإمكانها المشاركة في الدراسة. وبعدها تخرج الأخصائية النفسانية ونعيد شرح هدف الدراسة من جديد للحالة. وبعدها نبدأ بالمقابلة العيادية النصف الموجهة أين نقوم بجمع المعلومات الأساسية حول الحالة، والتي تستغرق 30 دقيقة على الأقل. وبعدها نحاول إخراج الحالة من الموضوع والتحدث معها عن شيء آخر، ونقوم بتقديم مقياس صورة الجسد ونشرح لها التعليمات، وإذا كانت الحالة مثلا غير متمدرسة سنساعدنا في الإجابة على المقياس، وذلك بترجمة كل عبارة باللغة التي تفهمها

الحالة. وفي المقابلة الثانية نقوم بتطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، ونعطي لها الوقت (يوم كامل على الأقل) للإجابة على المقياس نظرا لطوله وكثرة بنوده وعباراته.

ومن الجدير الذكر بأن الحالات وافقت على إجراء المقابل بشرط أن تكون كل كلمة يليها تكون سرية.

9. كيفية تطبيق أدوات الدراسة:

قمنا بتطبيق أدوات الدراسة كالآتي: في الحصة الأولى قمنا بتطبيق المقابلة العيادية النصف الموجهة، وذلك بجمع المعلومات الشخصية الخاصة بالحالة. وفي الأخير نقوم بتمرير مقياس صورة الجسد، وبعدها قمنا بإعطاء موعد آخر للحالة من أجل تطبيق دليل المقابلة مع تمرير مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

1.9. كيفية تطبيق المقابلة العيادية:

تم تطبيق المقابلة العيادية مع الحالات بنفس الطريقة، بحيث بدأ أولا بإلقاء التحية وتقديم أنفسنا باللغة التي يفهمها الحالة إما باللغة العربية أو الأمازيغية أو الفرنسية. بحيث قدمنا أنفسنا أننا متربصون ومختصون نفسانيون. وقد ركزنا على سرية المعلومات التي نقدمها لنا الحالة. وبمجرد موافقة الحالة نبدأ المقابلة بكل عفوية ونبدأ أولا بطرح أسئلة حول إحساس وحالة الحالة في الوقت الحالي، في كل ما يخص نومها وأكلها ودوائها. وبعدها نبدأ بطرح الأسئلة دون التقيد بترتيبها في دليل المقابلة، وذلك نظرا ل عفوية الحالة في التحدث عن حالتها. وقد كانت معظم الحالات جد مرتاحة في التحدث معنا. نظرا لكوننا كنا نصغي جيدا لكل ما تقوله وكتابة أي قول أو أي إشارة، حركات، انفعالات وغيرها التي تصدر منها دون إحساسها بأننا نكتب كل شيء.

وقد كنا نقوم بطرح الأسئلة بطريقة مختصرة، بحيث أنه قد اضطررنا في بعض الأحيان إلى طرح الأسئلة بطريقة أخرى، نظرا لتهرب بعض الحالات من الإجابة على سؤال ما.

2.9. كيفية تطبيق مقياس صورة الجسد ومقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

قمنا بشرح المقياس للحالات وقراءة التعليمات وشرحها، وبعدها تأكدنا من فهم التعليمات قمنا بإعطاء مثال حول العبارة الأولى وكيفية الإجابة عليها. وفي الأخير عند استرجاعنا للمقياس نقوم بحسابه.

خلاصة الفصل:

اشتمل هذا الفصل على أهم خطوة في الدراسة، أين تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها في الدراسة الميدانية. بدءا بالدراسة الاستطلاعية التي من خلالها تم التحقق من مدى صلاحية أداتي الدراسة، وصولا إلى الدراسة الأساسية بتحديد منهج الدراسة، حدودها وتحديد العينة. وكل هذا بغية الوصول إلى نتائج موضوعية قابلة للتحليل والمناقشة ضمن إطار نفسي تحليلي.

الفصل السادس : عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد

1. عرض و تحليل الحالات
2. عرض و مناقشة الفرضيات
3. الإستنتاج العام
4. الإقتراحات

تمهيد :

بعد التطرق إلى الفصل السابق الذي تناول الإجراءات المنهجية للدراسة، وكذلك الأدوات المستخدمة، المنهج وعينة الدراسة وخصائصها. سنتطرق في هذا الفصل إلى تحليل النتائج المتوصل إليها بعد تطبيق أدوات الدراسة، كذلك من أجل التحقق من صحة الفرضيات المصاغة في الدراسة ومناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة.

1- عرض و تحليل الحالات :

1-1- تقديم الحالة الأولى:

الحالة "ياسين " يبلغ من العمر 50 سنة، مطلق منذ عامين أب لولدان مقيمان في فرنسا، يتيم الأبوين، لديه 5 أخوات (03 ذكور، 02 إناث)، حيث يحتل المرتبة الثالثة بين الإخوة، يعمل كرئيس طباطين منذ 30 سنة، من ضواحي تيزي وزو، ذات مستوى دراسي سنة ثالثة ثانوي شعبة آداب وفلسفة، ذات مستوى اقتصادي جيد وعائلته تخلت عنه، فاستقر في المستشفى منذ عام. يعاني من أمراض عضوية بما فيها مرض السكري، ضغط الدم، المرارة. والحالة "ياسين" شخص مبتسم وبشوش، سريع الفهم ونشط ومتفهم، متعلق بأولاده كثيرا وقد كان التواصل معه جد سهل منذ المقابلة الأولى، فقد قبل مباشرة، وبدون أي تردد وخوف على الإجابة على أسئلتنا بحيث تعرض الحالة "ياسين " إلى صدمة دماغية أولى منذ عام بسبب الضغط في العمل وأستشفى لمدة (05) أيام متتالية في المركز الاستشفائي الجامعي "ندير محمد " تيزي وزو. وبعدها أستشفى مرة أخرى لإجراء عملية جراحية لنزع المرارة (la vésicule) لمدة (04) أيام وبعد (20) يوم تعرض الحالة إلى جلطة (سكتة) دماغية أخرى والتي أخلفت له شلل نصفي، في أواخر شهر فيفري 2024.

- نوع الشلل النصفي : شلل نصفي في الجهة اليمنى واليسرى، لكنه استعاد جهته اليمنى (اليدين، الرجل، نصف الرقبة اليسرى)
- عرض المقابلات مع الحالة :

جدول رقم (16) : يوضح مقابلات الحالة الأولى

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	2025-03-17	30 دقيقة	جمع البيانات الأولية حول الحالة
الثانية	2025-03-18	30 دقيقة	إجراء المقابلة استنادا للدليل
الثالثة	2025-03-19	30 دقيقة	تطبيق مقياس صورة الجسد
الرابعة	2025-03-20	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

• عرض وتحليل المقابلة مع الحالة الأولى:

من خلال تحليل المقابلة مع الحالة "ياسين" قد تبين أنه يعاني من حالة نفسية متدهورة، حيث كان يبدي أنه غير راض بحالته أين قال لنا:

"j'ai pas accepté ma situation parce que c'est dire , mais on peut rien faire , avant je bossais " de 16h dans mon restaurant là je suis au lit , c'est dire de reprendre la vie d'avant "physiquement et mentalement

بمعنى أن الحالة لم يتقبل حالته فقد ك كان يعمل أكثر من 16 ساعة في مطعمه الخاص، لكن الآن هو مستلقي فقط على الفراش. فحسب تصريحات الحالة يمكن القول انه يعاني من صراع داخلي مع وضعه الجديد والحنين إلى الماضي أين كان يجيب بكل حزن وتشاؤم، بكاء وهذا ما كون لديه مشاعر وأفكار سلبية بشأن حالته الجسدية. لكن رغم كل ذلك يظهر نوعا من المواجهة لتحدياته الصعبة أين صرح:

" je fais face à toute mes obstacles avec un sourire , mais par contre je suis peur de perdre mes enfants "

أي أنه يقابل كل تحدياته بابتسامة، لكنه شخص يخاف من فقدان أبنائه. يمكن القول حسب هذا الصريح أنه لدى الحالة نوع من الصلابة النفسية، بحيث أنه يواجه كل تحدياته الصعبة والسهلة بكل إيجابية، وابتسامة. وهذا الشيء لاحظناه طوال المقابلات التي قمنا بها مع الحالة "ياسين" فهو كان يجيب عن الأسئلة بابتسامة عريضة ، لكن رغم كل ذلك لا تظهر لديه أي مشاعر خوف أو قلق أو خسارة أو فقدان الناس من حوله إلا أبنائه، لشدة تعلقه وحبه الفائق لهم. يمكن نقول أنه حسب تصريحات الحالة "ياسين" في المقابلة أن الاضطرابات في العلاقات الأسرية كانت خاصة في فترة أصابته بالشلل النصفي، الأمر الذي أدى به إلى تقديم المال لمرض خاص ليتكفل له في تصريحه :

"Je demande souvent à mon garde malade, même sur les petites choses, parce que je peux pas plier mes jambes et moi-même, du coup j'ai perdu plus de 240 millions dans un ans juste pour mon garde malade. Vu que ma famille m'ont abandonné, en plus ils s'occupent pas vraiment de moi."

مما يعني أنه يطلب من ممرضه الخاص أن يساعده حتى في أشياء الصغيرة، لأنه لا يستطيع أن يثني رجله بنفسه بحيث أنه خسر أكثر من 240 مليون في عام واحد فقط، وأن عائلته تركته. الشيء الذي يدل على أن الحالة لا يستطيع التكفل بحاجاته اليومية الصغيرة، لكونه لا يتحرك من الفراش، وإضافة لذلك يعاني من التخلي من طرف العائلة أين كان يتحدث عن هذا الموضوع بالبكاء والتعابير الوجهية المتشاؤمة عندما قال :

" pour moi la famille ne laisse pas une personne puisque il est malade c'est pas bien , et heureusement que y'a mes amis en France et mes enfants qui arrêtent pas à me m'envoyer , et prendre mes nouvelles "

فحسب العائلة لا تترك شخص مريض لوحده، لكن أصدقائه في فرنسا وأولاده لم يبخلوا عنه. وهذا دليل على معاشه الداخلي المؤلم والمليء بالصراعات والمشاكل العائلية، والتخلي من طرفهم، لكن على الرغم من ذلك قد تلقي دعماً كبيراً من طرف أولاده وبعض أصدقائه المقيمين في فرنسا بالرغم من كل الصعاب التي واجهها أثناء مرضه، إلا أنه شخص واثق من نفسه، ظهر ذلك في قوله :

heureusement que j'ai confiance en soi , parce que c'est la seule chose qu'il faut faire , je " c'est éternellement toujours un laideur dans la vie , mais la sensation d'être debout et là je suis allongé "pas facile

بمعنى أنه شخص واثق، من نفسه، لأن الإحساس بكونه واثق، وهو مستلقي، ليس سهلاً. يعكس هذا التصريح نضال الحالة للحفاظ على رفايته النفسية في مواجهة تحديات الشلل النصفي، فهو يظهر صراعاً داخلياً بين الرغبة في إيجابية والتأثير السلبي لمرضه على صورته الذاتية، وقدرته على العيش بشكل طبيعي، أما فيما يخص علاقة مع الزوجة تغيرت كثيراً بعد إصابته ما صحب بذلك الطلاق فقد صرح لنا :

"C'est plus par pitié pour les uns et les autres , bien sûr ne voit pas le grand chef Yacine , mais juste un malade qui a besoin d'aide à tout moment , les gens oublient vite ,et il t'oublie je te promet

أي أن الآخرين لا يرونه ذلك الطباخ الكبير، بل مجرد شخص مريض يحتاج إلى المساعدة في أي وقت. بمعنى أن الحالة قد فقدت الثقة بالآخرين بسبب خيانة زوجية له، التي أصبحت تراه فقط كشخص يعتمد على الآخرين في كل الأوقات وأن السند الوحيد الذي تبقى له من بعد وفاة والديه هو أبناءه. وانطلاقاً من كل التحديات الصعبة التي مر بها ومزال يمر بها الحالة "ياسين"، جعلته يفتقد للنظرة المستقبلية وهذا ما أكدته في قوله :

"Je ne vais jamais reprendre montrerai c'est un miracle, mais y'a mes enfants qui ne rendent heureux et aussi triste en même temps vu que ils ont l'air de moi, et la trahison de la mère de mes enfants, après 20 Ans de mariage tout est touché sauf mon cerveau "

فيقصد هنا الحالة أنه لن يستطيع العودة إلى عمله لكن من ناحية أخرى يحزن بشأن بعد أولاده عنه، وخيانة زوجته له بعد 20 سنة زواج هذا التصريح دليل على تعبير الحالة "ياسين" عن مجموعة من المشاعر المتناقضة، تعبر عن مزيج من الأمل والألم والضعف والقوة، والحب والحزن بسبب الخيانة، البعد، تأثير تجربة الخيانة عليه.

• نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الأولى:

جدول رقم (17) : يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة

الأبعاد	العنوان	مجموع البند	المجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	إيجابي 21	سلبي 14	35	59
2	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	إيجابي 10	سلبي 14	24	سلبية

نلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (17) في استجابات "ياسين" على مقياس صورة الجسم أعلاه تحصل على أكبر مجموع فيما يتعلق المنظور النفسي أي إدراك الفرد لجسده تحصل على (21 درجة) فيما يخص العبارات الإيجابية و(14) في العبارات السلبية. أما فيما يتعلق بالبعد الذي يقيس المتطور الاجتماعي أي كيفية إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء فقد تحصل الحالة على (14 درجة) في العبارات السلبية و(10 درجات) في العبارات الإيجابية. في حيث تحصل على درجة (35) في مجموع لا بند إدراك الفرد لجسده و(24 درجة) إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء ليكون المجموع العام (59)، يعتبر هذه الدرجة أدنى من 67 مما يدل أن الحالة يحمل صورة جسدية سلبية.

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الأولى :

جدول رقم (18) : يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الأولى

المجال	البند (المخططات)	درجة كل مخطط	مستوى تأشير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال والرفض	التخلي وعدم الاستقرار	24	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	111
	الحذر / التجاوز	16	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	19	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	النقص و الخجل	26	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	الانعزال الاجتماعي	26	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
نقص الاستقلالية والإنجاز	التبعية / عدم الكفاءة	22	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	92
	الخوف من المرض و الخطر (القابلية الاندماجية)	18	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الذوبان / الشخصية الضامرة	22	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
	الفشل	30	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	

36	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	16	حقوق شخصية مبالغ فيها (متطلبات عائلية)	نقص معرفة
	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	20	تحكم ذاتي	الحدود
37	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	27	الخضوع	التوجه نحو
	المخطط يؤثر في بعض الظروف	10	التضحية	الآخرين
57	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	27	التحكم الانفعالي في الانفعالات	اليقظة والكف
	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	30	المعايير الصارمة و النقد المفرط (السيطرة)	
333	المجموع : (المخططات شكل الفرد)			

يتضح من خلال قراءة الجدول للحالة الأولى، تبين أن الحالة تحصلت على الدرجة التي تمثل من (25 - 30) للمخططات المعرفية المبتكرة الغير المتكيفة التالية (المعايير الصارمة والنقد المفرط / السيطرة، الفشل، الخضوع، التحكم الانفعالي في الانفعالات، الانعزال الاجتماعي، النقص والخجل) والتي جاءت في المرتبة الأولى هذا ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة أساسية في تنظيم شخصية الحالة ثم تلبية المخططات التالية (التخلي وعدم الاستقرار، التبعية / عدم الكفاءة، الذوبان / الشخصية الضامرة، تحكم ذاتي) في المرتبة الثانية، بدرجة استجابة مقدرة ما بين (20-24) بمعنى أن المخططات تلعب دور مهم في حياة الحالة. ثم تليها درجة استجابة ما بين (15-19) في المرتبة الثالثة والذي يظم المخططات الغير المتكيفة التالية (الخوف من المرض والخطر / القابلية للإنجرار، الحذر/التجاوز، حقوق شخصية مبالغ فيها / متطلبات عالية)، وهي المخططات التي تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. ويليهما درجة استجابة ما بين (10-14) في مرتبة الأخيرة، والتي تضم مخطط التضحية والتي تؤثر في بعض الظروف على الحالة . أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول الانفصال والرفض بدرجة (111 درجة)، وتأتي مخططاته كالتالي (الانعزال الاجتماعي 26 %، والنقص والخجل 26 %، التخلي وعدم الاستقرار 24 %، الحرمان العاطفي 19 %، الحذر/ التجاوز 16 %).

ثم يأتي المجال الثاني بدرجة (92 درجة)، وتأتي مخططاته الفرعية (الفشل 30 %، الذوبان / الشخصية الضامرة 22 %، التبعية / عدم الكفاءة 22 %، الخوف من المرض والخطر (القابلية للإنجرار 18 %) ويأتي بعدها المجال الخامس بدرجة (57 درجة)، بمخططاته الفرعية (المعايير الصارمة والنقد المفرط / السيطرة 30 %، التحكم الانفعالي في الانفعالات 27 %). ومن ثم يأتي المجال الرابع بدرجة (37 درجة)، بمخططاته الفرعية (الخضوع 27 %، التضحية 10 %) ولعدها يأتي المجال الثالث في المرتبة

الأخيرة بدرجة (36 درجة)، بمخططاته الفرعية التالية (تحكم ذاتي 20%)، حقوق شخصية مبالغ فيها / متطلبات عالية 16%. وفي الأخير نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة غير التكيفية ككل على الفرد، فنجد الدرجة (333%)، والتي تنحصر ما بين (300 - 374)، ما يعني أن المخططات المعرفية تلعب دور هام في حياة الحالة

• تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير التكيفية المرتبطة بالحالة الأولى :

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة لـ "جيفري يونغ" المطبق على الحالة الأولى، والتي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية على النصف موجهة التي أجريت معها على أن مخطط الفشل، المعايير الصارمة والنقد المفرط، الخضوع، التحكم الانفعالي في الانفعالات، الانعزال الاجتماعي، التي أظهرت أنه غير قادر على النجاح مثل الآخرين في مجال العمل، يكون ذلك الفشل إما نتيجة لتجارب سابقة أو عدم تحقيق الأهداف، و يضع معايير عالية لنفسه، فيلجأ إلى إرضاء الآخرين لتجنب الرفض ، كما أنه أيضا يسيطر على المشاعر القوية و المؤلمة التي أنشأت من تجارب التخلي من طرف عائلته وزوجته وإهمالهم له، مما أدى به إلى الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية خوفا من التعرض للأذى مرة أخرى فيما يخص العلاقات الاجتماعية. وهذا ما يتبين عند تصريح الحالة في المقابلة العيادية النصف الموجهة التي أجريت معه :

" avant je bossais plus de 16h dans mon restaurant ..., c'est dure de reprendre la vie d'avant physiquement et mentalement et y'a plus de famille et amis et proche , les gens oublient vite et ils t'oublient je te promet aussi la trahisons de la mère de mes enfant après 20 ans de mariage a influence tout est toucher sauf mon cerveau "

بمعنى أنه كان يعمل أكثر من 16 ساعة في مطعمه وأنه من الصعب العودة لحياته العملية، وأن عائلته تركته أشد محنته، وزوجته التي خذلته وطلقته فور إصابته بالشلل النصفي. وكل هذا يعني أن الحالة يعاني من التخلي و غياب الدعم ، فهذه المخططات تتفاقم بسبب عدم وجود شبكة دعم يمكن أن تساعد على التغلب على مشاعره السلبية، وعدم القدرة للحياة العملية السابقة يمكن أن يعزز هذه المخططات، مما يريد من الشعور بالفشل والعجز والعزلة.

1-2- تقديم الحالة الثانية:

الحالة "مزيان" يبلغ من العمر 73 سنة، متزوج منذ 38 سنة، أب 4 أولاد (بنت و 3 أولاد)، يتم الأبوين، عاش طفولته مضطربة مع الأم، لديه 10 أخوات (4 ذكور، 6 إناث)، يحتل المرتبة الخامسة بين الإخوة، ينحدر من ضواحي "تيزي وو"، مقيم في الجزائر العاصمة منذ صغره، ذات مستوى اقتصادي جيد، ذو

مستوى دراسي سنة ثانية ليسانس شعبة محاسبة، مدير بنك متقاعد. يعيش مع عائلته الصغيرة المتكونة من الزوجة والأبناء وزوجته الابن يعاني من أمراض القلب (cardio)، ضغط الدم، (hyper tension) (artériel)، قرحة المعدة، مرض السكري، مرض نقص الأنسجة (l'hypoxie).

والحالة "مزيان" شخص متشائم وحزين، سريع الفهم، شخص متعلق بعائلته كثيرا خاصة ابنته الكبرى. وقد كان التواصل معه صعب لحساسيته وضعيته لكن رغم ذلك قبل مباشرة، وبدون أي تردد وخوف عن الإجابة على أسئلتنا، إلا أنه في بعض الأحيان يتهرب من بعضها. بحيث خضع الحالة "مزيان" إلى عملية جراحية منذ 20 عام بسبب قرحة المعدة أين أستاذ في ولاية "بجاية" وفي 2020 استشفى مرة أخرى في الجزائر العاصمة في المستشفى "مصطفى باشا" أين خضع ل 04 عمليات جراحية لقلبه. وبعدها تعرض للإصابة لمرض نقص الأكسجة (l'hypoxie)، حيث أنه لا ينتقل الهواء إلى دماغه. وفي أبريل 2023 تعرض الحالة إلى صدمة دماغية من نوع نزيفه (accident vasculaire cérébrale hémorragique)، فور خروجه من العملية الجراحية وهذا ما أخلف له الشلل النصفي، نوع الشلل النصفي: في الجهة اليمنى.

• عرض المقابلات مع الحالة الثانية:

جدول رقم (19): يوضح مقابلات الحالة الثانية .

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	2025-04-15	30 دقيقة	جمع البيانات الأولية على الحالة
الثانية	2025-04-20	30 دقيقة	إجراء المقابلة استنادا للدليل + تطبيق مقياس صورة الجسد
الثالثة	2025-04-21	30 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

• عرض و تحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية:

يعاني الحالة "مزيان" من عدة أمراض عضوية كمرض القلب، السكري، ضغط الدم، قرحة المعدة إضافة إلى ذلك اضطرابات نفسية كالإكتئاب حسب تصريح الأخصائية النفسانية المتكلفة بحالته. وقد تعرض الحالة "مزيان" إلى سكتة دماغية "تزييفية" فور خروجه من العملية وهذا ما أخلف له شلل نصفي في الجهة اليمنى منذ شهرين. ومن خلال تحليل المقابلة مع الحالة. ظهر أنه يعاني من حالة مزاجية ونفسية جد مضطربة لا يأكل ولا ينام لديه أفكار انتحارية ونوبات من البكاء أين صرح:

" je veux mourir c'est pas evident quand tu vois les gens marche et des fois quand je dors je mis que je suis mort et en réalité oui je voulais ne jeter quelque part pour ne reposer une fois pour tout et cela influence sur ma guérison "

بمعنى أن الحالة يريد الموت يقول أنه ليس من السهل أن ترى الأشخاص يمضون وهناك أين أرى منام أنني ميت. ومن هذا التصريح يشير إلى المقارنة المستمرة مع الآخرين الذين يتمتعون بالقدرة على الحركة مما أدى به إلى الإحباط و البكاء وأن أحلامه المتكررة بالموت تعكس أفكار انتحارية، عميقة فهي بمثابة وسيلة للهروب من الواقع المؤلم و الرغبة في إنهاء الحياة نتيجة للألم الجسدي والمعاناة النفسية، الشعور بالعجز، وهذه الأفكار والمشاعر السلبية تعيق شفاؤه فالصحة النفسية السيئة تؤثر على الاستجابة للعلاج والتعافي وأنه يواجه كل التحديات بكل سهولة لكن وجهه يقول العكس.

" Je fais face à toutes mes obstacles je suis folklorique je ne suis pas difficile mais par contre j'ai peur de perdre ma fille parce que c'est la plus chère à mon cœur et je ne suis pas accepté ma situation mais faut s'habituer à m'occuper de moi-même malgré que tout est change je suis devenue une autre personne par exemple je peux as conduire "

فهنا يقول يواجه كل تحدياته وأنه ليس صعب لكن من ناحية يخاف من فقدان ابنته لأنها عزيزة عليه، وأنه لم يتقبل حالته وأنه أصبح شخص آخر. بحيث يعكس هذا الكلام صراعا داخليا بين التحديات الجسدية والعاطفية والرغبة في التكيف مع الوضع الجديد والحفاظ على العلاقات الهامة في حياته الذي يدل على أهمية العلاقات الأسرية في حياته فعندما قال أستطيع القيادة مثال على القيود الجسدية التي يواجهها وأنه واثق من نفسه في قوله: "cava cava", بمعنى أنه تقبل وضعه ويحاول التكيف معه وهذه العبارة تظهر للقوة الداخلية والتكيف و المرونة في مواجهة حالته، وحسب تصريحات الحالة "مزيان" في المقابلة العيادية أنه هناك مشاكل عائلية مضطربة مع إخوته الاثنان وأخواته وأمه بحيث أنه عاش طفولته مضطربة من طرف الأم وظهر ذلك في قوله:

" y'a mon fils qui gère tout, et ma femme aussi hamdoulilah mais je suis triste parce que mes frère et mes sœur m'ont laissée depuis ex temps , imagine mon hospitalisation , yiwen degsen ur dyusi ghuri et ça me déchire vraiment ça fait chaud au cœur wellah et les gens chaqu 'un amek il me voit yiwen yeqqaras ah ! meskin amek yella amek yughal , mais je suis grave triste ghef mes sœur crois mou "

يقصد هنا أن ولده هو الذي يهتم بكل الأمور وزوجته لكنه حزين لأن أخواته تركوه وأن الأشخاص كل واحد كيف يراه بمعنى أن أمه تهتم بشأنه منذ صغره أنها تفرق بينه وبين أخواته الآخرين بحيث يكشف هذا الكلام عن صراع داخلي عميق بجمع بين الحزن وفقدان الدعم من طرف الإخوة، مما تقاوم مشاعر العزلة والوحدة، ويريد أن يستعيد الروابط الأسرية المفقودة. كذلك

" ma mère il s'en fou de moi quand j'étais petit ur cheli3 ara degitekhdem une déférence entre moi et mes frères , elle me déteste a vrai dire "

أي أنه شعر بعدم الحب والدعم من طرفها فتجارب الطفولة أثرت على تطوره العاطفي. لكن كل هذا فالحالة "مزيان" لديه نظرة متفائلة للمستقبل أين أكد في كلامه:

" je vais revenir a mon travail « la banque » malgré que tout et change la ballon mouloudia , mais alhamdoulilah husagh imaniw heligh ture , sur tout imi j'ai trouvé ma famille à mes cote , yelli qui me rend heureux et ses petits anges , mais des fois je ne sens déprime triste ma ad mektigh mes sœur qui m'ont laisse "

ما يقصد أنه سيعود إلى عمله، والرياضة، ويشعر أنه قد تحسن وأن ابنته تجعله متفائل وتخلي أخواته عنه أمر يحزنه ما يدل على أن الحالة يعاني من مشاعر الحزن والأسى عندما يتذكر أخواته التي تركته ويشعر بالتحسن بسبب عم أسرته له فالدعم النفسي والاجتماعي له دور كبير في عملية التعافي.

• عرض نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثانية :

جدول رقم (20) : يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثانية

الأبعاد	العنوان	مجموع البند	المجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	إيجابي	22	48	سلبية
		سلبي	9		
2	إدراك الفرد لجسده من خلال أراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	إيجابي	26	48	سلبية
		سلبي	15		

يلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (05) في استجابات "مزيان" على مقياس صورة الجسم أعلاه. تحصل على أكبر مجموع فيما يخص المنظور الاجتماعي فقد تحصل الحالة على (15 درجة) في العبارات السلبية، و(11 درجة) في العبارات الإيجابية. أما ما يخص البعد الذي يقيس المنظور النفسي فقد تحصل الحالة على (13 درجة) في العبارات الإيجابية و(9 درجات) في العبارات السلبية. بحيث حصلت الحالة "مزيان" على درجة (2) في كيفية إدراكه لجسده، يليه بعد إدراكه لجسده من خلال أراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء بدرجة (26). ليكون المجموع العام (48)، وهذه الدرجة أدنى من (67)، مما يدل على أن الحالة يحمل صورة جسدية سلبية.

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الثانية :

جدول رقم (21) : يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثانية

المجال	البنود (المخططات)	درجة كل مخطط	مستوى تأشير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال والرفض	التخلي وعدم الاستقرار	15	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	97
	الحذر / التجاوز	11	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	23	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	النقص و الخجل	16	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	الانعزال الاجتماعي	14	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
نقص الاستقلالية والإنجاز	التبعية / عدم الكفاءة	20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	69
	الخوف من المرض و الخطر (القابلية الاندماجية)	10	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الدوبان / الشخصية الضامرة	16	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
	الفشل	23	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
نقص معرفة الحدود	حقوق شخصية مبالغ فيها (متطلبات عالية)	15	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	31
	تحكم ذاتي	16	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
التوجه نحو الآخرين	الخضوع	22	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	32
	التضحية	10	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
اليقظة والكف	التحكم الانفعالي في الانفعالات	18	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	30
	المعايير الصارمة والنقد المفرط (السيطرة)	12	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
المجموع : (المخططات شكل الفرد)				259

يتضح من خلال قراءة الجدول للحالة الثانية يبين أن الحالة تحصلت على الدرجة التي تمثل من (20-24) للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية (الحرمان العاطفي، الفشل، الخضوع، التبعية، / عدم الكفاءة)، هذا ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة يلعب دور هام في حياة الحالة في المرتبة الأولى، بمعنى أن المخطط الغير التكيفي يلعب دور هام في حياة الحالة. ثم تليه المخططات التالية : (النقص و الخجل، والدوبان أو الشخصية الضامرة تحكم ذاتي، التخلي، عدم الاستقرار، حقوق شخصية مبالغ فيها / متطلبات عالية التحكم الانفعالي في الانفعالات) في المرتبة الثانية، بدرجة استجابة مقدرة ما بين (15-19) بمعنى أن المخططات يمثل مشكلة بالنسبة للحالة ثم تليها درجة

الاستجابة ما بين (10-14) في المرتبة الثالثة، والذي يضم المخططات المعرفية المبكرة الغير المكيفة التالية: (الانعزال الاجتماعي، المعايير الصارمة والنقد المفرط / السيطرة، الحذر / التجاوز، الخوف من المرض والخطر / القابلية للإنجراح ، التضحية)، وهي المخططات التي تأثر في بعض الظروف على الحالة. أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول (الانفصال والرفض)، (97 درجة) الذي ينحصر في الدرجة (75-149). وتأتي مخططاته كالتالي (الحرمان العاطفي 23%، النقص والخجل 16%، التخلي وعدم الاستقرار 15 % الانعزال الاجتماعي 14%، الحذر / التجاوز 11%). ثم يأتي المجال الثاني (نقص الاستقلالية والإنجاز) بدرجة (69 درجة)، وتأتي مخططاته الفرعية كالآتي (الفشل 23%، التبعية/ عدم الكفاءة 20%، الذوبان / الشخصية الضامرة 16 %، الخوف من المرض والخطر/ القابلية للإنجراح 10%)

ثم يأتي المجال الرابع (التوجه نحو الآخرين)، (32 درجة)، وتأتي مخططاته الفرعية كالآتي (الخضوع 22%، التضحية 10 %). ثم تأتي المجال الثالث (نقص معرفة الحدود) بدرجة (31 درجة)، وتأتي مخططاته الفرعية (تحكم ذاتي 16 %، حقوق شخصية مبالغ فيها / متطلبات عالية 15 %)، وبعدها يأتي المجال الخامس (اليقظة والكف) في المرتبة الأخيرة بدرجة (30 درجة)، والذي يضم المخططات (تحكم الانفعالي 18 %، المعايير الصارمة والنقد المفرط / السيطرة 12 %).

وفي الأخير نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة ككل على الفرد، فنجد الدرجة (259%) التي تنحصر ما بين المجال (225-299) ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تمثل مشكل بالنسبة للحالة .

• تحليل نتائج مقياس المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المرتبطة بالحالة الثانية :

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة ل "جيفري يونغ" المطبق على الحالة الثانية.

التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف الموجهة التي أجريت معها على أن المخطط الحرمان العاطفي هو المسيطر، ثم تليه الفشل، التبعية / عدم الكفاءة، التي أظهرت أعراض المعاملة السلبية المتمثلة في المشاكل العائلية المضطربة مع إخوته وأخواته وأمه، حيث أنه عاش طفولته مضطربة من طرف الأم وأنه غير قادر على مواجهة المسؤوليات اليومية دون مساعدة من زوجته أو أبنائه وأنه عاجز وأقل مكانة من الآخرين أين صرح الحالة :

"Ma mère elle s'en fou de moi , elle me déteste et y'à mon fils qui gère et ma femme et c'est pas envident quand tu vois les gens marche "

بمعنى أنه تخلي أمه عن أي تجارب الطفولة أثرت على تطوره العاطفي، وأنه يقارن نفسه مع الآخرين الذين يتمتعون بالقدرة على الحركة وأنه يستطيع النجاح مثل في مجال الرياضة كباقي الناس الآخرين.

1-3- تقديم الحالة الثالثة:

الحالة "زينة" تبلغ من العمر 86 سنة، متزوجة منذ 66 سنة ربة بيت أم 7 أولاد (2 بنات ، 5 ذكور)، يتيمة الأبوين، لديها 7 إخوة (5 بنات ، 2 ذكور)، حيث تحتل المرتبة الثانية بين الإخوة، تتحدر من ضواحي تيزي وزو، تعيش مع ابنها الصغير وعائلته، الحالة ذو مستوى اقتصادي جيد. تعاني الحالة من أمراض عضوية، مرض القلب منذ 2019، وضغط الدم. وكانت الحالة "زينة" امرأة حزينة ومتشاؤمة، سريعة الفهم، متعلقة بأولادها كثيرا، وقد كان التواصل معها جد صعب لحساسية وضعيتها، ففي البداية لم تقبل استقبالنا، وكانت تغطي رأسها خجلا من جسمها، وهذا ما صرحته لنا زوجة ابنها. لكن مع شرحنا لها الموضوع قبلت الإجابة على أسئلتنا، رغم أنها لا تستطيع التحدث لوقت طويل بسبب مرضها. فقد كانت أيضا تتهرب من بعض الأسئلة الحساسة. وحسب ما صرحته لنا الأخصائية النفسية المكلفة في قسم الطب العضلي وإعادة التأهيل أن الحالة تعاني من اضطرابات معرفية (Troubles Cognitifs)، وذاكرة ضعيفة (Mémoire faible). بحيث تعرضت الحالة للإصابة بمرض القلب في 2019، ما أدى بها إلى الاستشفاء في فرنسا في عام 2022. وبحلول عام 2023 الحالة لسكتة قلبية أولى بسبب ارتفاع ضغط الدم. وفي 1 أبريل 2025 ، تعرضت الحالة مرة أخرى إلى سكتة قلبية ثانية، من نوع سكتة دماغية إقفازية (Accident Vasculaire Isquémique). وهذا ما خلف لها شلل نصفي، واستشفيت في مصلحة "بالوا" في قسم الطب العضلي وإعادة التأهيل في قسم النساء والأطفال.

نوع الشلل النصفي : في الجهة اليمنى (اليد، الرجل ونصف الوجه الأيمن ونصف الرقبة الأيمن).

• عرض المقابلات مع الحالة الثالثة :

جدول رقم (22) يبين المقابلات مع الحالة .

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	10-04-2025	30 دقيقة	جمع البيانات الأولية على الحالة .
الثانية	13-04-2025	30 دقيقة	إجراء المقابلة استنادا للدليل .
الثالثة	14-04-2025	30 دقيقة	تطبيق مقياس صورة الجسد .
الرابعة	15-04-2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة .

• عرض و تحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة :

تعاني الحالة "زينة" من الشلل النصفي في الجهة اليمنى من الجسم منذ (03) أشهر. ومن خلال تحليل المقابلة العيادية النصف الموجهة مع الحالة ظهر أنها تعاني حالة مزاجية ونفسية متدهورة، وجد مضطربة، وتعاني من اضطراب النوم خاصة في الليل، واضطراب الأكل، أي انقطاع الشهية، ونوبات من البكاء، خاصة عند تذكرها أنها مستلقية على الفراش، ولا تستطيع النهوض وأن نصف جسمها لا يؤدي وظيفته كما يجب، تنهار بالبكاء والغضب. أين صرحت :

" vghigh ad mtagh ulach achu ara khedmagh mi ara qimagh dagi s lhala am tagi , zik lligh ttveddagh af yimaniw , wali tura ula d achechuy –iw atan yughal akk d amellal , ad iyikkes rebbi "

بمعنى أن الحالة ترغب في الموت، لأن حياتها بلا معنى وهذا التصريح يشير إلى أفكار انتحارية وهي استجابة لصعوبة التأقلم مع التغيرات الجسدية والنفسية، وذلك يكون نتيجة الإحساس بفقدان السيطرة على الجسد، وفقدان الاستقلالية، والشعور بالعبء على الآخرين، فعندما قالت "ليس لدي ما أفعله هنا" فهذا يعكس شعورها باليأس وفقدان المعنى، مما جعلها تميل إلى العزلة والملل والاكتئاب. أما توجه الحالة إلى الله وطلب الموت يعكس رغبتها في الهروب من المعاناة الجسدية والنفسية، وطلب الراحة والأمان. كما أن الحالة تواجه تحدياتها بالحزن وبالبكاء الشديد أين صرحت:

"zgigh heznagh , ttwaligh ddunith-iw ttabarkant , ur yelli wacu yelhan , ayen hemlagh akk zik yughal rzagh felli , d imeti kan idettafagh d amwanes-iw , zik lligh am tin yes3an 20 n sna , tthussugh ayen vgigh , tthewisegh ma d ttura wali ! . "

بمعنى أن الحالة كانت شخص نشط ومستمتع بالحياة، ولكن الآن تغير كل شيء ، فهي تعتبر أن البكاء هو الطريقة الوحيدة التي تجعلها تشعر بالتحسن، مما يشير إلى أنها تعاني من مشاعر الحزن والفقدان والاكتئاب، وأن ثقتها بنفسها تراجعت عما كانت عنه سابقا. لكن رغم كل التحديات التي تواجهها الحالة، فإن وجود دعم أسري جيد يمثل عامل أساسي في تحسين نوعية حياتها ، فهو يوفر بيئة آمنة ومريحة، وحسب ما صرحته الحالة في كلامها:

" hamdullah ghas akka ughalagh akka ma3na arrawiw zgan tama-iw , deg wasmi id kechmagh ar dagi nutni toujours ttasend ghuri , vghan meme ad ruhagh ar fransa ad dawigh dinna , hamdullah . "

في هذا التصريح، تتحدث الحالة عن امتنانها لعائلتها التي تقف إلى جانبها في محنتها، تشمل الأبناء وزوجاتهم، وبناتها وزوجها، فهم يقومون برعايتها منذ إصابتها بالشلل النصفي، وتعبر عن رغبتها في السفر إلى فرنسا للمعالجة هناك مما يشير إلى أنها تبحث عن رعاية طبية أفضل لتحسين حالتها

الصحية. وهذا التصريح يعكس قوة الروابط الأسرية وأهمية الدعم العاطفي في مواجهة التحديات الصعبة التي تواجه الحالة. وهذا ما جعل الحالة تكون لديها نظرة مستقبلية متفائلة، حسب ما أكدته في كلامها :

" ad fghagh syagi nchallah ad hlugh , ad ruhagh ar fransa ar warraw-iw d yelli , ad ughala ar ddinit-iw n zik "

حيث تعبر المفحوصة عن تفاؤلها وأملها في الشفاء والتحسين، وتشير إلى أنها تتطلع إلى الخروج من وضعها الحالي، والعودة إلى حياة طبيعية، كالسفر لفرنسا لرؤية أولادها. وهذا التصريح يعكس إصرار قوي على الحياة، والرغبة في استعادة الاستقلالية والقدرة على ممارسة الأنشطة اليومية. فهذا يظهر أيضا قوة الإرادة و العزيمة على التغلب على الصعاب و العودة إلى الحياة الطبيعية . و من بين الطرق التي تستعملها الحالة "زينة" في مواجهة ضغوطات فترتها المرضية هي أولادها وبناتها. لكن من ناحية أخرى تقتقد الشغل في الحياة ، خاصة عند تذكرها لمرضها وحالتها. و يظهر ذلك في قولها:

"d arrayaw-iw d yessi iyittran ttussugh imaniw hligh , mais madmektiagh amek ligh amek ughala imaren ad bdugh imeti , heznagh parce que ligh ttefgha tthewisegh , truhugh les voyages ar la France , Marikan , Canada ar warraw-iw , tura aqliyin keslagh deg wussu qimegh , yu3ar . "

ففي هذا التصريح تعبر الحالة عن مشاعر متضاربة، من ناحية تشعر بالسعادة والتحسين عند التفكير في أطفالها، مما يعطيها شعورا بالشفاء. لكن من ناحية أخرى تتغلب عليها مشاعر الحزن والاكتئاب عندما تتذكر كيف تغيرت حياتها. فهذا التناقض بين الأمل والحزن يعكس التحديات العاطفية والنفسية التي تواجهها.

• عرض نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثالثة :

جدول رقم (23) يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثالثة

الأبعاد	العنوان	مجموع البند	المجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	إيجابي	21	49	سلبية
		سلبي	8		
2	إدراك الفرد لجسده من خلال أراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	إيجابي	18		
		سلبي	10		

يلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (08) في استجابات الحالة "زينة" على مقياس صورة الجسم أعلاه تحصل الحالة على أكبر مجموع فيما يتعلق بأبعاد المقياس والذي يعود إلى العبارات السلبية (22)

درجة)، و(16 درجة) في العبارات الإيجابية. ثم تليه المنظور النفسي للفرد ، بحيث تحصل الحالة (13 درجة) في العبارات الايجابية و(8 درجات) في العبارات السلبية أما فيما يتعلق المنظور الاجتماعي أي إدراك الفرد من خلال الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء، فقد تحصل الحالة على (10 درجات) في عباراته السلبية وتليه (8 درجات) في العبارات الإيجابية أما فيما يخص بعد إدراك الفرد لجسده تحصل على (21 درجة). ويليه بعد إدراك الفرد من خلال أراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء تحصل فيه على (18 درجة). أما فيما يخص البعدين السلبي والايجابي تحصل على مجموع (38 درجة). ليكون المجموع العام (77)، وهذه الدرجة تعبير عن مستوى المرتفع من نظرتها المشوهة نحو جسمها.

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الثالثة:

جدول رقم (24) يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الثالثة

المجال	البند (المخططات)	درجة كل مخطط	مستوى تأشير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال والرفض	التخلي و عدم الاستقرار	12	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	97
	الحذر / التجاوز	25	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	24	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	النقص والخجل	25	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	الانعزال الاجتماعي	11	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
نقص الاستقلالية والإنجاز	التبعية / عدم الكفاءة	17	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	77
	الخوف من المرض والخطر (القابلية الاندماجية)	18	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الذويان / الشخصية الضامرة	15	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
	الفشل	27	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
نقص معرفة الحدود	حقوق شخصية مبالغ فيها (متطلبات عائلية)	11	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	23
	تحكم ذاتي	12	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
التوجه نحو الآخرين	الخضوع	24	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	34
	التضحية	10	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
اليقظة والكف	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات	26	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	35
	المعايير الصارمة والنقد المفرط (السيطرة)	9	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
المجموع : (المخططات شكل الفرد)				266

يتضح من خلال قراءة الجدول للحالة الثالثة تبين أن الحالة تحصلت على درجة التي تمثل من (25-30) للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية (الفشل ، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، النقص والفشل، الحذر / التجاوز) في المرتبة الأولى، وهذا ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة أساسية في تنظيم شخصية ثم تليها المخططات التالية (الحرمان العاطفي، الخضوع في المرتبة الثانية بدرجة استجابة مقدرة ما بين (20-24) بمعنى أن المخططات تلعب دور مهم في تنظيم شخصية الحالة. ثم تليها درجة الاستجابة ما بين (15-19)، والتي تضم المخططات الفرعية (الخوف من المرض والخطر/القابلية للإنحراج، والتبعية/ عدم الكفاءة، الذوبان / الشخصية الضامرة) في المرتبة الثالثة والتي تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. وبعدها تأتي درجة استجابة ما بين (10-14) في المرتبة الرابعة، والتي تضم المخططات الفرعية التالية (التخلي وعدم الاستقرار، تحكم ذاتي، الانعزال الاجتماعي، حقوق شخصية مبالغ فيها / متطلبات عالية)، والتي تؤثر على الحالة في بعض الظروف. وفي الأخير تأتي درجة استجابة ما بين (9-10)، والتي تضم المخططين (التضحية/ المعايير الصارمة والنقد المفرط / السيطرة). أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول بدرجة (97 درجة)، وتأتي مخططاته كالتالي (النقص والخل 25%، الحذر/التجاوز 25%، الحرمان العاطفي 24%، التخلي وعدم الاستقرار 12%، الانعزال الاجتماعي 11%). ثم يأتي المجال الثاني بدرجة (77 درجة)، وتأتي مخططاته الفرعية كالتالي (الفشل 27%، الخوف من طرف والخطر/القابلية للإنحراج 18%، التبعية /عدم الكفاءة 17%، الذوبان / الشخصية الضامرة 15%). ثم يليه المجال الخامس بدرجة (35 درجة)، الذي يضم المخططات (التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات 26%، والمعايير الصارمة والنقد المفرط /السيطرة 9%). ثم المجال الرابع بدرجة (34 درجة) بمخططاته الفرعية (الخضوع 24%، التضحية 10%). وبعدها يأتي المجال الثالث في المرتبة الأخيرة بدرجة (23 درجة) بمخططاته الفرعية (تحكم ذاتي 12%، حقوق شخصية مبالغ فيها متطلبات عالية 11%). وفي الأخير نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على الفرد، فنجد الدرجة (266%) التي تنحصر ما بين (225-299)، ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تمثل مشكلة بالنسبة للحالة.

• تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لـ "جيفري-يونغ" المرتبطة بالحالة الثالثة :

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لـ "جيفري يونغ" المطبق على الحالة التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف لموجهة التي أجريت معها على أن مخطط الفشل هي الفئة المسيطرة في عبارتها و التي تليها التحكم الانفعالي في الانفعالات في الدرجة الثانية والنقص والخجل، الحذر/ التجاوز. التي أظهرت أنها ترى نفسها عاجزة، وأقل مكانة من الآخرين، فهي تضم كل ما هو سلبي وتستصغر كل ما هو إيجابي. بحيث أنها تقوم بكبح انفعالاتها، بحيث أنها تجتنب عدم استحسان الآخرين وأنها ناقصة وكلها عيوب، وأن مظهرها غير لائق. بحيث أنها فقدت الثقة في نفسها وأصبحت تشعر أنها ناقصة غير كفؤة مثل الآخرين وهذا ما صرحته الحالة في قولها :

Zegigh heznagh ttwaligh duniti-w ttaberkant ur yelli wacu yelhan , ayen hemlagh akk zik yughal rzag felli , d'imetti kan idettafegh d amwanes , zik ligh am tin yes3an 20 nsna ttalusugh ayen vghighe tthewisagh na tura wali ؟

بمعنى أن الحالة كانت شخص نشط و مستمتع بالحياة، لكن الآن قد تغير كل شيء فهي تعبر على أنها فاقدة للثقة في نفسها وأنها أصبحت تعيسة . فقد طغت عليها مشاعر التوتر ، و تجنب السعادة و متعة الحياة و أصبحت تميل إلى التشاؤم. فقد أصبحت شخص شخص مليء بالمشاعر السلبية فحسب تصريح زوجة ابنها فهي تجنب الناس حولها لكي لا يرونها كشخص يحتاج للمساعدة وشخص مسكين.

1-4- تقديم الحالة الرابعة :

الحالة "محمد" يبلغ ن العمر 50 سنة، متزوج منذ 5 سنوات يتيم الأبوين، أب لبننت، موظف في مطعم غسيل الأواني (شركة Isis) لديه 8 أخوات (3 ذكور (1متوفي) 5 إناث (2متوفيات)، بحيث يحتل المرتبة الثانية بين الإخوة ينحدر من ولاية "تيزي وزو" يعيش مع عائلته الصغيرة المكونة من (03) أفراد والحالة "محمد" ذو مستوى تعليمي متوسط جاز على شهادة في المطبخ ذو مستوى اقتصادي متوسط يعاني من مرض عضوي يسمى بالأورام السرطانية والحالة "محمد" شخص مبتسم وضحوك، سريع الفهم، شخص متعلق بابنته الكبرى وقد كان التواصل. قد كان التواصل معه صعب بسبب عدم قدرته على الكلام في بعض الأحيان. لكنه رغم ذلك قد قبل مباشرة وبدون أي تردد وخوف عن الإجابة على أسئلتنا. بحيث خضع الحالة "محمد" إلى عملية جراحية في 2013 ، بسبب أورام سرطانية أين أستخدم في المركز الاستشفائي الجامعي "تدير محمد" تيزي وزو. وفي 28 نوفمبر 2024 أستخدم في "شرشال" لنفس السبب. وفي جانفي 2025 تعرض الحالة إلى صدمة (سكتة) دماغية مباشرة بعد خروجه

من غرفة العمليات و هذا ما أدى إلى الشلل النصفي (سكتة دماغية من نوع النزيفية accident vasculaire hemorragique)

• نوع الشلل النصفي :

شلل نصفي في الجهة اليمنى (اليدين، نصف الوجه، نصف الرقبة، الرجل اليمنى)

• عرض المقابلات مع الحالة الرابعة:

جدول رقم(25) : يوضح مقابلات الحالة الرابعة

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	2025-04-14	30 دقيقة	جمع البيانات الأولية على الحالة
الثانية	2025-04-15	30 دقيقة	إجراء المقابلة استنادا للدليل + تطبيق مقياس صورة الجسد
الثالثة	2025-04-16	30 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

• عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الرابعة :

يعاني الحالة "محمد" من الشلل النصفي منذ 05 أشهر و من خلال تحليل المقابلة مع الحالة ظهر أنه يعاني حالة مزاجية و نفسية متقلبة و ذلك يتبين عندما قال:

"Ughala refugh rapide te3gidhagh sur des choses banales surtout après mais.

بمعنى أنه يغضب بسهولة ، يصرخ على الأشياء البسيطة خاصة عند مرضي أي أنه كل شيء تغير لديه وأصبح شخص شخص آخر، قلبي أنت شخص معاق هل هو جيد ؟ لكن الحمد لله رغم كل شيء مازال واثق. مما يعني أن عائلته دعمته كما يقولون من لديه في الجبل لا يخاف، خاصة أخته دعمته كثيرا بمعنى أنه عندما يخرج من المستشفى، سيرجع إلى عمله، وإنشاء الله سأتعافى وسأقف على رجلي.

بمعنى أنه لا يوجد أي شيء يفرح، لكن هناك ابنته التي يحبها، هي التي ترجع له الأمل في الحياة، لكن في بعض الأحيان عندما يتذكر منزله الفارغ في فترة قصيرة. ومن هذا التصريح يظهر مزيج من القلق الغضب والضحك المفرط بسبب حالته الحالية. فهو يواجه تعقيدات المشاعر والمعاناة من صراع داخلي مع الوضع الجديد أين صرح في قوله :

« kullech ivedel ghuri ughalagh Une autre personne, iniyid kem handicape yelha ?? , mais hamdoulah malgre tout mazal ttamnegh s yiman-iw,et je fait très attension a moi et je ne suis accépté ma situation actuelle

وهذا يشير إلى تحويل عميق في هوية الحالة، ما ينتج غالبا من الصدمة الدماغية، وأنه يعاني من آلام مزمنة، ومن الضربات في الكلام، والتواصل والحركة، وأن قبول وضعه الحالي والثقة بالنفس أمر ضروري

لمواجهة التحديات التي يطرحها الشلل النصفي. فحسب تصريحات "محمد" في المقابلة العيادية، فلا توجد أي مشاكل عائلية، سواء من الإخوة والأخوات قبل وبعد إصابته بالشلل النصفي. ويقول أن علاقته معهم كانت جيدة، وأنه تلقى دعم كبير من قبل زوجته أين تكلفت برعايته في فترة استشفائه أين صرح.

" hamdullilah tawachultiw vedden akk yidi , amek qaren win yes3an deg udrar yettagad ara azaghar , surtout zetma yellan a alger themmel-iyi atas ; tezga tseasayed felli , d'ailleurs ula les médicaments iw nettat iyidittaghen "

وهذا يعبر عن امتنان عميق وشعور بالراحة تجاه الدعم الأسري، خاصة دعم الأخت ووجودها الدائم الذي يرمز إلى الدعم العاطفي والجسدي الثابت، فهي كحليف مخلص في أوقات الفرح والصعاب، فهذا بمثابة اعتراف أن الدعم نعمة، وأن ذلك قد أثر بشكل إيجابي على رفاة الحالة "محمد" ومرونته، فقد لاحظنا عند الحالة نوعا من الفرح والابتهاج والابتسامة العريضة عند تحدثه عن عائلته. وهذا ما كون لديه نظرة متفائلة للمستقبل، بحيث أكد لنا في كلامه

Asma afghegh syagi adughalagh ar tesirt inu n ma3na syen as ttidejagh I tmettut-iw attetselhu nek ad ruhegh r alger r wetma ad khedmegh yides dina et ad inigh inshalah ad ughalagh ad hlugh ad beddegh ghef idaren-iw

مما يدل على صراع مع تحد صحي خطير (الشلل النصفي) يدمج بين الإقرار بالواقع والتصميم على التعافي والإيمان، واستعادة الوظائف الحركية والاستقلالية، والمشاركة مرة أخرى في المجتمع. ومن بين الطرق التي يستعملها الحالة " محمد " في مواجهة ضغوطات فترته المرضية هي ابنته الصغيرة التي سماها على أخته المتوفية، فغالبا ما تذكره بها، ويراهما من خلالها. ومن ناحية أخرى يفقد شغفه في الحياة بسبب فقدانه لإخوته ووالديه، ويظهر ذلك في قوله

« ulac acu isefrahen (avec sourire) mais par contre tella yelli hemlegh asiswlegh nettat iyi taran asirem i dunit, d wakken ad qevlegh imani-iw , surtout imi semagh af yissem n wetma attyarhem rebbi, mais des fois ma ad mektigh akham nagh yekhlani di dqiqa heznagh atas , tirzig dunit ger wallen-iw, vava yemmut en 2000, apres d gma 2001, terna yemma en 2005, tanegarut tkemmel wetma apres 2 mois »

مما يعني أن الحال يمر بفترة حداد صعبة رغم مرور أعوام عليها. فالفرح الذي تجلبه له ابنته هو تناقض مؤثر مع الحزن العميق الناجم عن فقدان أخته، وهو مزيج معقد من الفرح والحزن، فيظل الجرح عميقا، مما يدل أن الحالة محمد لم ينس تلك اللحظة، لأن أبوه مات بين يديه، وذلك لأنه يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، فهو يخاف من الأماكن والمواقف التي تذكره بالصدمة، فهو من رهاب المقابر والموت، ويعاني من مشاعر الحزن والاشتياق، وعدم القدرة على القبول الخسارة

• عرض نتائج مقياس الجسد للحالة الرابعة :

• جدول رقم (26) : يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الرابعة

الأبعاد	العنوان	مجموع البند	المجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	إيجابي سلبي	39	67	إيجابية
		18 21			
2	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	إيجابي سلبي	28		
		4 24			

نلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (26) في استجابات "محمد" على مقياس صورة الجسم أعلاه، تحصل على أكبر مجموعة فيما يتعلق بأبعاد المقياس يعود إلى العبارات السلبية بحيث تحصل على (50 درجة)، ثم يليه البعد الذي يقيس المنظور الاجتماعي حيث تحصل الحالة على (24 درجة) في العبارات السلبية، وبعده يليه بعد العبارات الإيجابية أين تحصل على (21 درجة)، ودرجة 4 في المنظور الاجتماعي في عباراته الإيجابية، أما فيما يخص المنظور النفسي للفرد قد تحصل الحالة على (21 درجة) في العبارات السلبية، و (18 درجة) في العبارات الإيجابية. أما فيما يخص مجموع البند، إدراك الفرد لجسده (39 درجة)، ثم يليه مجموع بند إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين، كالأصدقاء والزملاء، بدرجة (28 درجة)، أما البعدين السلبي والإيجابي فقد تحصل الحالة على مجموع (71 درجة) ليكون المجموع العام (138)، وهذه الدرجة تعبر عن المستوى المرتفع من نظرتها المشوهة نحو جسمها.

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الرابعة :

جدول رقم (27) : يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الرابعة

المجال	البند (المخططات)	درجة كل مخطط	مستوى تأشير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال والرفض	التخلي و عدم الاستقرار	5	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	124
	الحذر / التجاوز	9	يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	1	أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	النقص و الخجل	2	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	الانعزال الاجتماعي	6	يلعب دور هام في حياة الفرد	
نقص الاستقلالية	التبعية / عدم الكفاءة	14	المخطط يؤثر في بعض الظروف	74
	الخوف من المرض و الخطر (القابلية الاندماجية)	3	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	

والإنجاز	الذوبان / الشخصية الضامرة	13	المخطط يؤثر في بعض الظروف
	الفشل	4	أساسي في تنظيم شخصية الفرد
نقص معرفة الحدود	حقوق شخصية مبالغ فيها (متطلبات عالية)	12	المخطط يؤثر في بعض الظروف
	تحكم ذاتي	11	يمثل مشكل بالنسبة للفرد
التوجه نحو الآخرين	الخضوع	7	المخطط يمثل دور هام في حياة الفرد
	التضحية	15	المخطط يؤثر في بعض الظروف
اليقظة والكف	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات	10	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد
	المعايير الصارمة والنقد المفرط (السيطرة)	8	المخطط يمثل دور هام في حياة الفرد
المجموع : (المخططات ككل الفرد)			
294			

يتضح من خلال قراءة الجدول للحالة يتبين أن الحالة تحصلت على الدرجة التي تمثل من (25-30) للمخططات المعرفة المبكرة الغير المتكيفة (الحرمان العاطفي، النقص والخجل، الخوف من المرض أو الخطر، الفشل) وهذا ما يعني أن هذا المخطط المعرفي غير المكيف أساسي في تنظيم شخصية الحالة في المرتبة الأولى. ثم تليه المخططات التالية: (الانعزال الاجتماعي، الخضوع، المعايير الصارفة والنقد المفرط، الحذر أو التجاوز) في المرتبة الثانية، بدرجة استجابة مقدرة ما بين (20-24) بمعنى أن المخطط يلعب دور هام في حياة الحالة. ثم تليها درجة الاستجابة ما بين (15-19) للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة التالية (التحكم الانفعالي، التحكم الذاتي، حقوق الشخصية المبالغ فيها، الذوبان والشخصية أو الشخصية الضامرة، التبعية أو عدم الكفاءة) في المرتبة الثالثة، وهي المخططات التي تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. ثم تأتي درجة الاستجابة ما بين (10-14) لمخطط التضحية في المرتبة الأخيرة، الذي له تأثير في بعض الظروف. أما فيما يخص قراءة الجداول على حساب المجالات الخمسة للمخططات الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول بدرجة (124 درجة) الذي ينحصر في الدرجة (75-149)، وتأتي مخططاته كالأتي (الحرمان العاطفي 30% ، النقص والخجل 30%، التخلي وعدم الاستقرار 23%، الانعزال الاجتماعي 22%، الحذر أو التجاوز 19%) مما يعني أن المخطط لا يؤثر على الفرد (نقص الاستقلالية و الإنجاز)، ثم يأتي المجال الثاني بدرجة (74 درجة). وتأتي مخططاته الفرعية كالأتي (الفشل 25%، الخوف من المرض والخطر 25%، الذوبان أو الشخصية الضامرة 13%، والتبعية، عدم الكفاءة 11%). ثم يأتي المجال الخامس بدرجة (36%)، والذي يضم المخططات الفرعية (المعايير الصارمة والنقد المفرط / السيطرة 21%، التحكم الانفعالي المفرط في

الانفعالات (التوجه نحو الآخرين) 15%. ثم المجال الرابع بدرجة (31%) الذي يضم المخططات غير المتكيفة (الخضوع 21% ، 10%)، وبعدها المجال الثالث بدرجة (29%)، الذي يضم المخططات الغير المكيفة التالية (التحكم الذاتي 15% ، حقوق شخصية مبالغ فيها / متطلبات عالية 14%) وفي الأخير نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة ككل على الفرد، فنجد الدرجة (294%) التي تنحصر ما بين المجال (75-149) ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لا تؤثر على الحالة .

- تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة المرتبطة بالحالة الرابعة :

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لـ "جيفري يونغ" المطبق على الحالة الخامسة التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف الموجهة التي أجريت معها، على أن مخطط النقص والخجل هي الفئات المسيطرة، والتي أظهرت سلسلة من فقدان المؤلم، بما فيها الوالدين والإخوة ففي هذه الحالة يشعر الحالة بأنه محروم عاطفياً، ولم يحصل على الحب والرعاية التي يحتاجها، وأنه غير كاف، أي أقل من الآخرين، والخجل من نفسه أو من الآخرين فهو قد فقد الشفق في الحياة، أين صرح الحالة:

Ma ad mekthoigh axxam na yexlan di dqiqha heznagh attas ttirzig dunitiw ger walniw , vava yemmut en 2000 apres gma en 2001 tena yenna en 2005 , tangarut tkemel weltma apres 2 mois .

بمعنى أنه يحزن عندما يتذكر أن منزله أصبح خاليا فجأة و أن الحياة لا معنى لها ن ما بين أن الحالة يمر بفترة حداد صعبة ما نسميه باضطراب ما بعد الصدمة. وهنا يعتبر يونغ أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تتشكل في مرحلة الطفولة من خلال التفاعل مع البيئة والأفراد الذين نشأوا معهم، أي نقص في إشباع هذه الحاجيات كنقص الاستقرار والحب والنقمة يؤدي إلى الشعور بالحرمان العاطفي، وهذا ما يؤدي إلى تشكل مخطط النقص العاطفي أو التخلي.

1-5-تقديم الحالة الخامسة:

الحالة " أعر " يبلغ من العمر 59 سنة، متزوج منذ 16 سنة، أب لـ 5 بنات، يتم الأبوين، لديه 6 إخوة، (3 ذكور، 2 بنات)، يحتل المرتبة الثانية بين الإخوة، يعمل كمحاسب، (مشرف محاسبة)، ينحدر من ضواحي تيزي وزو، ذات مستوى تعليم ثانوي سنة ثالثة، تحصل على شهادة TSU في مجال تسير واقتصاد منذ 1996، ذات مستوى اقتصادي جيد. يعيش مع عائلته الصغيرة المتكونة من الزوجة والأبناء، يعاني من أعراض عضوية عدة مرض القلب (cardio)، والسكري(diabète)، والمرارة (la

(vésicule biliaire)، والقرحة المعدية (l'ulcère a l'estomac). والحالة "أعمر" شخص متقائل وسريع الفهم، شخص متعلق بعائلته، وقد كان التواصل معه سهلاً. قبل مباشرة العمل معنا بدون أي تردد وخوف من أسئلتنا، إلا أنه في بعض الأوقات هناك هروب من الإجابة على بعض الأسئلة، بحيث استشفى عدة مرات الأولى في 2005 بسبب مرض القلب، والثانية بسبب السكري. والثالث بسبب قرحة المعدية، أي استشفى 4 أيام في المستشفى، وفي 2021 استشفى مرة أخرى بسبب تعرضه لسكتة دماغية نزيفية من نوع (accident vasculaire cérébral hémorragique)، وهذا سبب له شلل النصف في الجهل اليسرى من الجسم (اليد نصف الرقبة اليسرى، الرجل الأيسر)، مما أدى إلى نقص في النظر بعينه اليسرى.

• نوع الشلل النصفي، الجهة اليمنى.

• عرض المقابلة مع الحالة السادسة:

جدول رقم (28) يوضح مقابلات الحالة الخامسة.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	13/03/2025	30 دقيقة	جمع البيانات الشخصية حول الحالة
الثانية	16/03/2025	45 دقيقة	إجراء مقابلة اعتماداً على الدليل وتطبيق مقياس صورة الجسم
الثالثة	18/03/2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

• عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الخامسة:

يعاني الحال "أعمر" من عدة أمراض عضوية كمرض القلب، السكري، المرارة، و قرحة المعدية، و حسب تصريح الأخصائية النفسانية المتكفلة بالحالة يعاني من اضطرابات نفسية كالقلق، اضطرابات معرفية. وقد تعرض لحال أعمار إلا السكتة الدماغية نزيفية، وهذا ما سبب له شلل نصفي في الجهة اليسرى. ومن خلال تحليل المقابلة مع الحال ظهر أنه يعاني من حالة المزاجية ونفسية مضطربة، لا يأكل، لا ينام

بشكل جيد، كثير الحركة. ويلامس رجله ورأسه بكثرة، ويدور رأسه في كل الاتجاهات، ويضحك لأتفه الأشياء، ونجد لديه ملامح الحزن والاكتئاب. ولكن يبدو لديه نوع من الثقة على أنه سوف يشفى من مرضه، حيث يظهر عليه نوع من التفاؤل، بالرغم لديه عدة أمراض مزمنة، بحيث صرح في قوله :

« Je fait face a toute, ulac acu igevdlen, just ur zmiregh ara adelhugh am zik je suis nerveau , ughalagh je m'en fous des autre , ayen idifka rebbi ulac tarwla segs, ayen af acu ttugadagh hala af warraw-iw daya »

بمعنى أن الحالة يتمتع بالصلابة النفسية والثقة بالنفس لمواجهة كل التحديات، ولكن هناك فقط بالنسبة له أنه لا يستطيع الحركة كما من قبل، وأصبح عصبي ولا يبالي بأحد وتقبل أمر الواقع، وأنه قضاء وقدر، ولا مفر منه، وهذا التصريح يشيد، إلا أن المقاربة المستمرة مع الآخرين، و هذا يدل على الهروب من الواقع المؤلم، فيبدو من خلال ملاحظتنا أنه متشائم من حالته و لديه نوع من القلق والاكتئاب من وضعية الجسمية، حيث أصبح عصبي بشكل مفرط، حيث نجده دائما يتهرب من الأسئلة التي تتمحور حول صورة الجسم من خلال الضحك واللامبالاة، وهذا يعكس ما يقوله من خلال ملامح وجهه، حيث صرح في قوله :

Akken ligh adqavlagh imaniw ansver ayen idfka rebbi , faut s'habituer à m'occuper de moi-même malgré que tout est change , je suis devenu une autre personne j'ai peur de perdre mes enfants par ce que d nutni i d dunith-iw

بمعنى أن الحالة لديه الشجاعة على مواجهة التحديات أو العراقيل، على الرغم من تواجد المرض، ولا بد من الاعتياد على هذا الوضع، وتقبل حالته وبالرغم من التغيرات التي حدثت في حياته، حيث أصبح عصبي والخوف من فقدان أولاده. ومن خلال ملاحظتنا أن الحالة يعاني من صراعات داخلية نفسية، والرغبة في التكيف مع الوضع الجديد، والحفاظ على علاقاته، الذي يدل على أهمية العلاقات لديه، وكما لديه صلابه نفسية على تخطي المرض من أجل أولاده في قوله :

« Il faut adapte a cette situation af lidjalt n mes enfant »

بمعنى أنه يحاول تحسين من وضعيته من أجل أولاده، وإعطاء أمل له. هذه العبارات توضع القوة الداخلية والتكيف والمرونة النفسية في مواجهة حالته. وحسب تصريح الحالة "أعمر" في المقابلة العيادية، لديه علاقات جيدة من كل الجوانب العلائقية من الناحية الأصدقاء والعائلة في قوله :

« J'ai ma famille et mes amis avec moi toujours tasend ghuri att3awanen-iyi »

بمعنى أنه لديه عائلة وأصدقاء معه يساعدونه على مواجهة التحديات، وهذا ما يساعده على تحسين نوعية حياته والتمسك بالشفاء، وكما عاش حياته بشكل جيد، ليس لديه أي عراقيل علاقيه، حيث نجده دائما في الأسئلة التي تتمحور حول العلاقات، تظهر عليه ملامح الأمل والسعادة. وهذا يدل على أنه لديه مساندة جيدة، وكما صرح الحالة "أمر" على أنه لديه نظرة تفاؤلية حول مستقبله، أين أكد ذلك في قوله :

« Essential adefghegh seg hospital adughalagh ar la vie quotidienne malgre il y'a beaucoup de changement mais il fout s'adapter et aussi adqimagh avec mes enfants qui me rend heureux »

بمعنى أن الحالة المهم لديه الخروج من المستشفى والعودة إلى حياته الطبيعية، برغم من تواجد عدة عراقيل و تغيرات، ولكن لا بد من التأقلم مع الحالة ورؤية أولاده معه كونهم الذين يسعدونه. يدل على أن الحال لديه أمل في الشفاء، ولكن في بعض الأحيان يتغلب عليهم مشاعر الحزن على ما آل إليه.

جدول رقم (29) يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الخامسة.

الأبعاد	العنوان	مجموع البند		مجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	ايجابي	سلبي	34	65	سلبية
		13	21			
2	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	ايجابي	سلبي	31		
		8	23			

- عرض نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الخامسة

نلاحظ من خلال قراءة الجدول رقم (29) في استجابات "أمر" على مقياس صورة الجسم أعلاه تحصل على اكبر مجموع فيما يخص أما فيما يخص المنظور الاجتماعي فقد فحصل الحالة على (23 درجة) في العبارات السلبية، و (8 درجة) في العبارات الإيجابية. أما فيما يخص البعد الذي يقيس المنظور النفسي فقد تحصل الحالة على (21 درجة) في العبارات السلبية، (13 درجة) في العبارات الإيجابية،

بحيث تحصلت الحالة "سعيد" على درجة (34 درجة)، في كيفية إدراكه لجسده، بليه بعد إدراكه لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء، بدرجة 31 درجة، أما فيما يخص البعد السلبي والإيجابي فقط تحصل على 43 درجة ليكون مجموع العام 65، وهذه الدرجة أدنى من 67، مما يدل على أن الحالة يحمل صورة جسدية لديه سلبية.

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الخامسة :

جدول رقم (30) يبين نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة الخامسة

المجال	البنود المخططات	رقم	مستوى تأثير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال و الترك	التخفي وعدم الاستقرار	28	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	130
	الحذر / التجاوز	26	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	الحرمان العاطفي	30	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	النقص و الخجل	24	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
	الانعزال الاجتماعي	22	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
نقص الاستقلالية	مخططات التعبئة عدم الكفاءة	20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	90
	الخوف من المرض و الخطر الانجراح	26	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	
	مخططات الذوبان , شخصية ضامرة	23	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
	مخطط الفشل	21	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	
نقص المعرفة الحقوق	حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية	16	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	35
	التحكم الذاتي	19	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
توجه نحو الآخرين	الخضوع	28	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	35
	التضحية	7	المخطط لا يؤثر على الفرد	
اليقظة و الكف	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات	20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	37
	المعايير الصارمة والنقد المفرط	17	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
327	المجموع الكلي للمجالات			

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الخامسة

يتضح من خلال جدول الحالة الخامسة يبين أن الحالة تحصل على الدرجة التي تتمثل من -20 [24] للمخططات الغير المتكيفة التالية (النقص والخجل انعزال اجتماعي، مخططات التعبئة، عدم الكفاءة، مخططات الذوبان شخصية ضامرة مخطط الفشل التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات)، هذا ما يعنى أن المخططات المعرفية الغير متكيفة هي مخطط يلعب دور هام في حياة الفرد في المرتبة الأولى بمعنى أن المخطط الغير التكيفي مخطط يلعب دور هام في حياة الحالة ثم يليه المخططات التالية (التخلي وعدم الاستقرار، الحذر/ التجاوز، الحرمان العاطفي الخوف من المرض وخطر الانجراح، الخضوع) في المرتبة الثانية بدرجة الاستجابة تقدر بين [25-30] بمعنى أن المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد وفي المرتبة الثالثة نجد المخططات الغير المتكيفة التالية (حقوق شخصية مبالغ فيها، معطيات عالية، التحكم الذاتي، معايير صارمة والنقد المفرط) التي تقدر ب [15-19] بمعنى أن المخططات المعرفية غير المتكيفة هي مخطط يمثل مشكل بالنسبة للحالة و في المرتبة الرابعة نجد المخطط (التضحية بالذات) التي تقدر ب 75 وهي مخطط لا يؤثر على الفرد وفي الأخير لا يوجد أي مخطط له درجة استجابة ما بين [15-19] المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد.

أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال الانفصال والترك بدرجة 130 درجة التي تنحصر في درجة (75-149)، وتأتي مخططاته كالتالي الحرمان العاطفي 30%، التخلي وعدم الاستقرار 28%، الحذر تجاوز 26%، النقص والخجل 24%، الانعزال الاجتماعي 22%. ويأتي المجال الثاني نقص الاستقلالية بدرجة 90 درجة، وتأتي مخططاته كالتالي (الخوف من المرض، وخطر الانجراح 26%، مخططات الذوبان شخصية ضامرة 23% مخطط الفشل 21%). ويأتي المجال الثالث اليقظة هو الكف بدرجة (37 درجة) وتأتي مخططاته كالتالي (التحكم بالانفعالي المفرط في الانفعالات 20% و معايير صارمة و النقد المفرط ب17%. ويأتي المجال الرابع نقص المعرفة الحدود بدرجة 35 درجة، وتأتي مخططاته كالتالي حقوق شخصية مبالغ فيها معطيات عالية 16%، تحكم ذاتي 19%، ويأتي المجال الخامس. توجه نحو الآخرين بدرجة 35 درجة، وتأتي مخططاته كالتالي الخضوع 28%، التضحية بذات 7%. وفي الأخير نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة ككل على الفرد، فنجد الدرجات

327% التي تنحصر في المجال [300-374]، بمعنى أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تلعب دورها في حياة الحالة.

• تحليل نتائج مقياس مخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المرتبطة بالحالة الخامسة:

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس مخططات المعرفية المبكرة، غير متكيفة، لـ "جيفري يونغ" المطبقة على الحالة التي تثبت تحليل محتوى المقابل العيادية، نصف المواجهة التي أجريت على أن النقص، الخجل الانعزال الاجتماعي، مخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، مخطط التعبئة، عدم كفاءة مخططات الذوبان شخصية ضامرة التي أظهرت أعراض سلبية المتمثلة في عدم الثقة بالنفس، حيث أنه منعزل عن المجتمع بسبب حالته الجسمية، حيث أنه يتحرك بشكل مفرط و يلامس نفسه، وإدارة رأسه عند الأسئلة المتمحورة حول حالته وأنه غير قادر على تلبية متطلباته اليومية دون مساعدة زوجته، وكما أنه عاجز. وأقل تقدير من الآخرين، أين صرح في قوله :

« Ayen difka rebbi aslama-as »

بمعنى أنه متقبل حالته التي آل إليها، ولا يستطيع تغيير الأمر الواقع، وأنه قضاء الله وقدره. وهذا يعبر عن موقف ايجابي من المريض تجاه مرضه، ويدل على قدرته على التكيف النفسي والتعامل مع الصعاب. فهذا سيساعده في تحسين صحته النفسية وجودة حياته.

1-6- تقديم الحالة السادسة:

الحالة "يوسف" يبلغ من العمر 56 سنة عازب، يتيم الأب لديه 6 أخوة (4 ذكور، 3 إناث) يحتل المرتبة المتوسطة بين الإخوة، يعمل كناقل بضائع ينحدر من تيزي وزو وضواحيها ذات مستوى اقتصادي متوسط، ذات مستوى تعليمي ثانوي، يعيش مع عائلة أخيه المكونة من أربعة أفراد، يعاني من أمراض عضوية، مرض القلب، ضغط الدم، والحالة يوسف، شخص متشائم ومكتئب، سريع الفهم، شخص انعزالي عن عائلته والمجتمع، وقد كان التواصل معه صعبا لحساسية وضعيته، لكن رغم ذلك قبل بدون أي تردد وخوف عن الإجابة عن أسئلتنا إلا أنه في بعض الأحيان هناك هروب من الإجابة عن الأسئلة. بحيث خضع الحالة يوسف إلى عملية جراحية منذ عشر سنوات. بسبب ضغط الدم. أين استشفى 3 أشهر في المستشفى، وفي مارس 2025، تعرض الحالة إلى صدمة دماغية، وهذا ما خلف له شلل النصفي.

نوع الشلل النصفي: الجهة اليسرى.

• عرض المقابلات مع الحالة.

جدول رقم (31) يوضح مقابلات الحالة السادسة:

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	15/04/2025	30 دقيقة	جمع البيانات الشخصية حول الحالة
الثانية	20/04/2025	45 دقيقة	إجراء مقابلة اعتمادا على الدليل وتطبيق مقياس صورة الجسم
الثالثة	21/04/2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

• عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة السادسة:

يعاني الحالة يوسف من عدة أمراض عضوية كمرض القلب، ضغط الدم. بالإضافة إلى ذلك اضطرابات نفسية كالإكتئاب حسب تصريح الأخصائي النفسانية المتكفلة بحالته. وقد تعرض الحالة يوسف إلى سكتة دماغية، وهذا ما خلق له شلل نصفي في الجهة اليسرى منذ 3 أشهر. ومن خلال تحليل المقابلة مع الحالة، اتضح أنه يعاني من حالة نفسية مضطربة لا يأكل، لا ينام ولا يتناول أدويته، ولا يعمل رياضة. كما لديه أفكار مشوهة ونوبات من الهلع. أين صرح

“ayen akeli hemlagh , yughal ur nherwagh ara deg-s mais par contre shisifa amek ughalagh , je me suis pas adapte a ça ”

بمعنى أنه كل ما يحبه أصبح لا يبالي به، كونه عاجزا على القيام به، ويتأسف على ما آل إليه كونه لم يتأقلم مع مرضه، ومن هذا التصريح يشير إلى أن الحالة لديه صراع داخلي بين معاناة الجسدية والنفسية وعدم الرغبة في التكيف مع الوضع الجديد، مما أدى به إلى الإحباط، واللامبالاة في حالته المرضية، والشعور بالعجز و عدم الاستقلالية والخوف من عدم الشفاء، وهذه الأفكار والمشاعر السلبية تعيق شفاؤه، فالصحة النفسية تكمن في الصحة الجسدية. حيث كلاهما يؤثر على الآخر، وأنه يواجه كل التحديات بكل سهولة. لكن ملامح وجهه تبين العكس، حيث صرح في قوله

“je fais face a toute mes obstacle, depuis avant je suis seul ukan adafagh ulach win adyassen ghuri , et je me suis pas accepte ma situation, je suis devenu une autre personne nerveuse anxieuse ”

بمعنى أن الحال تواجه التحديات، ولكنه من ناحية أخرى هو منعزل عن عائلته والمجتمع. بحيث لديه لا يأتي أحد لزيارته، ولم يتقبل حالته المرضية، وأصبح شخصا آخر عصبي وقلق. ومن خلال هذا التصريح يشير إلى أن الحالة لديه صلابة نفسية على مواجهة التحديات التي طرأت عليه، وليس اجتماعي حيث نجده دائما منعزل ويدور رأسه إلى الجهة الأخرى، ويغضب عينيه حين يرى أشخاصا من حوله. الذي أدى به إلى عدم تكوين علاقات في حياته. وحسب تصريحات الحال يوسف في المقابلة العيادية أنه ليس لديه ترابط عائلي حيث أنه عاش حياة مضطربة كونه يشرب الكحول بشكل مفرط، مما سبب في زعزعة علاقته مع الآخرين.

“lukan adafegh ur ttwaligh yiwen hemlagh ad3achagh wehdi ulac win adyini ayen tkhedmed akka”

بمعنى، يود أن يعيش لوحدة دون قيد من أحد. ويشير هذا التصريح إلى وجود صراع داخلي عميق يكمن في الحزن وفقدان الثقة بالنفس، وتقادم مشاعر العزلة. لكن رغم كل ذلك فهو يتمتع. أين أكد في كلامهم

“je vais revenir a mon travail par ce que ulac win izemren atekhdmen am nekk mais des fois je me sens triste ugadagh ur ttughalagh ara am zik”

بمعنى أن الحالة أمله هو العودة إلى عمله، لأن لا يستطيع أحد القيام بعمله، وفي بعض الأحيان ينتابه الحزن والخوف من عدم الرجوع إلى حالته الطبيعية. ومن خلال هذا التصريح، يدل على أن الحالة تعاني من مشاعر الحزن عندما يتذكر حالته الجسدية، ويشعر بالراحة والأمل عندما يتذكر عودته إلى العمل.

• عرض نتائج مقياس صورة الجسد للحالة السادسة:

جدول رقم (32) يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة السادسة

الأبعاد	العنوان	مجموع البنود		مجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	إيجابي	سلبي	25	48	سلبية
		13	12			
2	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	إيجابي	سلبي	23		
		7	16			

نلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم 14 في استجابات يوسف على مقياس صورة الجسد أعلاه. تحصل على أكبر مجموعة فيما يخص، أما فيما يخص التطور الاجتماعي، فقد تحصل على 16 درجة في العبارات السلبية، و 7 درجات في العبارات الإيجابية. أما فيما يخص البعد الذي يقيس المنظور النفسي فقط، حصل الحال على 13 درجة في العبارات الإيجابية و 12 درجة في العبارات السلبية. بحيث حصلت الحالة يوسف على درجة 25 كبغية إدراكية لجسده. يليه بعد إدراكه لجسده من خلال آراء الناس والآخرين، كالأصدقاء والزلاء بدرجة 23، ليكون مجموعه العام 48. تعتبر هذه الدرجة أدنى من 67، مما يدل على أن الحال يحمل صورة لجسده سلبية.

عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة السادسة

جدول رقم (33) يبين مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة السادسة

المجال	البند المخططات	رقم	مستوى تأثير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال و الترك	التخلي و عدم الاستقرار	28	المخطط يلعب دور هام في حيان	130
	الحذر / التجاوز	19	المخطط يمثل للشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	16	المخطط يمثل للشكل بالنسبة للفرد	
	النقص و الخجل	20	المخطط يلعب دور هام في حياة	
	الانعزال الاجتماعي	13	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
نقص الاستقلالية	مخططات التبعية / عدم الكفاءة	15	المخطط يمثل مشكو بالنسبة للفرد	90
	الخوف من المرض و الخطر الإنحراج	18	المخطط يمثل مشكو بالنسبة للفرد	
	مخططات الذوبان شخصية ضامرة	14	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
	مخطط الفشل	21	المخطط يلعب دور هام في حياة	
نقص المعرفة الحدود	حقوق شخصية مبالغ فيها متطلبات عالية	10	المخطط يؤثر في بعض الظروف	35
	تحكم ذاتي	12	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
توجه نحو الآخرين	الخضوع	26	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	35
	التضحية بالذات	10	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
اليقظة و الكف	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات	22	المخطط يمثل مشكو بالنسبة للفرد	37
	المعايير الصارمة والنقد المفرط	12	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
المجموع الكلي				327

يتضح من خلال قراءة الجدول للحالة يوسف بين أن الحال تحصل على الدرجة التي تتمثل من [10-14] للمخططات الغير المتلقية التالية، (الانعزال الاجتماعي، مخططات ذوبان شخصية ضامرة. حقوق شخصية مبالغ فيها، معطيات عالية النضج بالذات، معايير صارمة. والنقد المفرط التحكم الذاتي،) هذا ما

يعني أن المخططات المعرفية غير المتكيفة تؤثر في بعض الظروف، في المرتبة الأولى، بمعنى أن المخطط الغير التكيفي يؤثر في بعض الظروف. ثم يليها المخططات التالية. (الدخل وعدم الاستقرار، النقص و الخجل كمخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات) في المرتبة الثانية بدرجة استجابة مقدرة ما بين [20-24]. بمعنى أن المخطط يلعب دور هام في حياتي الفرد، ثم يليه المخططات التالية (الحذر، التجاوز، مخطط التبعية، عدم الكفاءة، الخوف من المرض، وخطر الإنجراح) في المرتبة الثالثة بدرجة استجابة مقدرة ما بين [15-19]، بمعنى أن المخطط يمثل المشكل بالنسبة للحالة، ثم يليها المخططات التالية (الخضوع) في المرتبة الرابعة بدرجة استجابة مقدرة ما بين [25-30]. بمعنى أن المخطط الأساسي في تنظيم شخصية الحالة. وفي الأخير لا يوجد أي مخطط له درجة استجابة ما بين [5-9] لأنه لا يوجد مخطط لا يؤثر على الحالة. أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال الانفصال والترك بدرجة 96 درجة الذي ينحصر في الدرجة [75-149] وتأتي مخططاته كالتالي (التخفي وعدم الاستقرار) 28%، النقص والخجل 20%، الحذر/ التجاوز 19%، الحرمان العاطفي 16%، الانعزال الاجتماعي، 13%، ويأتي المجال الثاني نقص الاستقلالية بدرجة (68 درجة) وتأتي مخططاته كالتالي. مخطط الفشل 21% الخوف من المرض وخطر الإنجراح 18%، مخططات التعبئة، عدم الكفاءة 15%، مخططات الذوبان شخصية ضامنة 14% ثم يليه المجال الثالث. توجه نحو الآخرين بدرجة 36%، وتأتي مخططات الفرعية كالتالي (الخضوع 26% التضحية بالذات 10%). ثم يليه المجال الرابع اليقظة والكف بدرجة 34%. وتأتي مخططات الفرعية كالتالي (التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات 22%، معايير صارمة، والنقد المفرط 12%). ثم يليه لمجال الخامس نقص المعرفة. 22 درجة، وتأتي مخططاته كالتالي حقوق شخصية مبالغ فيها، معطيات غالبية 10%، تحكم ذاتي، 12%. وفي الأخير، نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية. المبكرة غير متكيفة ككل على الفرد، فنجد الدرجة 256% التي ينحصر ما بين المجال [225 - 299] ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تمثل مشكل بالنسبة للفرد.

• تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المرتبطة بالحالة السابعة:

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، (جيفري يونغ) المطبق على الحالة التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية، نصف الموجهة التي أجريت معه على أن مخطط الانعزال الاجتماعي، مخططات الذوبان شخصية ضامرة، حقوق شخصية، مبالغ فيها، معطيات غالبا

النضج بالذات، معايير صارمة، والنقد المفرط، التحكم الذاتي التي أظهرت أعراض سلبية المتمثلة في المشاكل العائلية المضطربة، حيث الحالة منعزلة في المجتمع حيث أنه يغمض عينيه عند رؤيته أحد وإدارة رأسه، اللامبالاة في الإجابة عن أسئلة تخص العائلة. وكما أنه عاجز على تلبية حاجته اليومية دون مساعدة إخوته؟ أين صرح في قوله

“ayen akk hemlagh yughal unherwagh ara degs mais par contre shisifagh amek ughalagh”

بمعنى أنه كل ما كان يحبه لم يعد لديه أهمية لديه، ويتأسف على حالته التي آل إليها .

1-7- تقديم الحالة السابعة:

الحالة سعيد يبلغ من العمر 56 سنة متزوج، يتيم الأبوين أب ل 3 أولاد، (1 بنت 3 ذكور)، ولديه 8 أخوة (4 ذكور، 4 بنات.) يحتل المرتبة الأولى بين الإخوة، يعمل سباك ومزارع / (plombier fermier) ينحدر من ضواحي "تيزي وزو ذات مستوى اقتصادي متوسط، يعيش مع عائلته ذات مستوى تعليمي متوسط، ليس لديه أي أمراض عضوية، والحالة السعيد شخص متفائل، سريع الفهم، شخص متعلق بعائلته كثيرا، خاصة أولاده، وقد كان التواصل معه سهلا قبل بدون أي تردد على الإجابة على أسئلتنا. في 17-نوفمبر-2024م تعرض لحادث المرور مما سبب له نزيف في رأسه حيث خضع إلى عملية جراحية. وفور خروجه من العملية تعرض لسكتة دماغية وهذا ما أخلف به شلل نصفي حيث استشفى في مستشفى الجامعي "ندير محمد" في مصلحة " بالوا" منذ خمسة أشهر .

2- نوع الشلل النصفي: الجهة اليسرى.

• عرض المقابلة مع الحالة

جدول رقم (34) يوضح مقابلات الحالة السابعة.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الاولى	26/03/2025	30 دقيقة	جمع البيانات الشخصية حول الحالة
الثانية	31/03/2025	45 دقيقة	إجراء مقابلة اعتمادا على الدليل وتطبيق مقياس صورة الجسم
الثالثة	13/04/2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

• عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة السابعة:

يعاني الحال سعيد من اضطرابات نفسية، كالاكتئاب والقلق جراء التحديات التي يواجهها من المرض، حسب تصريح الأخصائية النفسانية المتكفلة بحالته. وقد تعرض الحالة "سعيد" إلى سكة دماغية فور خروجه من العملية الجراحية، وهذا ما أخلف له شلل نصفي في الجهة اليسرى منذ 5 أشهر، ومن خلال تحليل المقابلة مع الحالة، ظهر أنه يعاني من حالة نفسية مضطربة. نبين على ملامحه نوعاً من الحزن والقلق، لا يأكل، لا ينام بشكل جيد، ولديه نوبات البكاء. أين صرح :

"segmi ughalagh akka ughalagh je m'énervé trop , c'est pas facile d'un seul coup attughaled un handicapé, y'a pas le choix il faut s'adapter "

بمعنى أن الحال منذ إصابتها بشلل نصف السكتة الدماغية أصبح عصبياً، حيث بالنسبة له ليس سهلاً في لحظة تكون معاق جسدياً، ولكن ليس لديه. خيار يجب التأقلم مع حالته. وبين من خلال تصريح الحالة أن حالته النفسية مضطربة من خلال حالته التي آل إليها، مما أدى به إلى الإحباط والبكاء بشكل مفرط، حيث تظهر عليهم ملامح الحزن والقلق، أي كان كثير الحركة. وهذا يدل على أنه لم يتقبل حالته المرضية، خاصة في الأسئلة التي تتمحور حول حالته الجسدية، حيث تشعره بالعجز على قيام أعماله دون مساعدة من الآخرين، أي فقدان استقلالية، فهذه الحالة تعيق شفاؤه، حيث صرح

“Je fait face a toute mes situation , segmi iuughalagh akka, il u'a beaucoup du gens itt3awanen amma daki amma deg uxxam , lhemdulilah , mais par contre j'ai peur de perdre mes enfants parce que nedjathen wahdsen mais il faut s'habituer a tel situation malgré que tout est change , je ne peux plus travailler comme avant ”

بمعنى يواجه تحدياته منذ أن أصبح في هذه الحالة، حيث وجد من يساعده في هذه التحديات في المستشفى والبيت، ولكن أخشى أن أفقد أولادي، وعلى الرغم من ذلك يجب التعود على حالته رغم أن هناك تغيرات. من خلال هذا التصريح يشير إلى أن الحال لديها مساندة عدة، مما يساعده على تخطي مرضه والرغبة في التكيف مع مرضه، والحفاظ على العلاقات الهامة في حياته، الذي يدل على أهمية العلاقات في حياته. فعندما قال لا أستطيع مواصلة العمل كما من قبل، فهذه العراقيل الجسدية التي تواجهه أنه واثق من نفسه في قوله "ayyen idifka rebbi aslamas" بمعنى تقبل الأمر الواقع، وقضاء الله وقدره، ويحاول التكيف معه. وهذه العبارات تظهر لصلابته النفسية، وتكيف والمرونة النفسية،

وحسب تصريحات الحال سعيد في المقابلة العيادية أنه لديه علاقات جيدة مع أفراد العائلة والمجتمع، وهذا ما يساعده على تحسين نوعية حياته المرضية، ويولد لديه نوع من الثقة والاستقرار حيث صرح

" nchalah adefghagh seg l'hopital win akel iyi3awnen asaragh lkhir is "s watas loukan maci d nuttni wallah mazemragh adqimagh akk

بمعنى أن الحالة لديه مساندة أسرية جيدة التي تساعده على تخطي العراقيل والتحديات، التي تواجهه في حالته المرضية، حيث يود أن يرد جميلهم بفضلهم أصبح ي ين يتحرك. ومن خلال هذا التصريح لديه أمل عميق في الشفاء ولديه دعم من طرف عائلته مما تقاوم مشاعر الاطمئنان والتفاؤل من وضعيته، ويريد أن يقوي روابطه بشكل أكبر فالحالة لديها نوع من الصمود النفسي وتعزيز الثقة بالنفس من خلال أولاده وعائلته، فالحالة "سعيد"، لديه نظرة أمل حول مستقبلهم، أين أكد ذلك في قوله

“je vais revenir a mon travail , malgré maci am zik mais n smal ankhdem ayen iwalmen essentiel adwaligh mes enfants garzen dans la vie ”

بمعنى أنه سيعود إلى عمله و حياته الطبيعية، رغم هناك تغيرات التي طرأت على حالته الجسدية إذ لم يعد يعمل كما من قبل، ولكن لديه أمل وصلابة نفسية في مواجهة العراقيل، بالنسبة له أولاده هم أهم شيء في حياته.

جدول رقم (35) يبين نتائج مقياس صورة الجسم للحالة

الأبعاد	العنوان	مجموع البند		مجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير		
1	إدراك الفرد لجسده	ايجابي	سلبي	29	55	سلبية		
		12	17					
2	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	ايجابي	سلبي	33				
		9	24					

نلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (35) في استجابات سعيدة على مقياس صورة الجسم أعلاه. تحصل على أكبر مجموعة فيما يخص. أما فيما يخص المنظور الاجتماعي، فقد تحصل الحالة على (24 درجة) في عبارات السلبية، و(9 درجة) في العبارات الإيجابية، أما ما يخص البعد الذي يقيس المنظور النفسي فقط تحصل الحال على (17 درجة) في العبارات السلبية، و(12 درجة)

العبارات الإيجابية، بحيث تحصل الحالة سعيد على (درجة 29) درجة في كيفية إدراكه لجسده، يليه بعد إدراكه لجسده من خلال آراء الناس الآخرين كالأصدقاء والزملاء بدرجة (33 درجة). ليكون المجموع العام (55) تعتبر هذه الدرجة أدنى من 67، مما يدل على أن الحال يحمل صورة جسدية لديه سلبية.

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة السابعة :

جدول رقم (36) يبين مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة للحالة السابعة

المجال	البند المخططات	رقم	مستوى تأثير المخططات على الفرد	درجة كل مجال
مجال الانفصال والترك	التخلي وعدم الاستقرار	14	المخطط يلعب دور هام في حياة	108
	الحذر / التجاوز	28	المخطط يمثل للشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	30	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	النقص و الخجل	19	المخطط يلعب دور هام في حياة	
	الانعزال الاجتماعي	17	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
نقص الاستقلالية	مخططات التبعية / عدم الكفاءة	15	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	78
	الخوف من المرض والخطر الإنجراح	23	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	مخططات الذوبان شخصية ضامرة	14	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
	مخطط الفشل	26	المخطط يلعب دور هام في حياة	
نقص معرفة الحدود	حقوق شخصية مبالغ فيها متطلبات عالية	18	المخطط يؤثر في بعض الظروف	37
	تحكم ذاتي	19	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
التوجه نحو الآخرين	الخضوع	18	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	28
	التضحية بالذات	10	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
اليقظة والكف	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات	29	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	51
	المعايير الصارمة والنقد المفرط	22	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
المجموع الكلي				302

يتضح من خلال جدول الحالة(36) يبين أن الحال تحصل على الدرجة التي تتمثل من 15-19 للمخططات الغير المتكيفة التالية. (النقص والخجل انعزال اجتماعي، مخططات التبعية، عدم الكفاءة،

حقوق شخصية مبالغ فيها، معطيات عالية، تحكم الذاتي، الخضوع)، هذا بمعنى أن المخططات المعرفية الغير متكيفة هي مخطط يمثل مشكل بالنسبة للحالة وفي المرتبة الأولى، بمعنى أن المخطط الغير التكيفي مخطط يمثل مشكل بالنسبة للحالة، ثم يليه المخططات التالية (الحذر، التجاوز، الحرمان العاطفي، مخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرد في الانفعالات). هذا يعني أن المخططات المعرفية غير التكيفية مخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد في المرتبة الثانية بمعنى أن المخطط الغير التكيفي مخطط أساسي في تنظيم شخصية الحالة بدرجة الاستجابة تقدر به [15-30] وفي المرتبة الثالثة تجد مخططات الغير المتكيفة التالية (التخطي وعدم الاستقرار، مخططات الذوبان شخصية الضامرة النضج بالذات) بدرجة الاستجابة تقدر [10-14] بمعنى أن المخططات المعرفية الغير المتكيفة هي مخطط يؤثر في بعض الظروف، بمعنى أن المخطط الغير تكيفي مخطط يؤثر في بعض الظروف، وفي المرتبة الرابعة تجد مخططات الغير المتكيفة التالية (معايير صارمة، والنقد المفرط الخوف من المرض، وخطر الانحراج) بدرجة الاستجابة تقدر [20-24]. وهي المخططات التي تلعب دور هام في حياة الفرد وفي الأخير، لا يوجد أي مخطط له درجة استجابة ما بين [5-9] المخطط لا يؤثر على الفرد، أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال الانفصال والترك بدرجة 130 درجة التي تنحصر في درجة (75-149) وتأتي مخططاته كالتالي الحرمان العاطفي 30%، الحذر تجاوز 28%، نقص الخجل، الحرمان العاطفي 19%، الانعزال الاجتماعي 17%، التخلي وعدم الاستقرار 14%. ويأتي المجال الثاني نقص الاستقلالية بدرجة 78 درجة. التي تنحصر في درجة (75-149) وتأتي مخططاته كالتالي مخطط الفشل 26%، الخوف من المرض وخطر الإنحراج، 23%، مخططات التعب، عدم الكفاءة، 15%، مخططات الذوبان، شخصية ضامرة 14%. ويأتي المجال الثالث النقيطة والكف بدرجة 51 درجة، لا يوجد مجال أين تنحصر هذا المجال، وتأتي مخططاته كالتالي التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات 29%، معيار صارمة والنقد المفرد 22%. ويأتي مجال رابع نقص المعرفة الحدود بدرجة 37 درجة، لا يوجد درجة أين ينحصر هذا المجال، وتأتي مخططاته كالتالي تحكم ذاتي 19%، حقوق شخصية مبالغة فيها معطيات عالية 15% ويأتي المجال الخامس توجه نحو الآخرين بدرجة 28 درجة، لا يوجد درجة أين ينحصر هذا المجال، وتأتي مخططاته كالتالي الخضوع 18%، التضحية بذات 10%. وفي الآخر، سوف نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة غير متكيفة ككل على الفرد، فنجد الدرجة 302% التي تنحصر ما بين مجال 300 و374، ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، تلعب دورها في حياة الحالة.

• تحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المرتبطة بالحالة.

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيف (الجيفري يونغ) المطبقة على الحالة التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية، نصف وجهة التي أجريت معه على أن الحرمان العاطفي، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات. الحذر، التجاوز، مخطط الفشل، التي أظهرت أعراض سلبية المتمثلة في عدم الثقة بالنفس، وكذلك الخوف من عدم الرجوع إلى حالتها الطبيعية، وفقدان عمله. حيث نجده كثير الحركة والبكاء عند الأسئلة المتمحورة حول حالته هو أنه غير قادر على القيام بالتزاماته اليومية دون مساعدة زوجته. وكما أنه كثير التقدير من الآخرين، أين صرح في قوله

‘Segmi je suis malade atas iylan yidi tt3awanen-iyi dagi di l’hôpital nagh deg uxxam ‘

بمعنى أنه هناك من يساعده في هذه الفترة الصعبة، من الناحية المستشفى من الناحية البيت، و هذا يدل على أنه لديه مساندة من طرف الآخرين

1-8- تقديم الحالة الثامنة:

الحالة "ججيجة" تبلغ من العمر 35 سنة، و متزوجة منذ 6 سنوات. يتيمة الأبوين لديها 5 إخوة (3 إناث، 2 ذكور)، تحتل المرتبة السادسة بين الإخوة. تتحدر من الجزائر العاصمة ذات مستوى اقتصادي متوسط ذات مستوى تعليم عالي (ماستر 2) تخصص اللغة العربية ليس لديها أي أمراض عضوية فالحالة "ججيجة"، شخصية متشائمة، وحزينة، ومكتئبة، بطيئة الفهم، شخصية متعلقة بعائلتها كثيرا، خاصة أمها المتوفية. وقد كان التواصل معها صعبا لحساسية وضعها، لكن رغم ذلك، قبلت مباشرة دون أي م تردد الإجابة على أسئلتنا، إلا أنها في بعض الأحيان تنهرب من الإجابة. وفي 22 فيفري 2025، تعرضت الحالة إلى سكة دماغية من نوع (Accident vasculaire cerebral hémorragique) وهذا ما اخلف لها الشلل النصفي.

- نوع الشلل النصفي: الجهة اليسرى.
- عرض المقابلات مع الحالة:

جدول رقم (37) يوضح مقابلات الحالة

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف
الأولى	14/03/2025	30 دقيقة	جمع البيانات الشخصية حول الحالة
الثانية	17/03/2025	45 دقيقة	إجراء مقابلة اعتمادا على الدليل وتطبيق مقياس صورة الجسم
الثالثة	20/03/2025	45 دقيقة	تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

• عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثامنة:

تعاني الحالة "ججيقة" من اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب والحزن، حسب التصريح الأخصائية النفسية المتكافئة بحالتها، وقد تعرضت الحالة "ججيقة" إلى سكتة دماغية نزيفية، وهذا ما اخلف لها شلل النصف في الجهة اليسرى منذ شهرين، ومن خلال تحليل المقابلة مع الحالة ظهر أنها تعاني من الحالة النفسية مضطربة، لا تأكل، لا تنام بشكل جيد، لديها أفكار مشوهة، نوبات من البكاء، أين صرحت :

“Muqel amek yughalagh ur zmiresh ad hemlagh ur zmiresh ad eccagh nagh ad gnagh , ur ckiw adughalagh am zik, muqle iguma adharkegh adar-iw et afus-iw”

بمعنى أنها لا تستطيع وتعجز عن الحركة والأكل ولا تستطيع أن تنام بشكل جيد ولا تتأمل أن ترجع كما كانت من قبل حيث تعجز عن القيام بأعمالها لوحدها. ومن هذا التصريح يشير إلى أن الحال ليس لديها ثقة بالنفس مما أدى إلى الإحباط والبكاء في معظم الأوقات، فهي بمثابة وسيلة لتخفيف عن ألمها. وشعورها بالعجز وهذه المعاناة النفسية تعيق شفاؤها فالصحة النفسية الإيجابية تؤثر بشكل ملحوظ على الاستجابة للعلاج، حيث يظهر عليها نوع من الخذلان، وحزن مفرط، حيث صرحت الحالة :

“Ughalagh ur dechligagh ara deg iman-iw malgré y'a ma famille avec moi mais je n'ai pas accepté ma situation , des fois ur uminagh ara amek ughalagh je suis devenu une autre personne, je m'énerve trop mais par contre ugada f ma famille et mon mari ”

بمعنى أنها لا تبالي بحالتها بالرغم من تواجد عائلتها معها، كما أنها لم تقبل وضعيتها، وفي بعض الأحيان لا تؤمن بأنها عاجزة عن أداء وظائفها وأصبحت شخص آخر. دائما عصبية، قلقا على حالتها،

ومن هذا التصريح يشير إلى أن الحال لديها صراعات داخلية، تحديات الجسدية والنفسية ليس لديها رغبة في التكيف مع حالتها ورغبة في الحفاظ على علاقاتها الاجتماعية، والذي يدل على أهمية العلاقات الأسرية في حياتها، وبالرغم من ذلك يظهر عليها ملامح الحزن والاكتئاب، حيث قالت :

“Toujours tqeliqagh et nerveuse”

بمعنى أنها دائما قلقة وعصبية، وعدم التكيف مع حالتها، وهذه العبارة مظهر ضعف الحالة النفسية وعدم التكيف، ونقص المرونة في مواجهة حالتها. حسب تصريحات الحالة "ججيقة" في المقابلة العيادية أنها تعيش حياة هادئة ومستقرة مع عائلتها وعائلة زوجها. وظهر ذلك في قولها:

“ mes frères, mes sœurs, toute la famille avec moi toujours, ils sont la pour moi même mon mari, d'ailleurs mes frères tt3awanen-iyi aken ad khedmagh le sport mais je suis triste parce que maman elle me manque beaucoup »

بمعنى إخوتها وعائلتها بجانبها وزوجها كذلك، ولم يتخلوا عنها في هذه الظروف، حيث إخوتها يساعدها في القيام بالتمارين الرياضية من أجل تحسين من حالتها. ولكن هناك شيء واحد يجعلها حزينة وهي أمها المتوفية بحيث كشف هذا الكلام عن صراع داخلي يجمع بين الحزن وفقدان شخص عزيز عليها مما تقاوم لديها مشاعر الاكتئاب والإهمال لديها فالحالة "ججيقة"، لديها نظرة متفائلة للمستقبل. أين أكدت في كلامها

“tura attherikagh adar-iw ad ttghimagh alhamdullah nchalah adughalagh aken ligh zik l'essentiel j'ai quelque chose qui me manque vraiment dans ma vie qui me rendre triste »

بمعنى أنها بدأت بتحريك رجلها وتجلس بشكل عادي، وأملها العودة كما كانت من قبل. المهم لديها الخروج من المستشفى، ولكن لديها شيء وحيد الذي يحزنها وفاة أمها ما يدل على أن الحالة تعاني من مشاعر الحزن ولا سيما عندما تتذكر أمها، وتشعر بالتحسن والأمل بسبب دعم عائلتها فالدعم النفسي والاجتماعي لديه دورا مهما في حياة الفرد.

• عرض نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثامنة:

جدول رقم (38): يبين نتائج مقياس صورة الجسد للحالة الثامنة

الأبعاد	العنوان	مجموع البند		مجموع العام	الدرجة الكلية	التفسير
1	إدراك الفرد لجسده	ايجابي	سلبي	31	59	سلبية
		15	16			
2	إدراك الفرد لجسده من خلال آراء الناس والآخرين كالأصدقاء والزملاء	ايجابي	سلبي	28		
		8	20			

نلاحظ من خلال قراءة نتائج الجدول رقم (38) استجابات "ججيجة" على مقياس صورة الجسم أعلاه، تحصلت على أكبر مجموعة فيما يخص المنظور الاجتماعي، فقد حصلت الحالة على 20 درجة في العبارات السلبية، (8 درجة) في العبارات الإيجابية. أما فيما يخص البعد الذي يقيس الم المنظور النفسي فقط، حصلت الحال على (16 درجة) في العبارات السلبية، و (15 درجة) في العبارات الإيجابية. بحيث تحصلت الحالة ججيجة على درجة (31 درجة) في كيفية إدراك الفرد لجسدهم، يليه بعد ذلك إدارات الفرد لجسده من خلال آراء الآخرين كالأصدقاء والزملاء بدرجة (26 درجة)، وهذه الدرجة أدنى من (67) مما يدل على أن الحال تحمل صورة جسدية سلبية

• عرض نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الثامنة:

جدول رقم (39) يبين مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة للحالة الثامنة

المجال	البنود المخططات	رقم	مستوى تأثير المخططات على الفرد	درجة المجال
مجال الانفصال والترك	التخلي وعدم الاستقرار	20	المخطط يلعب دور هام في حياة	119
	الحذر / التجاوز	21	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	الحرمان العاطفي	25	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	
	النقص والخجل	27	المخطط يلعب دور هام في حياة	
	الانعزال الاجتماعي	26	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
نقص الاستقلالية	مخططات التبعية / عدم الكفاءة	28	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	107
	الخوف من المرض و الخطر الإنجراح	30	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	

	مخططات الذوبان شخصية ضامرة	20	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
	مخطط الفشل	29	المخطط يلعب دور هام في حياة	
نقص المعرفة الحدود	حقوق شخصية مبالغ فيها متطلبات عالية	10	المخطط يؤثر في بعض الظروف	18
	تحكم ذاتي	8	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
توجه نحو الآخرين	الخضوع	29	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	34
	التضحية	5	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
اليقظة والكف	التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات	19	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	30
	المعايير الصارمة و النقد المفرط	11	المخطط يؤثر في بعض الظروف	
308	المجموع الكلي			

من خلال جدول نستنتج أن المجال الانفصال والحركة مرتفع بدرجة 119 ودرجة البند أكثر ارتفاعاً، نجد النقص والخجل بدرجة 27، والانعزال الاجتماعي بدرجة 26، يليه بدرجة مرتفعة، مجال نقص الاستقلالية بـ107، والبند أكثر ارتفاعاً نجد الخوف من المرض والخطر الانجراف بدرجة 30، ويليه المخطط الفشل بدرجة 29، ونجد درجة متوسط في مجال توجه نحو الآخرين بدرجة 34، ومجال لليقظة والكف بدرجة 30. ونجد انخفاض في مجال نقص المعرفة الحدود بدرجة 18، أما مستويات تأثير المخطط الواحد على الفرد أو ككل، نجد على الفرد مخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد. أما ككل على الفرد نجد المخططات يلعب دوراً هاماً في حياة الفرد

يتضح من خلال قراءة الجدول للحالة "ججيجة" يبين أن الحالة حصلت على درجة التي تمثل من [25-30] للمخططات الغير المتكيفة التالية الحرمان العاطفي، النقص والخجل، الانعزال الاجتماعي، مخططات التعبئة، عدم الكفاءة الخوف من الأمراض وخطر الانجراف، مخطط الفشل، الخضوع. هذا ما يعني أن المخططات المعرفية غير المتكيفة، أساسي في تنظيم شخصية الحالة في المرتبة الأولى، بمعنى أن المخطط الغير التكيفي مخطط أساسي في تنظيم شخصية الحالة، ثم يليه المخططات التالية (التخلي وعدم الاستقرار، الحذر، التجاوز، مخططات الذوبان الشخصية ضامرة) في المرتبة الثانية بدرجة الاستجابة تقدر ما بين [20-24]، بمعنى أن المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد. ثم تليها درجة الاستجابة ما بين [10-14] المرتبة الثالثة، والذي يضم المخططات الغير المتكيفة التالية (معايير صارمة، والنقد المفرط، حقوق شخصية مبالغ فيها، معطيات عالية. وهي مخططات التي تؤثر في بعض

الظروف، ثم يليها درجة الاستجابة ما بين [5-9] المرتبة الرابعة، والذي يضم مخططات الغير المتكيفة التالية (التضحية بالذات، الحكم الذاتي) وهي مخططات لا تؤثر على الفرد، ثم يليه درجة الاستجابة من بين [15-19] المرتبة الخامسة، والذي يضم مخططات الغير المتكيفة التالية (التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات) وهي مخططات يمثل مشكل بالنسبة للفرد. وفي الأخير، توجد جميع المخططات في هذه الحالة، أما فيما يخص قراءة الجدول على حساب المجالات الخمسة للمخططات الغير المتكيفة، نجد أن أعلى مجال هو المجال الأول (الانفصال والترك) بدرجة 119 درجة الذي ينحصر في الدرجة [75 - 109]، وتأتي مخططاته كالتالي (النقص والخلل 27% الانعزال اجتماعي 26%، الحرمان العاطفي، 25%، الحذر/ الحرمان 21% التخلي وعدم الاستقرار 20%). ثم يأتي المجال الثاني (نقص الاستقلالية) بدرجة 107 درجة، الذي ينحصر في الدرجة [75-149] وتأتي مخططاته كالتالي (الخوف من المرض، وخطر الانجراح 30%، مخطط الفشل 29%، مخططات التعبنة، عدم الكفاءة، 28% مخططات ذوبان شخصية ضامرة، 20%). ثم يأتي المجال الثالث (توجه نحو الآخرين) بدرجة 34% الذي يضم المخططات التالية (الخضوع 29%، التضحية بالذات 5%). ثم يأتي المجال الرابع (اليقظة والكف) بدرجة 30 درجة، الذي يضم المخططات التالية (التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات 19%، معايير صارمة، ونقد المفرط 11%، ثم يأتي المجال الخامس (نقص معرفة الحدود) بدرجة 18 درجة، الذي يضم المخططات التالية (حقوق شخصية، مبالغ فيها، معطيات غالية 10%، تحكم ذاتي 8%)

وفي الأخير، سوف نتطرق إلى مستويات تأثير المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة ككل على الفرد، فنجد درجة 308 التي تنحصر بين المجال [300 - 374] ، ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة تلعب دور هام في حياة الحالة.

• تحليل النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة المرتبطة بالحالة الثامنة:

من خلال قراءة النتائج المتعلقة بمقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة (جيفري يونغ) المطبقة على الحالة التي تثبت تحليل محتوى المقابلة العيادية النصف الموجهة التي أجريت معها، على أن مخطط الخوف من المرض والخطر/ للانجرار، مخطط الفشل، الحرمان العاطفي، مخطط التبعية، عدم الكفاءة، النقص والخلل الانعزال الاجتماعي التي أظهر أعراض سلبية المتمثلة في عدم الثقة بالنفس، فهي في غالب الأحيان منهمة الدموع على حالتها ولديها خوف من عدم الشفاء والرجوع إلى حالتها الطبيعية، ومنعزلة عن الآخرين بسبب حالتها الجسمية، وهذا ما صرحت الحالة:

" ur hemlagh ara ayidwalin lghachi s fauteuil roulan agi"

بمعنى أنها لا تحب أن يراها الناس وهي في كرسي متحرك. وهذا التصريح يعني أنه من الصعب التكيف مع التغيرات الجسدية. فهذه يمكن أن يؤثر سلوكها وعلاقاتها مع الآخرين، والخوف المفرط من الإصابة بالأمراض، وتشعر أنها غير قادرة على تحقيق أهدافها، وأنها غير محبوبة من الآخرين مما يجعلها لا تشعر بالرضا العاطفي. وهذا قد اثر على ثقتها بنفسها وقدرتها على مواجهة التحديات. وهذه المخططات الشائعة لدى الحالة بسبب التحديات الجسدية والنفسية التي تواجهها، والتي يمكن أن تؤثر على الصحة النفسية لديها، مما قد يؤدي إلى الاكتئاب والقلق العزلة الاجتماعية. فلماذا يجب أن نهدف إلى تقليل تنشيط هذه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة في الجانب السلبي، أنها يمكن أن تؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات كالقلق والاكتئاب وصعوبات في العلاقات. فإذا نشطت سلبيا ستجعلها ترى المواقف بطريقة سلبية وغير دقيقة، فكونها نشط لديها مخطط النقص، دليل على ميلها للتركيز على عيوبها وتجاهلت كل نقاط القوة لديها، وهذا ما يؤدي إلى تدني احترامها لذاتها. فلذلك يجب أن يكون الأشخاص على دراية بهذه الأنماط السلبية وأن يتعلموا كيفية تحديدها عند ظهورها.

2- عرض ومناقشة الفرضيات:

- عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

جدول رقم (40) يوضح تصنيف نتائج مقياس صورة الجسد على الحالات.

الحالة	الدرجة	التفسير
الحالة الأولى (01)	59	سلبية
الحالة الثانية (02)	49	سلبية
الحالة الثالثة (03)	67	ايجابية
الحالة الرابعة (04)	65	سلبية
الحالة الخامسة (05)	48	سلبية
الحالة السادسة (06)	59	سلبية
الحالة السابعة (07)	48	سلبية
الحالة الثامنة (08)	55	سلبية

تتص الفرضية على: "الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي سلبية". وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بتطبيق مقياس صورة الجسد على الحالات الثمانية (08)، حيث دلت النتائج أن الحالات الأولى، الثانية، الرابعة، الخامسة، السادسة، السابعة، الثامنة، تحمل صورة جسدية سلبية. وذلك بدرجات متفاوتة. أما فيما يخص الحالة الثالثة فهي تحمل صورة جسدية ايجابية. ومن هنا يمكننا القول بأن الفرضية التي تنص على أن: "الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي سلبية" تحققت، إلا في الحالة الثالثة. وهذا ما يتماشى مع الجانب النظري الذي يفسر بأن المرضى المصابين بالشلل النصفي لديهم صورة جسدية سلبية.

ف نجد أن الصورة الجسدية السلبية لها تأثير نفسي كبير على المرضى المصابين بالشلل النصفي، فهم يشعرون بالخل وعدم الأمان بشأن مظهرهم الجسدي، ما يؤدي بهم إلى تدني احترامهم لذواتهم. ويكونون عرضة لعدة اضطرابات كالقلق والاكتئاب بسبب التغيرات الجسدية، وفقدانهم للاستقلالية، ما يؤدي بهم للانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، لعدم الثقة بمظهرهم الجسدي، وصعوبات التنقل التي يعانون منها. وهذه يجعلهم يجدون صعوبات في التكيف مع تلك التغيرات، مما يؤثر على نوعية حياتهم. كما قد تؤثر

أيضا في العلاقات الشخصية سواء العاطفية أو صداقات مثلما كان الحال لدى الحالة الأولى، الذي تعرض للخيانة من طرف زوجته فور إصابته بالشلل النصفي. فلذلك من المهم تقديم الدعم النفسي لهذه الفئة من الأفراد، وذلك لمساعدتهم على التعامل مع هذه التحديات.

ومن بين الدراسات التي دعمت ذلك، واهتمت بصورة الجسد نجد دراسة "محمد عباش" (2021)، بعنوان: "نوعية السير النفسي وطبيعة الصورة الجسدية لدى المرضى المتقبلين والغير المتقبلين لزراعة الأعضاء (الزراعة الكلوية)". حيث كانت من بين أهداف هذه الدراسة على التعرف على مصير سيروية عملية الزراعة الكلوية، التقبل أو الرفض. وتكونت العينة من (10) راشدين صغار مصابين بالقصور الكلوي المزمن، وتعرضوا إلى عملية الزراعة الكلوية. وقد أشارت النتائج على أن السير النفسي الجيد وطبيعة الصورة الجسدية الايجابية قد خصت الفئة التي تقبلت العضو المزروع، بالمقابل دلت النتائج عن هشاشة السير النفسي مع صورة جسدية سلبية لدى الفئة التي رفضت العضو المزروع.

وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع بعض نتائج الدراسات، كدراسة "شيرين محمود الشباب" و "منار سعيد بني مصطفى" (2024)، التي تهدف إلى التعرف على مستوى أعراض اضطراب صورة الجسد لدى الطلبة الجامعيين ذوي الإعاقة الجسدية. حيث أجريت على عينة دراسة (205) طالب وطالبة من ذوي الإعاقة الجسدية، وتطبيق مقياس صورة الجسد. وقد أسفرت النتائج إلى أن المستوى الكلي لأعراض اضطراب صورة الجسد لدى الطلبة ذوي الإعاقات الجسدية في الجامعات الأردنية كان متوسطا.

ودراسة "شهري توفيق" (2019)، بعنوان: "صورة الجسد وتقدير الذات لدى المرأة مستأصلة الثدي". والتي تهدف إلى اكتشاف طبيعة الصورة الجسدية لدى المرأة بعد التعرض لبتة الثدي. والتي أجريت على (04) حالات عازبات مستأصلات لثديهن نتيجة الإصابة بسرطان الثدي. وقد أسفرت النتائج إلى أن الفرضية التي تقول أن العازبات مستأصلات الثدي تعانين من صورة مشوهة للجسد لم تتحقق مع جميع الحالات.

• عرض ومناقشة الفرضية الثانية:

والتي تنص على: "توجد مخططات أكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي". أظهرت نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المطبقة على أفراد الدراسة الذي يبلغ (08) حالات، والتي تتراوح أعمارهم بين [35 الى 87 سنة]. وقد أظهرت نتائج مقياس المخططات المعرفية

المبكرة الغير المتكيفة على الحالات الثمانية، أنه هناك مجموعة من المخططات المنتشرة بكثرة لدى أفراد هذه الدراسة.

فيما يخص الحالة الأولى، احتل مخطط الفشل المرتبة الأولى ويليه مخطط المعايير الصارمة والنقد المفرط في المرتبة الثانية، اللذان ينحصران في الدرجة [25-30]. ثم تليه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية حسب ترتيبها: (مخطط التحكم الذاتي في المرتبة الثالثة، ويليه التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات في المرتبة الرابعة وبعدها مخطط الانعزال الاجتماعي في المرتبة الخامسة، والنقص والخجل في المرتبة السادسة، التخلي وعدم الاستقرار في المرتبة السادسة. يتبعه مخطط التبعية/ عدم الكفاءة في المرتبة الثامنة، ثم يليه مخطط الثوبان/ الشخصية الضامرة، وبعدها مخطط التحكم الذاتي، الحرمان العاطفي في المرتبة الحادية عشر. ثم يليه مخطط الخوف من المرض والخطر، الحذر/ التجاوز، وبعدها حقوق شخصية مبالغ فيها. ثم يليه مخطط التضحية في المرتبة الأخيرة). أما الحالة الثانية، فقد احتل مخطط الحرمان العاطفي المرتبة الأولى، ويليه مخطط الفشل في المرتبة الثانية المنحصرين في الدرجة [20-24]. ثم تليه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية حسب ترتيبها (الخضوع في المرتبة الثالثة، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات في المرتبة الرابعة، النقص والخجل في المرتبة الخامسة، ثم يليه مخطط الذوبان/ الشخصية الضامرة في المرتبة السادسة، ثم في المرتبة السابعة مخطط التحكم الذاتي، ويليه مخطط التخلي وعدم الاستقرار في المرتبة الثامنة. ثم مخططات حقوق شخصية مبالغ فيها، الانعزال الاجتماعي، المعايير الصارمة والنقد المفرط، ثم مخطط الحذر والتجاوز، الخوف من المرض والخطر، وبعدها يليه مخطط التضحية في المرتبة الخامسة عشر أي المرتبة الأخيرة). فيما يخص الحالة الثالثة، احتل مخطط الفشل المرتبة الأولى، ومخطط التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات المرتبة الثانية المنحصران في الدرجة [25-30]. ثم تليه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية حسب ترتيبها (النقص والخجل في المرتبة الثالثة، ثم مخطط الحذر/ التجاوز في المرتبة الرابعة، ثم يليه مخطط الحرمان العاطفي في المرتبة الخامسة، ومخطط الخضوع في المرتبة السادسة، ثم مخطط الخوف من المرض والخطر في المرتبة السابعة، ثم تليه مخططات الذوبان/ الشخصية الضامرة، التخلي وعدم الاستقرار، التحكم الذاتي، الانعزال الاجتماعي، مخطط الحقوق الشخصية المبالغ فيها، مخطط التضحي، المعايير الصارمة والنقد المفرط في المرتبة الخامسة عشر والمرتبة الأخيرة). وبعدها ننتقل إلى الحالة الرابعة، التي احتل فيها مخطط الحرمان العاطفي المرتبة

الأولى، وبعدها مخطط النقص والخجل في المرتبة الثانية المنحصرين في الدرجة [25-30]. ثم تليه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية حسب ترتيبها (الخوف من المرض والخطر في المرتبة الثالثة، الفشل في المرتبة الرابعة، التخلي وعدم الاستقرار في المرتبة الخامسة، الانعزال الاجتماعي في المرتبة السادسة، ثم مخطط الخضوع في المرتبة السابعة، وبعدها مخطط المعايير الصارمة والنقد المفرط في المرتبة الثامنة. ثم تليها مخططات الحذر/ التجاوز، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، التحكم الذاتي، حقوق الشخصية المبالغ فيها، وبعدها مخطط الذوبان/ الشخصية الضامرة، ثم التبعية/ عدم الكفاءة، ويليه مخطط التضحية في المرتبة الخامسة عشر أي في المرتبة الأخيرة).

فيما يخص الحالة الخامسة، احتل مخطط التخلي وعدم الاستقرار المرتبة الأولى، يليه مخطط الخضوع في المرتبة الثانية، اللذان ينحصران في الدرجة [25-30]. ثم تليه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية حسب ترتيبها (مخطط التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات في المرتبة الثالثة، ثم مخطط الفشل في المرتبة الرابعة، وبعدها مخطط النقص والخجل في المرتبة الخامسة، الحذر/ التجاوز في المرتبة السادسة، ويليه مخطط الخوف من المرض والخطر في المرتبة السابعة، والحرمان العاطفي في المرتبة الثامنة. ثم تليها مخططات التبعية/ عدم الكفاءة، الذوبان/ الشخصية الضامرة، المعايير الصارمة والنقد المفرط، التحكم الذاتي، ومخطط حقوق شخصية مبالغ فيها، ومخطط التضحية في المرتبة الخامسة عشر والمرتبة الأخيرة). أما الحالة السادسة، احتل مخطط الحرمان العاطفي المرتبة الأولى، ويليه التخلي وعدم الاستقرار في المرتبة الثانية، ومخطط الخضوع في المرتبة الثالثة، واللذان ينحصران في الدرجة [25-30]. ثم تليه المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة التالية حسب ترتيبها (مخطط الحذر/ التجاوز في المرتبة الرابعة، ويليه مخطط الخوف من المرض والخطر في المرتبة الخامسة، وبعدها مخطط النقص والخجل في المرتبة السادسة، ثم تليه مخططات الذوبان/ شخصية ضامرة في المرتبة السابعة، ومخطط الانعزال الاجتماعي في المرتبة الثامنة، وتليه مخططات الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، التبعية/ عدم الكفاءة، التحكم الذاتي، المعايير الصارمة والنقد المفرط، حقوق شخصية مبالغ فيها/ شخصية ضامرة، ثم يليها مخطط التضحية في المرتبة الخامسة عشر والمرتبة الأخيرة). أما فيما يخص الحالة الثامنة، احتل مخطط الخوف من المرض والخطر/ الانجراح المرتبة الأولى، ويليه مخطط الفشل في المرتبة الثانية، والخضوع في المرتبة الثالثة، والذين ينحصران في الدرجة [25-30]. ثم يليه المخططات المعرفية المبكرة التالية حسب ترتيبها (التبعية/ عدم الكفاءة في المرتبة

الرابعة، ويليه مخطط النقص والخجل في المرتبة الخامسة، الانعزال الاجتماعي في المرتبة السادسة. ثم يليه مخطط الحرمان العاطفي في المرتبة السابعة، الحذر/ التجاوز في المرتبة الثامنة، ومخططات التخلي وعدم الاستقرار، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، حقوق شخصية مبالغ فيها/ متطلبات عالية، المعايير الصارمة والنقد المفرط، التحكم الذاتي، ومخطط التضحية في المرتبة الخامسة عشر والمرتبة الأخيرة).

وقد وجدنا أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة الأكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي كانت كالتالي: مخطط الحرمان العاطفي، الذي ينتمي إلى مجال الانفصال والرفض انتشر في الحالات الثانية، الرابعة، السادسة، السابعة. ويدل انتشار هذا النوع من المخططات لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي، على مجموعة من المشاعر والصعوبات النفسية، وقد يشير أيضا إلى شعور الشخص بالحزن والوحدة أو العزلة بسبب القيود الجسدية التي يواجهها، أو صعوبات في تكوين علاقات حميمية مما يؤدي به إلى الشعور بالإحباط والغضب بسبب عدم قدرته على تلبية احتياجاته العاطفية. أما مخطط الفشل الذي ينتمي إلى مجال نقص الاستقلالية والانجاز، قد تكرر في الحالات الأولى والثانية، الثالثة، الثامنة، والذي يدل على المشاعر السلبية والتجارب المؤلمة، أي شعور الشخص المصاب بالشلل النصفي بالإحباط واليأس بسبب عدم قدرته على تحقيق أهدافه. إضافة إلى ذلك صعوبة في الثقة بالآخرين أو تكوين صداقات جديدة. مما يؤدي بالمرضى إلى الشعور بالذنب أو العار بسبب عجزه الجسدي. نجد أيضا مخطط التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات أكثر نشاطا في الحالتين الثالثة والسابعة، والذي ينتمي إلى مجال اليقظة والكف. يعني أن المرضى المصابين بالشلل النصفي يميلون إلى السيطرة على مشاعرهم، وردود أفعالهم، وحتى طريقة كلامهم بشكل مبالغ، وهذه بهدف تجنب الآخرين. أي يحاول المريض التأقلم مع تحديات الشلل النصفي. وذلك من خلال السيطرة الشديدة على المشاعر والسلوك. أيضا هناك مخطط عدم الاستقرار الذي ينتمي إلى مجال الانفصال والرفض، الذي انتشر عند الحالتين الخامسة والسادسة، والذي يفسر أن المرضى المصابين بالشلل النصفي يكونون مقتنعون أن الأشخاص المهمين لديهم سوف لن يستمروا في منحهم المزيد من الدعم العاطفي والحماية والاتصال. ونجدهم دائما يتعرضون للخوف الدائم من فقدان أحد الوالدين، سواء موتهم وأن يهجره والديه. وإذا كانت شبكة الدعم لدى هؤلاء الأشخاص غير مستقرة وغير موثوقة، فقد يشعرون بالقلق والخوف، وهذا الشيء

الذي يشعر ويخاف منه المرضى المصابين بالشلل النصفي في هذا المخطط. فهم في خوف دائم من أن يصبحوا بلا سند وحماية.

بحيث بينت دراسة Zhila Zeighami, Leil Azarvashre Reza Kazemi وآخرون, (2017), بعنوان: "مقارنة المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى مرضى القلب والأفراد الأصحاء". ومن بين أهداف هذه الدراسة الحالية إلى احتمال أو إمكانية وجود علاقات سببية بين التغيرات. وتكونت العينة من (60) فردا (30 فرد مصاب بأمراض القلب، و30 فرد سليم). وتطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة على عينة الدراسة. وتشير النتائج إلى أن المخطط غير التكيفي للحرمان العاطفي يختلف بشكل كبير عن مكونات العرض، الاستقرار وعدم الثقة وسوء السلوك، العزلة الاجتماعية، والاغتراب والنقص، العار ذات دلالة إحصائية ومتوسط أمراض القلب في هذه المخططات أكثر من الأصحاء. وكذلك وجود فروق بين مخططات التعرض للخسارة والمرض، والافتقار إلى التنمية الذاتية والنضال والفشل لدى مرضى القلب مقارنة بالأصحاء.

كما بينت أيضا دراسة " Gulen Guler Asku, Ozan Kayar, Ali Evren Tufan, Meryam " Ozlem "Kutuk, Ayce Nur Ozdag Acarli, وآخرون, (2023), بعنوان: "المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة في الصداع النصفي العرضي والمزمن لدى المراهقين". ومن بين أهداف هذه الدراسة التحقق في المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى المراهقين الذين يعانون من الصداع النصفي المتكرر، والصداع النصفي المزمن في تركيا. وتكونت العينة من (167) مراهق تتراوح أعمارهم بين 12-18 سنة، وتطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة على عينة الدراسة. وقد أسفرت النتائج إلى: أنه كانت مخططات التشابك/ الذات الغير المتطورة والتضحية بالنفس والخضوع أكثر انتشارا في مجموعة الصداع النصفي المزمن. وسجلت هذه المجموعة درجات أعلى بشكل ملحوظ في الانفصال/ الرفض، والتوجهات نحو الآخرين، ولم يؤثر علم نفس المرضى على المخططات المعرفية المبكرة الغير التكيفية.

أيضا دراسة Fazlolah Mirrdrikvand, Mohammed Ali S.S.K, وآخرون, (2019), بعنوان: "المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى الأفراد المصابين بداء السكري من النوع الثاني وغير المصابين به. وتهدف هذه الدراسة إلى استكشاف المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى الأفراد المصابين بداء السكري من النوع الأول، وغير المصابين به، وفحص الأدوار الوسيطة المحتملة

للجنس ومستوى التعليم والمهنة. وتكونت العينة من (371) مشارك، وتطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة. وقد أسفرت النتائج أن الأشخاص المصابون بالسكري من النوع الثاني قد حصلوا على درجات أعلى في مخطط الفشل والضعف، والاستحقاق ونقص السيطرة على الذات. بالإضافة إلى مجالات المخططات المفرطة لليقظة والكبت، ومع ذلك لم تدعم النتائج أدوارا للجنس ومستوى التعليم والمهنة على أي من المخططات أو مجالات المخططات.

• عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

والتي تنص على: "تؤثر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة الواحدة على المرضى المصابين بالشلل النصفي". أظهرت نتائج مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المطبقة على الحالات الثمانية، اجتياح أنواع من المخططات بمستوى تأثير [25-30] بحيث أن الحالة الأولى كانت مخططات الفشل والمعايير الصارمة والنقد المفرط، ومخطط الخضوع، والتحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، الانعزال الاجتماعي، النقص والخلل، أساسية في تنظيم شخصية الحالة. أما فيما يخص مخططات التخلي وعدم الاستقرار، التبعية/ عدم الكفاءة، ومخطط الذوبان/ الشخصية الضامرة، التحكم الذاتي، فهي مخططات تلعب دور هام في حياة الحالة. ومن ناحية أخرى نجد مخططات الحرمان العاطفي، الخوف من المرض والخطر، الحذر/ التجاوز، ومخطط حقوق شخصية مبالغ فيها، والتي تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. وفي الأخير نجد مخطط التضحية التي صنف ضمن المخططات التي تؤثر على الحالة، لكن في بعض الظروف فقط. أما الحالة الثانية، فقد كان مخطط الحرمان العاطفي، الفشل، ومخطط الخضوع، كمخططات تلعب دور هام في حياة الحالة. أما مخطط التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، النقص والخلل، الذوبان/ الشخصية الضامرة، مخطط التحكم الذاتي، التخلي وعدم الاستقرار، حقوق شخصية مبالغ فيها، فكلها تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. ونجد أيضا مخطط الانعزال الاجتماعي، المعايير الصارمة والنقد المفرط، الحذر/ التجاوز، ومخطط الخوف من المرض والخطر، ومخطط التضحية، كلها تؤثر على الحالة في بعض الظروف. أما فيما يخص الحالة الثالثة، فقد كان مخطط الفشل والتحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، النقص والخلل، الذوبان/ الشخصية الضامرة، ومخطط التحكم الذاتي، التخلي وعدم الاستقرار، حقوق شخصية مبالغ فيها، كلها تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. ونجد أيضا مخطط الانعزال الاجتماعي، والمعايير الصارمة والنقد المفرط، الحذر/ التجاوز، ومخطط الخوف من المرض والخطر، التضحية، كلها تؤثر على الحالة في بعض الظروف.

أما فيما يخص الحالة الثالثة، فقد كان مخطط الفشل والتحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، النقص والخجل، مخطط الحذر/ التجاوز كلها أساسية في تنظيم شخصية الحالة. أما مخطط الحرمان العاطفي والخضوع، تلعب دور مهم في حياة الحالة. ومن جهة أخرى، نجد مخطط الخوف من المرض والخطر، مخطط التبعية/ عدم الكفاءة، الذوبان/ الشخصية الضامرة، كلها مخططات تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. أما مخطط التخلي وعدم الاستقرار، مخطط التحكم الذاتي، الانعزال الاجتماعي، مخطط حقوق شخصية مبالغ فيها، وكذلك مخطط التضحية، فهي المخططات التي تؤثر في بعض الظروف على الحالة. وفي الأخير نجد مخطط المعايير الصارمة والنقد المفرط، مخططات لا تؤثر على الحالة.

أما الحالة الرابعة، فنجد أن مخطط الحرمان العاطفي، النقص والخجل، الخوف من المرض والخطر، مخطط الفشل كلها مخططات أساسية في تنظيم شخصية الحالة. أما مخططات التخلي وعدم الاستقرار، الانعزال الاجتماعي، مخطط الخضوع، المعايير الصارمة والنقد المفرط، كلها مخططات تلعب دور هام في حياة الحالة. أما مخطط الحذر/ التجاوز، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، التحكم الذاتي، كلها تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. أما مخطط حقوق شخصية مبالغ فيها، الذوبان/ شخصية ضامرة، ومخطط التبعية/ عدم الكفاءة، التضحية، كلها مخططات تؤثر في بعض الظروف على الحالة. أما فيما يخص الحالة الخامسة، نجد أن مخططات الانعزال الاجتماعي، مخطط الذوبان/ شخصية ضامرة، حقوق شخصية مبالغ فيها، مخطط التضحية، مخطط المعايير الصارمة والنقد المفرط، مخططات تلعب دور هام في حياة الحالة. أما فيما يخص مخطط الخضوع يعتبر كمخطط أساسي في تنظيم شخصية الحالة.

أما الحالة السادسة، كانت مخططات النقص والخجل، الانعزال الاجتماعي، مخططات التبعية/ عدم الكفاءة، الذوبان/ شخصية ضامرة، مخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، كلها مخططات تلعب دور هام في حياة الفرد. أما مخطط التخلي وعدم الاستقرار، الحذر/ التجاوز، الحرمان العاطفي، مخطط الخوف من المرض والخطر، مخطط الخضوع كلها مخططات أساسية في تنظيم شخصية الحالة. أما فيما يخص مخطط حقوق شخصية مبالغ فيها، التحكم الذاتي، المعايير الصارمة والنقد المفرط، كلها مخططات تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. وأخيرا نجد مخطط التضحية الذي لا يؤثر على الحالة. أما الحالة السابعة، كان مخطط النقص والخجل، الانعزال الاجتماعي، التبعية/ عدم الكفاءة، حقوق شخصية مبالغ فيها، تحكم ذات، الخضوع، كلها مخططات تمثل مشكل بالنسبة للحالة. أما مخطط الحذر/ التجاوز، الحرمان العاطفي، مخطط الفشل، التحكم الانفعالي المفرط في الانفعالات، كلها

مخططات أساسية في تنظيم شخصية الحالة. ومن جهة أخرى نجد مخطط التخلي وعدم الاستقرار, الذوبان/ شخصية ضامرة, التضحية, كلها مخططات تؤثر في بعض الظروف على الحالة. أما فيما يخص مخطط الخوف من المرض والخطر, ومخطط المعايير الصارمة والنقد المفرط, كلاهما مخططات تلعب دور هام في حياة الحالة. وأخيرا الحالة الثامنة, التي كانت فيها مخططات الحرمان العاطفي, النقص والخجل, الانعزال الاجتماعي, مخطط التبعية/ عدم الكفاءة, الخوف من المرض والخطر, مخطط الفشل, الخضوع, كلها مخططات أساسية في تنظيم شخصية الحالة. أما فيما يخص مخططات التخلي وعدم الاستقرار, الحذر/ التجاوز, مخطط الذوبان/ شخصية ضامرة, كلها مخططات تلعب دور هام في حياة الحالة. أما مخطط حقوق شخصية مبالغ فيها, المعايير الصارمة والنقد المفرط, كلاهما مخططات تؤثر في بعض الظروف على الحالة, أما مخطط التضحية فلا يؤثر على الحالة.

وقد توصلنا من خلال النتائج المتحصل عليها لحالات الدراسة, أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تأثر في المرضى المصابين بالشلل النصفي. فنجد أن الحالات الأولى والرابعة, الخامسة, السادسة, السابعة, الثامنة, تشترك في مستويين لتأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة, والتي تعتبر كمخططات أساسية في تنظيم شخصية الحالات. وفي نفس الوقت تلعب دور مهم في حياتهم. كما تبين أيضا أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تعتبر كمشكلة بالنسبة للحالات الأولى, الثانية, الثالثة, الرابعة, الخامسة, السادسة, السابعة.

وحسب الدراسات السابقة المتعلقة بموضوعنا, نجد دراسة "عبد الحفيظ معوشه" (2023), الذي توصل إلى أن مستويات تأثير كل مخطط غير تكيفي تختلف عند مرضى السرطان. كما هي في دراستنا الحالية, فمستويات التأثير تختلف بين الحالات.

• عرض ومناقشة الفرضية الرابعة:

جدول رقم (41) يوضح تصنيف تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على

الحالات الثمانية

الحالة	الدرجة	التفسير
الحالة (01)	333 منحصرة بين [300-374]	المخططات تلعب دور هام في حياة الحالة
الحالة (02)	259 منحصرة بين [225-299]	المخططات تمثل مشكلة بالنسبة للحالة
الحالة (03)	266 منحصرة بين [225-299]	المخططات تمثل مشكلة بالنسبة للحالة

الحالة (04)	294 منحصرة بين [225-299]	المخططات تمثل مشكلة بالنسبة للحالة
الحالة (05)	256 منحصرة بين [225-299]	المخططات تمثل مشكلة بالنسبة للحالة
الحالة (06)	327 منحصرة بين [300-374]	المخططات تلعب دور هام في حياة الحالة
الحالة (07)	302 منحصرة بين [300-374]	المخططات تلعب دور هام في حياة الحالة
الحالة (08)	308 منحصرة بين [300-374]	المخططات تلعب دور هام في حياة الحالة

والتي تنص: "تؤثر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على المرضى المصابين بالشلل النصفي". بلغ مجموع درجات المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة (الدرجة الكلية للمقياس)، للحالة الأولى (333) درجة، والمنحصرة بين الدرجة [300-374]، والذي يدل على أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل تلعب دور هام في حياة الحالة. أما فينا يخص الحالة الثانية تحصلت على (259) درجة، والمنحصرة بين الدرجة [225-299]، والذي يدل على أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. أما الحالة الثالثة، تحصلت على 266 درجة المنحصرة بين الدرجة [225-299]، ما يعني أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. وأخيرا نجد أن الحالة الرابعة، قد تحصلت على (294) درجة، والمنحصرة بين [225-299]، أي أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. أما الحالة الخامسة، تحصلت على (256) درجة، منحصرة بين [225-299]، والذي يدل على أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل تمثل مشكلة بالنسبة للحالة. أما فيما يخص الحالة السادسة، تحصلت على درجة (327) والحالة السابعة تحصلت على (302) درجة، أما الحالة الثامنة تحصلت على (308) درجة، المنحصرة بين [300-374]، وهذا ما يدل على أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تلعب دور مهم في حياة الحالات ككل.

وفي الأخير، قد توصلنا إلى أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تؤثر على المرضى المصابين بالشلل النصفي، فنجد أنه هناك (05) حالات بما فيها الحالة الأولى، الثانية، الثالثة، الرابعة، الخامسة، تمثل مخططاتهم المعرفية المبكرة الغير المتكيفة مشكلة بالنسبة لهم. وذلك لكون أن هذه المخططات تتكون منذ فترة الطفولة، وتستمر طوال حياة الشخص. فإذا كانت هناك أي تجارب سيئة معاشة في الطفولة ستختل مخططاتهم. وهذا ما سيؤثر على تصوراتهم لأنفسهم والعالم من حولهم، فغالبا ما تواجه هذه الفئة تحديات جسدية ونفسية كبيرة ك فقدان القدرة على الحركة، الألم المزمن. مما يؤدي بهم

إلى العزلة الاجتماعية. وهذه يمكن أن يؤدي إلى تنشيط المخططات السلبية كالفشل، التشاؤم، الخوف من الهجر وعدم الاستقرار، الحرمان العاطفي، فهؤلاء المرضى مقتنعون أن الأشخاص المهمين لديهم سوف لن يستمروا في منحهم الدعم العاطفي، ويخافون من الإهانة أو الاعتداء، والإحساس بالنقص والخل. مما يزعزع ثقتهم بأنفسهم، ويشعرون بعدم الكفاءة. وبشكل عام يمكن أن تؤدي المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة إلى تفاقم المشكلات النفسية، وتقليل نوعية الحياة، وتعطيل عملية التعافي والتأقلم مع الشلل النصفي. أما ما يخص الحالات السادسة، السابعة، الثامنة، فالمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لديهم تلعب دور هام في حياتهم. وذلك في تحديد مسار التعافي والتكيف مع الشلل النصفي، فعلى سبيل المثال الأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي قوي، فمن المرجح أن يتعاملوا مع الشلل النصفي بطريقة أكثر تكيفا. فيكونون أكثر عرضة لطلب المساعدة، والمشاركة في العلاج، والحفاظ على نظرة ايجابية. ففي هذه الحالة تعتبر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة كأتماط تلعب دور هام في حياة المرضى المصابين بالشلل النصفي. فالمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة المتكونة في الطفولة، تؤثر على كيفية إدراك المرضى للناس وأنفسهم والعالم من حولهم، ويمكن أن يكون هذا التأثير سلبي أو ايجابي على صحتهم النفسية والجسدية. فلذلك يجب الحرص على عدم تنشيط هذه المخططات في الجانب السلبي.

بحيث بينت دراسة "يمينة مدوري" (2022)، بعنوان: "المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى مريضات السرطان". وتكونت العينة من (22) مصابة بسرطان الثدي وتم تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة على عينة الدراسة. أسفرت النتائج إلى: تتمثل المخططات التي تؤثر بشكل أساسي في تنظيم شخصية المصابات بسرطان الثدي في كل من: مخطط الإهمال والتخلي، المراقبة الانفعالية، ومخطط الخضوع. أما المخططات المهمة لدى المصابات بسرطان الثدي فبرزت في كل من: مخطط الانطواء الاجتماعي، مخطط الهشاشة.

ونجد أيضا دراسة "Gozdo Yontar, Esen Ozgan" (2024)، التي أجريت على (167) مراهق مصاب بالصداع النصفي، تتماشى مع دراستنا الحالية. بحيث أظهرت نتائج الدراسة أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تلعب دورا مهما في استجابة المرضى للألم المزمن.

3- استنتاج عام:

من خلال كل المعطيات التي تطرقنا اليها في الجانب النظري والتطبيقي التي قمنا بها في هذه الدراسة، والتي تهدف إلى الكشف عن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة الأكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي، والتعرف على مستويات تأثير هذه المخططات عليهم، وكذلك التعرف على مستوى تأثيرها ككل على عينة الدراسة، والتعرف على الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي. وذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

- ما هي المخططات الأكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي؟
- ما مستوى تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي؟
- ما مستوى تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على المرضى المصابين بالشلل النصفي؟
- هل الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي ايجابية أم سلبية؟

إلى ضوء التساؤلات السابقة قمنا بوضع الفرضيات التالية:

- توجد مخططات معرفية أكثر انتشارا لدى المصابين بالشلل النصفي.
- تؤثر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة على المصابين بالشلل النصفي.
- تؤثر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على المصابين بالشلل النصفي.
- الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي سلبية.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة الأكثر انتشارا لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي هي: الحرمان العاطفي، الفشل، التحكم الانفعالي في الانفعالات، ومخطط عدم الاستقرار.
- تؤثر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة على المرضى المصابين بالشلل النصفي، فهي تعتبر كمخططات أساسية في تنظيم شخصية المرضى المصابين بالشلل النصفي، وفي نفس الوقت تعتبر كمشكلة بالنسبة للمرضى المصابين بالشلل النصفي.

- تؤثر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ككل على المرضى المصابين بالشلل النصفي فهي تعتبر كمشكلة بالنسبة للمرضى المصابين بالشلل النصفي، كما تلعب دور هام في حياة هذه الفئة من المرضى.
- الصورة الجسدية التي يحملها المرضى المصابين بالشلل النصفي سلبية.

4- التوصيات:

بناء على النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، نقترح تقديم توصيات تهدف إلى تحسين الدراسات المستقبلية وهي كالآتي:

- ✓ المتابعة التأهيلية للمصاب بعد نهاية العملية التأهيلية وتوفير المستلزمات الطبية المساعدة له.
- ✓ توفير برامج تأهيل مكثفة لمساعدة المرضى على استعادة الاستقلالية والقدرة على الحركة.
- ✓ توفير الأجهزة والأدوات التي تساعد المرضى على التنقل، والقيام بالأنشطة اليومية.
- ✓ تشجيع المرضى على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والاندماج في المجتمع.
- ✓ مراعاة كيفية التعامل مع المرضى المصابين بالشلل النصفي في ظل التغيرات والتحولات التي تطرأ عليهم.
- ✓ نشر الوعي الصحي للوقاية من الشلل النصفي من خلال وسائل الإعلام والاتصال المختلفة.
- ✓ توفير مراكز للعلاج الفيزيائي الحركي المجاني عبر جميع البلديات والدوائر لتخفيف التعب والمصاريف على المصاب وعائلته.
- ✓ توعية عائلات المرضى المصابين بالشلل النصفي بأهمية السند الاجتماعي في مثل هذه الحالات.
- ✓ القيام ببرامج نفسية تساعد المرضى المصابين بالشلل النصفي على تقبل صورة الجسد.
- ✓ إجراء دراسات مشابهة لموضوع الدراسة الحالية حول صورة الجسد والمخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى عينات أخرى.

خاتمة:

وفي الختام، نؤكد على أهمية دراسة متغير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة وصورة الجسد لدى المرضى المصابين بالشلل النصفي. حيث تعتبر هذه الدراسة خطوة أساسية لفهم التحديات النفسية والإدراكية التي يواجهها هؤلاء المرضى. كما نرى أنه هناك مجالات بحثية مستقبلية، يمكن أن تساهم في تطوير برامج التدخل والعلاج، مثل ربط متغير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة بمتغير تقبل العلاج. بهدف تحسين جودة حياة المرضى وتعزيز استجاباتهم للعلاج النفسي والجسدي. ونأمل أن تفتح نتائج دراستنا الحالية آفاقاً جديدة للبحوث المستقبلية وتقديم استراتيجيات علاجية أكثر فاعلية لهذه الفئة من المرضى.

قائمة المراجع

• المراجع العربية:

1. أثير بنت علي الشهري، (2023)، "صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المرأة الحامل في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية"، المجلة العلوم التربوية والنفسية: المجلد (07)، العدد (24)، ص 130-156 <https://journals.ajsrp.com/index.php/jeps>
2. أحلام صغور، (2023)، "المقاربات المعرفية وتعليمية الترجمة قراءة نظرية"، مجلة مخبر تعليمية الترجمة وتعدد الألسنة: المجلد (23)، العدد (1)، ص 9-98.
3. أحمد رشدي، عبد الرحيم سلامة، (2024)، "نموذج بنائي للعلاقة بين اضطراب صورة الجسم والعبء المعرفي والتمويل الانتحارية لدى طلاب كلية التربية بجامعة الوادي الجديد"، المجلة المصرية للدراسات النفسية: المجلد (34)، العدد (122)، ص 50-102.
4. أحمد سعد، الشيخ علي، (2015)، "البنى المعرفية اللاتكيفية وعلاقتها بالاستبصار المعرفي لدى النساء المعنفات في الأردن"، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية: المجلد (08)، العدد (03)، ص 513-535.
5. أحمد عبد الله الشريفين، سندس خالد الرفاعي، (2024)، "نمذجة العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والكمالية وصورة الجسم وأعراض القلق لدى طلبة جامعة البرموك"، مجلة الدولية للبحوث النفسية والتربوية: المجلد (03)، العدد (01)، ص 1-27.
6. أحمد نصير، علي جرمون، الماحي قصار، (2019)، "درجة الرضا عن صورة الجسد وعلاقتها بالتوجه الرياضي للتلاميذ من خلال ممارسة حصة التربية البدنية والرياضة - دراسة ميدانية على بعض ثانويات مدينة ورقلة"، مجلة الإبداع الرياضي: المجلد (10)، العدد (02)، ص 396-415.
7. أسماء سالم، مفلح العمري، أمل أحمد جمعة، (2023)، "إسهام المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ بالتنمر الإلكتروني لدى طالبات مرحلة الثانوية بمحافظة بيشة"، دراسات عربية في التربية وعلم النفس: المجلد (02)، العدد (147)، ص 239-266.
8. آسيا عبازة، (2014)، "صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
9. آسيا عطار، (2022)، "علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة وإستراتيجيات التعامل بالتوافق الزواجي لدى عينة من الأزواج، رسالة دكتوراه"، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر.

10. أمل الشراوي، حسن محمد، (2023)، "المخططات المعرفية اللاتكيفية وعلاقتها بقلق المستقبل الزواجي لدى الفتيات المقبلات على الزواج"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية: العدد (63)، الجزء الأول، ص 71-118.
11. أمل جميل يوسف، إيمان رفقت السعيد، سلمي محمد رجب، إسلام حمدي حماد، (2023)، "برنامج ترويح علاجي لتحسين الأداء الحركي لمرضى الجلطة الدماغية"، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة للبنين بالهرم: العدد (98)، ص 294-318.
12. أميرة محمد أحمد، (2023)، "صورة الذات وأثرها نحو التعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغية"، المجلة المصرية للدراسات المتخصصة: المجلد (11)، العدد (40)، الجزء 1، ص 231-268.
13. أمينة بن قويدر، (2012)، "القمع الانفعالي وعلاقته بالمخططات المبكرة الغير المتكيفة لدى عينة من طلبة جامعة البليدة"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة سعد دحلب، البليدة.
14. أنور العبادسة، باسل الخضري، هاني الغري، (2018)، "صورة الجسم والفاعلية الشخصية والتوافق النفسي لذوي الطرف البديل"، مجلة الإرشاد النفسي: المجلد (01)، العدد (55)، ص 106-132.
15. إيمان علي عبد الله الشرمان، نور اذان محمد رويان، (2024)، "صورة الجسم وعلاقته بالأداء الأكاديمي لدى طالبات المرحلة الثانوية في الأردن"، مجلة الدراسات الجامعية للبحوث الشاملة: المجلد (06)، العدد (27)، ص 13239-13213.
16. بختة سليمة سهيلة، (2017)، "فعالية العلاج بالمخططات المبكرة غير المتكيفة في رفع مستوى التفاؤل لدى التلاميذ في مرحلة الثانوية"، مذكرة ماجستير في الإرشاد والصحة النفسية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
17. برهان حمدان، أسمر دراغمة، (2018)، "تقدير صورة الجسد و علاقتها بالمخاوف الاجتماعية و تقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعيين في فلسطين"، رسالة استكمال ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي، كلية الدراسات العليا، جامعة القدس المفتوحة فلسطين.

18. بلواضح الربيع، (2021)، "مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (AVC)"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي (تربية علاجية)، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
19. بن العفاوي حليلة، (2021)، "الأبراكسيا الفكرية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية بالسلوك اليومي للذاكرة"، لنيل شهادة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية قسم الألففونفا، جامعة أبو القاسم سعد الله -2، الجزائر.
20. بن العفاوي حليلة، (2018)، "الحوادث الوعائية الدماغية وتأثيرها على الحياة اليومية - دراسة نفس عصبية-"، مجلة العلوم الاجتماعية: المجلد (04)، العدد (07)، ص 01-10.
21. بو لعبابز عبد الصمد، (2023)، "دور التوافق العصبي العضلي للأطراف السفلية في تطوير دقة التصويت لدى لاعبي كرة القدم صنف أكبر من 20 سنة". أطروحة دكتوراه الطور الثالث في علوم و تقنيات النشاطات البدنية كلية التحضير البدني للرياضيين، جامعة الجزائر -3.
22. بوروبة نفاة، (2024)، "فعالية برنامج علاجي قائم علا العلاج بالمخطط ل: جيفري يونغ في تخفيض مستوى الضغط النفسي لدى الراشدين المصابين بمتلازمة القولون العصبي"، مجلة البحوث التربوية والتعليمية: المجلد (13)، العدد (الخاص)، ص 97-120.
23. تاج محمد، (2022)، "تأثير برنامج علاجي لاسترجاع التوازن على تحسين المشي لدى المصابين بالشلل النصفي"، مذكرة دكتوراه، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
24. ثناء عبد الورد عبد الحافظ، (2024)، "المخططات المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بأحادية- تعددية الرؤية- لدى طلبة الدراسات العليا"، مجلة الجامعة العراقية: المجلد (67)، العدد (01)، ص 1-67.
25. حسان أحمد قميحة، (2024)، "القشرة الدماغية أسرارها ووظائفها"، الطبعة الأولى، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية (مراجعة)، الكويت.
26. حسين إبراهيم محمد أبو عشيش، (2023)، "اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالحساسية الانفعالية وتقدير الذات لدى المراهقين دراسة تنبؤية"، مجلة كلية التربية: العدد (01)، الجزء (02)، ص 624-680.

27. حديد ليلية، براهيمى صندرة، (2022)، "الصورة الجسدية والملائمة العلاجية لدى المراهقين المصابين بسرطان الدم"، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص علم نفس الصحة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو.
28. خلف مبارك، هبة عبد الحميد، أسماء عباس، (2022)، "المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة"، مجلة سواهج لشباب الباحثين: المجلد (02)، العدد (04)، ص 180-206.
29. خليل إبراهيم الياني 2002، "علم النفس الفيزيولوجي مبادئ أساسية"، الطبعة الأولى، دار وائل، عمان/ رام الله، الأردن.
30. دحمانى ماما، بلغالم محمد لكل مصطفى، (2016)، "المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة عند جيفري يونغ"، مجلة رفروف مخبر المخططات الجزائرية في إفريقيا: العدد (10)، ص 285-318.
31. رحالي باسم، زغيش وردة، (2020)، "جودة الحياة وإعادة التأهل الأرطفوني في علم السرطان: سرطان الحنجرة"، المجلة الجزائرية للعلوم النفسية: العدد (02)، ص 01-20 At <http://www.Liniv-ueb.dz/ajps>
32. رشا ناجي محمد، (2019)، "صورة الجسم و قلق الموت لدى عينة من ذوي المرض المزمن (التهاب المفاصل مقابل السكري)"، مجلة مركز الخدمة الاستشارات البحثية واللغات: المجلد (57)، العدد (20)، ص 01-48.
33. رؤى فائد محمد إسناف، (2021)، "تقدير صورة الجسد وعلاقتها بالصلاية النفسية لدى مريضات السرطان في محافظة رام الله و البيرة"، رسالة لاستكمال شهادة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
34. زينب طارق عبد العاطي، (2023)، "صورة الجسم عينة من الأطفال زراعي القوقعة"، مجلة الطفولة، العدد (44)، ص 462-677.
35. سعاد حوتي، (2023)، "جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي خلال المعالجة الكيميائية - دراسة حالة نموذجيا-"، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية: المجلد (08)، العدد (02)، ص 642-668.

36. سليمان عبد الواحد يوسف، هدى ملح الفضلي، (2023)، "صورة الجسم والاكتئاب لدى الأطفال العرب مرض السمنة دراسة في إطار الفروق -العلاقات- التنبؤ"، مجلة التربية والصحة النفسية: المجلد (17)، العدد (01)، ص 9-29.
37. سماح ربيع محمد علي، (2022)، "اضطرابات صورة الجسم في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلبة الجامعة"، مجلة جامعة القيوم للعلوم التربوية والنفسية: المجلد (16)، العدد (9)، ص 9-28.
38. سمير أبو حامد، (2009)، "الجلطة الدماغية"، الطبعة الأولى، خطوات للنشر والتوزيع، دمشق.
39. سمير بقبون، (2013)، "الأمراض العصبية"، الطبعة الأولى، دار المازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
40. سهير سليمان أحمد حسين العزاوي، (2004)، "بناء برنامج إرشادي في تعيل صورة الجسم لدى طالبات المرحلة المتوسطة"، رسالة ماجستير آدات في علم النفس التربوي، (إرشاد وتوجيه)، كلية التربية، إبن رشد جامعة بغداد، الجزائر.
41. شعلال إسماعيل مصطفى، (2019)، "برنامج تأهيلي مقترح لتطوير بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتحسين صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات للمرض المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية"، شهادة دكتوراه علوم تقنيات الأنشطة البدنية والرياضية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
42. شعلال مصطفى إسماعيل، (2018)، "أثر برنامج تأهيلي مقترح لتحسين بعض عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمرض المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية"، مجلة علوم وممارسات الأنشطة البدنية والرياضية والفنية: المجلد (14)، العدد (02)، ص 193-200.
43. شفيق ساعد (2019)، "مصدر الضبط الصحي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض السيکوسوماتية"، مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس، كلية العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
44. شهري توفيق، (2019)، "صورة الجسد وتقدير الذات لدى المرأة مستأصلة الثدي"، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية: المجلد (07)، العدد (04)، ص 6-31.

45. شيرين محمود الشباب، منار سعيد بني مصطفى، (2024)، "العلاقة بين مشاعر النقص وأعراض اضطراب صورة الجسد لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الإعاقة الجسدية"، مجلة أكاديمية السرمد التربوية: المجلد (51)، العدد (01)، ص 66-82.
46. شيرين محمود الشباب، منار سعيد بني مصطفى، (2024)، "العلاقة بين مشاعر النقص وأعراض اضطراب صورة الجسد لدى الطلبة الجامعيين من ذوي الإعاقة الجسدية"، دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية: المجلد (51)، العدد (03)، ص 66-82. <https://doi.org/10.35516/hum.v51i3368>.
47. شيماء محمد إبراهيم السيد، (2022)، "زمن الانتقال العصبي لدى الأطفال"، المجلة النفسية لكلية التربية للطفولة المبكر: المجلد (09)، العدد (01)، ص 659-681.
48. شيماء محمد جاد، (2016)، "عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر"، مجلة الخدمة النفسية: العدد (14)، ص 149-182.
49. صحراوي فاطمة الزهراء، (2023)، "المخططات المعرفية غير المكيفة وعلاقتها بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد"، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
50. ضاري خميس كعيد، (2023)، "العلاج النفسي غير الدوائي (العلاج المعرفي السلوكي)"، الطبعة الأولى، دار أمجد للنشر و التوزيع، عمان.
51. طه عبد العظيم حسين، (2007)، "العلاج النفسي المعرفي"، مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية.
52. عادل وكمال، (2016)، "أثر التمرينات العلاجية في إعادة تأهيل المصابين بالشلل النصفي"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في شعبة النشاط البدني الرياضي المكيف، كلية علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضة، جامعة زيان عاشور، الجلفة.
53. عادل وكمال، مخلوف مسعودان، (2019)، "دور التمرينات العلاجية في التقليل من بعض المشكلات النفسية لدى المصابين بالشلل النصفي"، مجلة أنسنة للبحوث والدراسات: المجلد (10)، العدد (02)، ص 170-182.

54. عبد القادر زيدان، مباداة مُحمد، فاروق أميرة، محمد أحمد، (2023)، "صورة الذات و أثر على الاتجاه نحو التعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي"، المجلة المصرية للدراسات المتخصصة، المجلد (11)، العدد (40)، الجزء (1)، ص 231-268.
55. عبد الكريم الحجازي، (2004)، "موسوعة الطب النفسي"، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
56. عبد الكريم مأمون، (2019)، "المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بكل من الكفاءة الذاتية المدركة وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر -2 أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
57. عبد الكريم مأمون، (2019)، "المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و علاقتها بكل من الكفاءة الذاتية المدركة و جودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب"، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر - أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
58. عبد الله حسين عبد الرحمان الهماي، (2023)، "الشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ومدى تأثيره على البرنامج العلاجي و تحسين الكفاءة الحركية"، مجلة إفريقيا للعلوم الأساسية والتطبيقية المتقدمة: المجلد (02)، العدد (04)، ص 90-100.
59. عبير أحمد أبو الوفاء نقل، (2017)، "شفاء المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة باستخدام علاج جيفري يونغ و أثره في خفض حدة بعض الاضطرابات النفسية"، مجلة الإرشاد النفسي: العدد (50)، الجزء (03)، ص 106-182.
60. عزى صالح نعيمة، صادقي فاطمة، (2019)، "العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية "آرون بيك" و "جيفري يونغ"، مجلة آفاق علمية: المجلد (11)، العدد (03)، ص 656-671.
61. عزى صالح نعيمة، صادقي فاطمة، (2019)، "العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية آرون بيك و جيفري يونغ"، مجلة آفاق علمية: المجلد (11)، العدد (03)، ص 656-671.
62. عطا الله أمينة، صالح معاليم، (2021)، "نوع المخططات المبكرة غير المكيفة لدى أمهات الطفل المصاب بمتلازمة داون"، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية: المجلد (06)، العدد (01)، ص 231-251.

63. غلبان إلهام، بن علي إمان أعمرى آسيا، (2018)، "دراسة إستيعادية لحالات السكة الدماغية النزيفية"، أطروحة لمنح درجة دكتوراه في الطب، كلية الطب، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
64. علي زروقي سيد أحمد، (2020)، "صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهقين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية في المرحلة الثانوية"، مذكرة نيل شهادة الدكتوراه تخصص النشاط البدني رياضي مدرسي، معهد التربية البدنية والرياضة، جامعة الجزائر 3- دالي إبراهيم.
65. عليوي عبد العريز، (2019)، "صورة الجسم"، ب.ط، عالم الكتب الحديث، الأردن، إريد.
66. عيسى تواتي إبراهيم، (2018)، "المخططات المبكرة الغير المتكيفة في ضوء متغيري الجنس و السن لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي"، مجلة العلوم النفسية والتربوية: المجلد (07)، العدد (02)، ص 36-54.
67. عيسى تواتي إبراهيم، (2024)، "علاج المخططات (الأسس النظرية والفنيات العلاجية)"، مجلة المجتمع والرياضة: المجلد (07)، العدد (02)، ص 148-157.
68. غزالة ليلة، علي تعوينات، (2018)، "تقييم وتشخيص الانتباه البصري لدى المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية (IMC)"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (35)، ص 1147-1158.
69. فاطمة الزهراء، (2023)، "المخططات المعرفية غير المكيفة وعلاقتها بالضبط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد"، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
70. فاطمة مناعي، (2020)، "موت الدماغ وآثاره دراسة فقهية طبية"، أطروحة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الإسلامية تخصص الفقه والأصول، مخبر الجنوب الجزائري للبحث في التاريخ الحضاري الإسلامية، جامعة غرداية.
71. فتحي محمد علي سليمان، (2022)، "المخططات المعرفية اللاتكيفية والكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة"، كلية الآداب: العدد (57)، ص 02-80.
72. فطيمة شعلال، (2023)، "الداء السكري كاضطراب سيكوسوماتي لدى المراهق المتمدرس بمرحلة التعليم المتوسط، دراسة عيادية لـ 03 حالات بولاية تيزي وزو"، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، المجلد (12)، العدد (01)، ص 577-600.

73. فهمي علي محمد، (2008)، "الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل" - رؤية نفسية-، ب.ط، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
74. القرآن الكريم، "سورة آل عمران، أية"06.
75. كادري زينب، نافر أنفيل، (2021)، "دراسة إحصائية للحوادث الدماغية الوعائية في منطقة قسنطينة"، أطروحة لنيل شهادة الماجستير، كلية علوم الطبيعة والحياة، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة.
76. كاظم ولي آغا، (1981)، "علم النفس الفسيولوجي"، الطبعة الأولى، دار النشر مشورات دار الأفاق الجديدة، بيروت، لبنان.
77. لعازقة حمزة، لعوامري أحمد شريف يونس، سمارة ياسمين، (2021)، "دور المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في ظهور الادمان على الانترنت، مجلة دراسات نفسية: المجلد (12)، العدد (01)، ص 171-187.
78. لمين عثمان، مزوز بركو، (2022)، "المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة لدى أفراد عصابات الأحياء"، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف: المجلد (07)، العدد (01)، ص 77-97.
79. لولوة صالح الرشيد، (2019)، "اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالشعور بالاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري"، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية: المجلد (06)، العدد (02)، ص 129-144.
80. ليندلي ريتشارد لاين، (2014)، "السكتة الدماغية"، دار المؤلف، الرياض.
81. ماكور طيب، (2016)، "دراسة عوامل الخطر في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة: المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ومركز التحكم نموذجيا"، نيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
82. محمد إبراهيم الدوسقي، رشا محمد فايز، فاطمة محمد على عبد العال، (2023)، "وصمة الذات وعلاقتها بأبعاد صورة الجسم لدى عينة من مريضات سرطان الثدي"، مجلة الإرشاد النفسي: المجلد (02)، العدد (76)، ص 2-39.

83. محمد احمد إبراهيم سغفان, هالة أحمد عبد الحليم صقر, (2022), "المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب الدراسات العليا", المجلة التربوية: العدد (106), ص 682-751.
84. محمد السيد عبد الرحمن, ثريا سراج, (2015), "المخططات المعرفية كمتغير وسيط في العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والاكتئاب لدى طالبات الجامعة", المجلة المصرية للدراسات النفسية: مجلد (25), العدد (86), ص 1-53.
85. محمد رفعت محمد مرعي, (2021), "الخصائص السيكومترية لاستبيان المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية المبكرة ليونغ (YSQ) وفق لنموذج راش لدى عينة من طلاب الجامعة", كلية التربية بالغردقة, المجلد (04), العدد (01), ص 193-231.
86. محمد سرحان علي المحمودي, مناهج البحث العلمي, ط3, دار الكتب, صنعاء.
87. محمد عباش, (2021), "نوعية السير النفسي وطبيعة الصورة الجسدية لدى المرضى المتقبلين وغير المتقبلين لزرع الأعضاء (الزرع الكلوي)", مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي, جامعة الجزائر-2- أبو القاسم سعد الله, الجزائر.
88. مريم شقدروة, (2023), "السكتة الدماغية تقرير الحالة في قسم الطوارئ بالمستشفى الجامعي مد السادس", أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الطب, كلية الطب والصيدلة, جامعة القاضي عباض, مراكش.
89. مريم علي الهني, (2024), "صورة الجسم كمنبئ بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة مصراتة", المجلة الأفروآسيوية للبحث العلمي: المجلد (02), العدد (04), ص 249-263. Website : <http://aajsr.com/index.php/aajsr/index>
90. مصطفى عبد المحسن الحديبي, (2015), "فاعلية العلاج بالمعنى في خفض اضطراب صورة الجسم وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى المعاقين حركيا رسالة لنيل شهادة الماجستير في التربية", كلية التربية, جامعة أسيوط.
91. منصور ليلي, (2021), "الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وعلاقتها بالمساندة الأسرية", مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الأسري, كلية العلوم الاجتماعية قسم علم النفس والأرطفونيا, جامعة محمد بن أحمد, وهران.

92. منصوري ليلي، جلطي بشير، (2022)، "الصدمة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي-دراسة ميدانية-"، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية: المجلد (11)، العدد (01)، ص 273-288.
93. موزة سيف خميس ناصر الدرمني، (2023)، "مشكلات أسر ذوي الشلل الدماغي بدولة الإمارات العربية المتحدة ومصادر الدعم (المنطقة الشرطية نموذجياً)"، شؤون اجتماعية: المجلد (10)، العدد (158)، ص 9-58.
94. موسى أبو زيتون، روان عدنان إيداح، سليمان موسى أبوزيتون، (2019)، "شهر الطعام وعلاقته بصورة الجسد وتقدير الذات لطلبة صعوبات التعلم"، مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية: المجلد (03)، العدد (05)، ص 406-426.
95. مى حسين على عبده، (2019)، صورة الجسم لدى مرضى البهاق وعلاقتها بالصلابة النفسية، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي: المجلد (07)، العدد (03)، ص 401-437.
96. ميرنا ماريو خاروق، علا علي حسين، (2023)، "قلق الموت ما بعد الجلطة الدماغية لدى عينة من المصابين بالجلطة الدماغية في جمعية بيت لحم العربية للتأهيل والجراحة"، مجلة العلوم التربوية والنفسية: المجلد (07)، العدد (01)، ص 63-81.
97. نبيل حميدشة، (2012)، المقابلة في البحث الاجتماعي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية: العدد (08)، ص 96-109.
98. نجوى إبراهيم الشناوي، (2019)، "الشفقة مع الذات كمنبئ بالرضا عن صورة الجسم والقلق والاكتئاب لدى عينة من طالبات الجامعة"، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي: المجلد (07)، العدد (01)، ص 1-29.
99. ندى فاضل محسن المالكي، (2024)، "صورة الجسم وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من مرضى عمليات التكميم"، مجلة العلوم التربوية والاجتماعية، المجلد (03)، العدد (02)، ص 1-41.
100. نوال حمريط، (2020)، "دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
101. نورية عمر قريط، (2017)، "قلق المستقبل وتقدير الذات وعلاقتها بصورة الجسم لدى مبتوري الاطراف بعد ثورة 17"، رسالة لاستكمال متطلبات الماجستير في علم النفس الأكاديمية الليبية، ليبيا.

102. هاني أحمد محمد الغمري, (2016), "صورة الجسم والفاعلية الشخصية والتكيف النفسي الاجتماعي لدى المبتورين ذوي الطرف البديل", مذكرة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية كلية التربية, الجامعة الإسلامية بغزة.
103. هبة محمد خطاب, (2014), "صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة", مذكرة ماجستير تخصص علم النفس, الجامعة الإسلامية غزة.
104. هدى رمضان النجار, (2016), "الاغتراب النفسي وعلاقته بصورة الجسم والنظرة المستقبلية لدى مصابي عدوان 2014 على قطاع غزة", مذكرة لاستكمال ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية بكلية التربية, الجامعة الإسلامية بغزة.
105. وفاء أحمد الدويك, (2020), "صورة الجسم وعلاقتها بكل من قلق الولادة والاكتئاب لدى عينة من النساء الحوامل في محافظة الخليل", رسالة لاستكمال متطلبات الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي بكلية الدراسات العليا, جامعة الخليل, فلسطين.
106. وليد صلاح محمد عبد المنعم, (2021), "المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية المنبئة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من طلاب الجامعة", مجلة كلية الآداب جامعة الفيوم: المجلد (13), العدد (02), ص 3757-3841.
107. وليد نجاح على على, (2022), "تأثير برنامج تأهيلي بدني على الكفاءة الوظيفية للمرضى المصابين بالشلل النصفي السفلي", مجلة التربية البدنية وعلوم الرياضة: المجلد (30), العدد (04), ص 183-211.
108. يارا مال عبد الناصر موسى عبد الفتاح المغربي, (2023), "اضطراب القلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات وصورة الجسم لدى المراهقات", مجلة كلية الآداب جامعة بوسعيد: العدد (26), الجزء (02), ص 109-171.

• المراجع الأجنبية:

1. AdiliNizar , (2020), "Neurologie anatomie du systèmes nerveux, série des cours du module d'anatomie 2 destinée aux étudiants de 3^{ème} année docteur vétérinaire", départements des sciences vétérinaires, université de Batna 1, Hadj Lakhdar.
2. Ahmad AmiriPijakelai, Mehdi Akbari, Shahram Mohammad Khani, JafarHasni, (2023), **"The structural of Early Maladaptive Schemas with Cardiac Health-related Behaviors in General population : the Madiating role of emotion regulation and self-compassion"**, Journal of relational-emotive et cognitive-behavior therapy:(10),(1007),publicationat: <https://www.resarchgate.net/publication/374133218>.
3. Amin Sayyadi, Mohammad Mehdi Maleksaabet, Mohammed HossienGozashti, (2023), **"The association between early maladaptive schemas and glyczmic control in patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study,endorinaldiabmetah:** (10), (1002), <https://doi.org/10.1002/edm2.437>, p.1-6.
4. Andrea Pozza, Umberto Albert, DavideDéttore, (2020), **"Early maladaptive schemas common and specific predictors of skin picking subtypes"**, BMC psychology: 8(01) 27, <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0392-y>.
5. Ariane Plamondon, 2020, **"l'influence de l'entourage familial de la femme sur son image corporelle et ses comportements alimentaires"**, Doctorat continuum d'études en psychologie, université du Québec à Trois-Rivières.
6. Bendahou Khadidja, Benmouna Khadidja, Bennihi Mohammed Khalil, Belhachi Zakariya, (2019), **"Hémiplégie vasculaire: Aspects cliniques et prise en charge"**, Thèse de Docteur en Medecine, Université Abou Bekr Belkaid, Tlemcen.
7. Betermine Marine, (2022), **"La robotique assistée du membre supérieure en ergothérapie auprès des patients post AVC"**, mémoire d'obtention du Doctorat de d'ergothérapie, Université Paris.
8. Camille Gautier, (2022), **"Impact de la thérapie miroir dans la rééducation chez le patient hémiplégique en phase subaigüe: une revue de littérature à caractère systématique"**, en vue de l'obtention du diplôme d'état de Masseur kinésithérapeute, institut de formation en Mosso kinésithérapie, Brest Cedex 3.
9. EdourdMorganti, (2023), **"Les effets de l'activité physique sur l'aspect motivationnel chez les patients atteint d'un accident vasculaire cérébral"**, mémoire Master 2 STAPS mention : Activité physique adaptée et santé, Université de Lille, France.
10. Emilie Richard, (2022), **"l'influence de l'amputation d'un ou deux membres inférieurs sur l'estime de soi et l'image corporelle des patients par rapport à ce qui est observé chez des individus non amputé"**, Saint-Sebastien sur Loire, France.
11. FaezehArabameri, AnahitaKhodabakhshi-Koolae, (2021), **"The role of early maladaptive schemas on coping styles and fear of recurrence in women with breast Cancer: A cross-sectional study"**, Multidisciplinary Cancer investigation: volume (05), issue (04), p.2-9.
12. FaresBougendoura, Salim Zaabar, (2021), **"image du corps du handicapé, pratique sportive et remaniement identitaire"**, l'exellence journal sciences techniques de l'activité physique et sportive: volume (06), N° (02), p.693-713. ASJP/<https://www.asjp.cerist.dz/en/presentation revue/208>.

13. FatemehGolnezhad-Monfared, FarahnazMeschi, Mohsen Mansoubifar, RobabehAtaeifar, SheidaSodagar, (2023), **"Relationship between sefl-care behavior and early maladaptive schemas in people with type 2 diabetes: the mediating role of coping strategies"**, international journal of behavioral sciences: 17(01), p.53-57.
14. FazlolahMirdrikvand, Mohammad Ali Sepahvandi, SiamakKhodarahimi, SiminGholamrezaei, MojtabaRahmanBougar, PejmanShafikhani, (2019), **"Early maladjustment schemas in individuals with and without type 2 diabetes mellitus"**, post doctorate fellowship of psychology: 6(01), p.150-156.
15. GozdeYontar, EsenOzgan, (2024), **"Early maladaptive schemas in female patients with migraine and tention-type headache"**, scientific reports, 14 (01), p.1-9.
16. GulenGulerAsku, OzanKayar, Ali EvrenTufan, MeryemOzlemKutuk, AyseNurOzdagAcarli, DamlaHazalSucu, BaharTasdelen, FevziyeToros, AynurOzge, (2023), **"Early maladaptive schemas in episodic and chronic migraine in adolescents"**,Fontiers in Neeurology: 10 (3389), p. 01-12. Publication at: <https://www.researchgate.net/publication/370190803>.
17. HactorMerloGaleazzi, (2019), **"Adaptation pour la population Québécoise d'une tache de rappel d'histoire pour l'évaluation des schémas précoces inadaptés chez les 8 à 15ans"**, mémoire doctorat en psychologie cheminement enfance et adolescence, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil.
18. HodaKateb, Maryam KalhorniaGolkar, RobabehAtaeefar, (2021), **"Predicting Quality of Life Based on early maladaptive schemas and personality traits in women with breast Cancer"**, RazaviInt J Med: (9), (03), p.14-17.
19. Jeffrey E.Young, Janet S.Klosko et Marjorie E. Weishaar, (2003), **"La therapie des schémas (approche cognitive des troubles de la personnalité) "**, 2^{me} édition, Bruxelles.
20. Julie Roussin, (2011), **"Psychothérapie selon l'approche des schémas de Young et analyse critique d'un processus thérapeutique"**, Doctorat en psychologie, Université du Québec, Canada.
21. Lemaire Astrid, (2016), **"Le piano en ergothérapie : un outil de rééducation chez les patients hémiplésiques"**, Evaluation de la pratique professionnelle et recherche, Université d'Auvergne.
22. LubnaAffasfos, (2009), **"The early maladaptive schémas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuation for Palestinian students"**, partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of philosophy, University Hamburg.
23. Madi Amazigh, (2021), **"l'image du corps chez les diabétiques amputés"**, Master en psychologie, revue du laboratoire de la santé mentale et Neurosciences : vol (03), N° (06), p.91-109.
24. Mélissa Delalande, (2023), **"Impact des catégories d'IMC sur l'image corporelle négative et positive chez les femmes) "**, mémoire de Master 2 parcours APPCM, Université Rennes 2.
25. Mona Abbasi, HayedeSaber, AfsanehTaheri, (2023), **"Developing a structural model of pain perception based on early maladaptive schemata mediated by cognitive emotion regulation in people with chronic pain"**, Iranian evolutionary and educational: vol (05), N° (01), p.101-117. Publicashed: <https://doi.org/10.5254/ieepi.5.1.101>.

26. Mourad Adler Kichi, (2016), **"Retentissement de la spasticité sur la marche de l'hémiplégie vasculaire"**, Thèse de Doctorat en sciences médicales, Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou
27. NomenaFiniavana, Rasadobarison, Rahamefyodilonrandrianasolo, lolaandriamasinaivalona jenny larissarakotomanana, julien razafinahefa, alaindjacobaTehindrzanravelo, (2017), « frequency et caractéristiques des AVC impliquant les artères perforantes dans le service Neurologie de l'hôpitalBafelatananaantanarivo, « Pan africanmedical journal : 28 (76).
http :www.panafrican-med-journal.com/content/28/76/full/doi :10.11604/pamj.2017.28.76.13593
28. OMS, definitions avec 2018 <https://www.who.int/topics/cerebrovascular-accident/fr/>.
29. Pascal David, (2021), **"Hemiplegic Cerebral palsy causes and its treatment"**, ImedPub Journals: vol (13), N°(11:52), p.1-2, this article is available from: <http://www.archivesofmedicine.com/>.
30. Raphael Fidelis Randrianarivo, Ravonirina Eric Alson, Adeline RahariveloBertilleHortenseRajaonarison, (2022),**"Impact psychosocial et compartmental chez les patients hémiplégique Post AVC A Mahajanga I"**, International Journal of progressive sciences and technologies: vol(35), N° (01), p.25-33.
31. RedaTawfik Mohamed, Tahany Ahmed El-Senousy, Mona Nadr Ibrahim, (2022), **"Biopsychosocial Needs among patients with hemiplegia"**, Egyptian Journal of Health care: vol (13), N° (04). P.556-571.
32. Serrano VillotaHéctor Ricardo, (2019), **"Fisiopatogenia de la hemiplejia en adultos un analisisfisioterapeuticeinvestigacion final previo a la obtencion del titulo de licenciado en ciencias de la salud carrera de terapiafisica y deportiva"**, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba Ecuador.
33. Seyed Ahmad SeyedAlinaghi, MehrzadMohsseni Pour, ElaheAghaei, FaribaZarani, JalilFathabadi, Mona MohammadiFirouzeh, (2023), **"The relationships between early maladaptive schemas, quality of life and self-care behaviors in a sample of persons living with HIV: The potential mediating role of cognitive emotion regulation strategies"**, the open AIDS journal: volume (14), p.100-107. Avariable at: <https://openaidsjournal.com>.
34. Viviana Lo Buono, LillaBonanno, Francesco Corallo, DavideCardile, Giangetano Carmela Rifichi, EdoardoSessa, Angelo Quartarone and Maria Cristina De Cola, (2023), **"The relationship between body image, disability and mental health in patients with multiple sclerosis"**, Journal of clinical medicine: (12), 3606, p.2-9. <https://www.mdpi.com/journal/jcm>.
35. ZhilaZeighani, Leila Azarvash, Reza Kazemi, (2017), **"Comparing early maladaptive schemata in cardiac patients and healthy individuals"**, Journal of social sciences, literature and language: vol (02), N° (03), p.42-49.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01)

دليل المقابلة:

المحور الأول: البيانات الشخصية

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| الاسم: | المستوى التعليمي: |
| الجنس: | الحالة الاجتماعية: |
| المهنة: | الحالة المدنية: |
| الرتبة بين الإخوة: | عدد الإخوة و الأخوات: |

المحور الثاني: الحالة المرضية (السوابق المرضية)

- 1 منذ متى أصبت بالشلل النصفي؟
- 2 هل هناك حالات في العائلة؟
- 3 هل كنت تعاني من أمراض أخرى قبل الإصابة أو بعدها؟
- 4 هل خضعت لأي عمليات جراحية قبل الإصابة أو بعدها؟
- 5 هل سبق و أن استشفيت من قبل؟

المحور الثالث: المعتقدات العقلية

- 1 هل تغيرت أنماط التفكير لديك فما يتعلق القدرة على الحركة أو النشاطات اليومية؟
- 2 هل لديك أفكار أو مشاعر سلبية بشأن حالتك الجسدية؟
- 3 هل تؤثر هذه الأفكار على حياتك اليومية وطريقة تعاملك مع التحديات؟
- 4 هل تؤثر تعليقات الآخرين حول حالتك الصحية؟ وهل يشعر ذلك بالانعزال؟
- 5 كيف تتعامل مع التحديات الصعبة؟
- 6 هل تخشى من فقدان شخص قريب إليك؟

المحور الرابع: التصور الذاتي

- 1 هل تجد صعوبة في تقبل التغيرات التي تطرأ على جسمك؟ وكيف تتعامل معها؟
- 2 هل تشعر أنك أصبحت أكثر أو أقل إهتماما بمظهرك الجسدي؟
- 3 هل أثر ذلك على شعورك بالثقة بالنفس؟ وكيف ذلك؟
- 4 هل شعرت في أي وقت بعد الإصابة بأنك أصبحت شخصا مختلفا عما كنت من قبل؟
- 5 هل تجد صعوبة في التكيف مع حالتك؟

المحور الخامس: العلاقات الاجتماعية

- 1 هل تلقيت أي دعم نفسي أو اجتماعي بعد الإصابة؟
- 2 هل تغيرت علاقتك مع زوجك (زوجتك) في ظل ظروفك هذه؟
- 3 كيف واجهت واهل مريض مع هذا المرض؟
- 4 كيف أصبحت نظرتهم وسلوكهم معك بعد الإصابة؟ وهل غيرت معالجتهم بك أمك؟
- 5 هل هناك تغيرات في علاقاتك الشخصية بعد الإصابة؟

المحور السادس: النظرة المستقبلية

- 1 هل تغيرت نظرتك للمستقبل بسبب هذه الإصابة؟
- 2 هل لديك مشاريع مستقبلية مع المرض؟
- 3 هل لديك أمل في التكيف مع حالتك وفي تحسين وضعك؟
- 4 هل هناك أي تغيرات في نظرتك للأشياء التي كنت تعتبرها مهمة في حياتك قبل الإصابة؟
- 5 هل هناك أشياء تجعلك تشعر بالتفاؤل أو التشاؤم تجاه المستقبل؟

الملحق رقم (02)

مقياس صورة الجسد:

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات، والمطلوب قراءة كل عبارة ووضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك و تعبر عن رأيك.

الرقم	العبارة	نعم	أحيانا	لا
1	أستمتع بصحة جيدة.			
2	جسمي و هيتي جميلة.			
3	أستدركت تحقيقات زملائي ليس ألبنة لعي جسمي.			
4	في غلني أثير ارجسمي وش لتي.			
5	أش عرب أن يديني و أحاول خفي ف وزني.			
6	أش عرب الأثني بسبب هيتي و جسمي.			
7	ي عيني جسمي و هيتي كم لتبدوا في المرأة.			
8	ضيقني علققات أسوت إلى سلة علة جسمي ش كلتي.			
9	أش عموال قلق و الوقت عن دجلن ظر إى ال خرين.			
10	تؤدي أعضاء جسمي وظف به كفاءة.			
11	رى الأشخا ال خرون أن جسمي يقاسق.			
12	أش عرب أن قصل عيني في جسمي و هيتي.			
13	أستدركت هيتي سمي كمال ممثليين أوع ارضي الأزياء أوال يضيي.			
14	قلقني أثير أرا ال خرينت جاه جسمي ش كلتي.			
15	أش عرب أن الأخي فيس خرون من جسمي يي هيتي.			

16	هتي ال حجة وجسمي القيق يساعدي لحي قامة صلقت لتيرة.		
17	أحبال خجل من جسمي.		
18	في غلني لتي را أرا آل خرين بت جليسمي وش لطي.		
19	أش عرب أن جسمي حيف وأحاول زيادة وزني.		
20	لتي آل خرين لأن جسمي ش كل ي غيق بولين.		
21	لتي إجر اعلج لتي عدي ل عي و فسي جسمي.		
22	أستيت مدح جسمي و هتي.		
23	رى أن آل خرين أجسام لمفضل في.		
24	أش عوالرضا عن هتي و جسمي.		
25	يش عن جسمي بلق ففينسي.		
26	لتي لتي أن تكون هتي وجسمي لفضل من الآن.		
27	أش عرب لقمام آل خرين توقي رمم لأنلي هتي و جسمي مجد حيين.		

الملحق رقم (03)

مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ YSQ-SF

ترجمة: عبد العزيز حداد لاصورة ملخصتصرة

الجنس: السن: الاسم:

الحالة الاجتماعية: المستوى التعليمي:

التعليمة: إليك مجموعة من البدائل مرقمة من (1 إلى 6) التي تصف عنك، أو لا تعبر عن درجة معينة. الرجاء قراءة العبارات بحذر واختار البديل الذي يعبر عنك وتراه في قلبك، وذلك بوضع علامة (×).

ملاحظة: لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما هناك إجابة صريحة تتطابق مع حالتك وكل الصلح والتمثل مقدمتق سررة التستخلال لفائدة عليية.

رقم	البند	1	2	3	4	5	6
		تتطبق تماما	تتطبق بدرجة كبيرة	تتطبق بدرجة متوسطة	لا تتطبق	لا تتطبق بدرجة كبيرة	لا تتطبق تماما
01	في أغلب الأحيان، لا أجد أحدا يعنني بي، يشاركني أو يهتم بما يحصل لي.						
02	في أوقات الشدة، لا ألقى من المحيطين بي المساندة والحنان ولا العطف.						

						03	في حياتي، لم أشعر أبدا بأن لي مكانة خاصة عند الآخرين.
						04	في أغلب الأحيان، لا أجد أحدا يستمع إلي بجدية، أو يفهمني، أو يحس بمشاعري وبحاجتي الحقيقية.
						05	عندما أتردد فيما يجب فعله، نادرا ما أجد شخصا مقنعا يسدي لي النصح أو يوجهني.
						06	أتعلق بالناس المقربين مني، لأنني أخشى أن يتخلوا عني.
						07	أخشى كثيرا أن أخسر الناس الذين أنا بحاجة ماسة إليهم، لدرجة أن هذه الفكرة تشغل بالي كثيرا.
						08	أقلق عندما أفكر في أن الناس القريبين مني قد يتخلون عني.
						09	تصيبني خيبة أمل عندما أشعر بأن شخصا أكن له التقدير يبتعد عني.
						10	أحيانا شدة خوفي من تخلي الناس عني تجعلني أبادر برفضهم.
						11	لدي انطباع بأن الآخرين يستغلونني.

						أظن أنه علي أن أبقى يقظا وحذرا أمام الناس، والأسيتمدون إخراجي.	12
						يمكن أن أتعرض للخيانة في أي وقت.	13
						أنا مرتاب تجاه دوافع الناس ونواياهم.	14
						غالبا ما أراقب النوايا الخفية للأشخاص (للأبواب الخفية).	15
						أنا غير مرتاح في المحيط الذي أنا موجود فيه.	16
						أنا مختلف تماما عن الآخرين.	17
						أنا فريد من نوعي، أنا وحيد.	18
						أحس أنني منعزل عن غيري.	19
						غالبا ما أشعر أنني خارج الجماعة.	20
						لا أحد ممن أميل إليهم بإمكانه أن يحبني إذا علم بعيوبي.	21
						لا أحد ممن أرغب فيهم سيبقى قريبا مني عندما يتعرف على طبيعتي.	22
						أنا لست جديرا باهتمام واحترام حب الآخرين.	23

						لدي انطباع بأنني لا أستطيع أن أكون محبوباً.	24
						أنا لا أحظى بالتقبل من طرف الناس، حتى أعرفهم عن نفسي أو أفصح لهم عما بداخلي.	25
						أغلب الأشياء التي أقوم بها فهي العمل أوفي الفضل (ليس من أجل التي يثقون بها الآخرين).	26
						أنا لست كفئاً حتى أحقق النجاح.	27
						معظم الناس هم أكثر مني كفاءة في مجال العمل والنجاح.	28
						أنا لست متميزاً في العمل مثل أغلب الناس المتميزين.	29
						أنا لست أكثر ذكاء من عامّة الناس (وإلا فإني العمل أوفي الفضل).	30
						لا أشعر أنني قادر على تدبير أموري بمفردي في حياتي العادية.	31
						أعتبر نفسي كشخص غير مستقل عن الآخرين.	32

						أنا أفقد للحس السليم.	33
						حكمي على الأشياء التي تحدث في المواقف اليومية ليس صائبا.	34
						ليست لدي الثقة في قدراتي على حل المشاكل اليومية الطارئة.	35
						يصعب علي التخلص من شعور مفاده، بأن هناك شيئا سيحدث.	36
						أشعر أن كارثة ما (طبيعية، جوية، لمائية، صحية) يمكن أن تحدث في أي لحظة.	37
						أخشى أن أتعرض لاعتداء.	38
						أخشى ألفقد كل ما لدي.	39
						أخشى أن أصاب بمرض خطير حتى وان لم يتضح لي صدق من طرف الطبيب.	40
						لم ألق قادرا على مفارقة والدي، مثل قربلي لغيرت لميوا من ذلك.	41
						أنا ووالدي نهيلى أن نوقاسم نوقش ارك حياة بعضنا البعض.	42
						من الصعب بلان سبب في ولولدي الالفاظ تفصيلي جيتان، دون لشعر بالثوب والخيولة بسبب هذا الالفاظ.	43

						غالباً ما أرى بأنني مندمج في شخصية والدي، بحيث لا أشعر بوجودي وكياني.	44
						غالباً ما أشعر أنه ليست لدي شخصية تميزني عن شخصية والدي ووالدتي أو رفاقي.	45
						أظن أنه لو فعلت يوماً ما أريد لكنك واجهت المتاعب.	46
						أعتقد أنه ليس لدي خيارات غير الخضوع للآخرين، وإلا سيرفضونني أو يلحقون بي الأذى.	47
						بخصوص العلاقات، أنا أرضخ لضغوط الآخرين.	48
						دائماً، أسمح للآخرين بأن يختاروا بدلاً مني وعلى هذا لا أعرف حقاً ما أريده لنفسِي.	49
						لدي صعوبات كثيرة في جعل الآخرين يحترمون حقوقِي بما فيه مراعاة مشاعري.	50

						أنا شخص، عادة ما أفضل العناية بالأشخاص القريبين مني.	51
						أنا شخص طيب، لأنني أفكر في الآخرين أكثر مما أفكر في نفسي.	52
						أنا منشغل كثيرا بخدمة الناس، لدرجة أنني أنزعج من عدم وجود الوقت للاهتمام بنفسي.	53
						كنت دائما الشخص الذي يستمع لمشاكل وهموم جميع الناس.	54
						الناس يرونني ذلك الشخص الذي يعطي الكثير، و لكن القليل لنفسه.	55
						يضايقني كثيرا إظهار المشاعر الايجابية.	56
						أرى انه من المزعج أن أظهر مشاعري للآخرين.	57
						أرى أنه من الصعب أن أكون ودودا وعفويا مع الآخرين.	58
						أراقب نفسي كثيرا لدرجة أن الناس يظنون أنني مجرد من الأحاسيس والانفعالات.	59

						يعتبرني الناس بأنني "معطلة" من الناحية الانفعالية.	60
						علي أن أكون الأحسن في كل ما أقوم به، ولا أقبل أن أكون التالي.	61
						أحاول أن أعمل كل ما بوسعي. لا أقبل أن أكون في مستوى أقل.	62
						ينبغي علي أن أتحمّل كل مسؤولياتي.	63
						لدي انطباع أن هناك ضغطا مستمر في سبيل أن أتم عملي وأن أنجح.	64
						لا أخرج من المأزق بسهولة، ولا أقدم اعتذارات عن أخطائي.	65
						أجد صعوبة كبيرة في تقبل الجواب "لا" من طرف الآخرين عندما أطلب شيئا منهم.	66
						أنا متميز عن الآخرين، ولست مجبرا على تقبل معظم القيود التي ينبغي على الآخرين الخضوع لها.	67

						أكره أن أجبر على القيام بشيء ، ا وان امنع من فعل شيء ما أريده.	68
						أشعر أنني غير مجبر على الامتثال لأعراف والقيام بالأدوار المنوطة كالآخرين.	69
						أعتقد أن ما أقدمه ذو قيمة كبيرة أكثر مما ساهم به الآخرون.	70
						أرى أنه غير ممكن أن أتحدى بالانضباط لكي أكمل أعمال الروتينية أو المملة.	71
						إذا لم أتمكن من بلوغ هدفي، يصيبني الإحباط بسهولة، لذلك أتحدى عنه.	72
						أمر بلحظات صعبة، عندما تجب علي التضحية بالامتيازات الحالية، من أجل تحقيق هدف طويل المدى.	73
						لا أستطيع أن أجبر نفسي على القيام بأشياء لا أحبها، حتى لو كنت اعرف أنها في مصلحتي.	74
						نادرا ما أتمكن من الالتزام بمواقفي الصارمة.	75