

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس



صورة الجسد لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني
من إعاقة حركية من خلال إختبار الرورشاخ
دراسة عيادية لأربعة حالات في متوسطات بولاية
تيزي وزو

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي

تحت إشراف الأستاذة:
سليماتي مليكة

من إعداد الطالبة:
عبيد فازية

2019-1018

كلمة الشكر

احمد الله حمدا كثيرا و اشكره على توفيقه لي لإنجاز هذا العمل المتواضع.

و بعد اتوجه بأسمى آيات الشكر و التقدير و العرفان الى الاستاذة المشرفة "سليمانى مليكة" التي لم تبخل علي بالتوجيهات و اشكرها لدعمها و صبرها علي.

و الاساتذة الذين تابعوني خلال الاطوار الدراسية و اخص بالذكر الاستاذة "حداد نسيمه" التي لم تبخل علي بالمعلومات الدراسية.

و كل الشكر لكل من ساعدني من قريب او من بعيد.

إهداء:

حمدا لله الذي وفقني.

أهدي عملي هذا تقديرا و عرفانا لعطاء بلا حدود...

إلى من يعجز قلبي عن رد بعض جميلهما...

أبي و أمي...

أطال الله عمرهما و منحهما الصحة و العافية ...

و تحية حب و إعزاز إلى إخوتي و أخواتي الأحباء...

الذين كانوا لي البسمة و الأمل و العون و السند...

إلى كل من ساعدني خلال مشواري الدراسي...

فهرس المحتويات

كلمة شكر

الإهداء

ملخص الدراسة

مقدمة.....1.

الجانأ النظري

الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية

- 1- الإشكالية.....6
- 2- الفرضيات.....9
- 3- أسباب اختيار الموضوع.....9
- 4- أهمية الدراسة.....10
- 5- أهداف الدراسة.....10
- 6- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا.....10
- 7- الدراسات السابقة.....11

الفصل الأول: الصورة الجسدية

- تمهيد 15
- 1- لمحة تاريخية عن الصورة الجسدية 15
- 2- تعريف الصورة الجسدية.....16
- 3- الفرق بين صورة الجسد و التصور الجسدي.....17
- 4- النظريات المفسرة لصورة الجسد.....18
- 5- أنواع صورة الجسد.....21
- 6- أبعاد و مكونات صورة الجسد 23

- 6- نمو صورة الجسد خلال مراحل الحياة.. 25.....
- 7- العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد..... 29.....
- 8- الصورة الجسدية من خلال اختبار الرورشاخ..... 30
- خلاصة 33

الفصل الثاني: المراقبة.

- تمهيد 32
- 1- تعريف المراقبة 32
- 2- النظريات المفسرة للمراقبة 33
- 3- مراحل المراقبة 41
- 4- أنواع المراقبة. 43
- 5- مظاهر النمو في مرحلة المراقبة 45
- 6- حجات المراقبة 52
- 7- مشكلات المراقبة 54
- 8- المراقق في المجتمع الجزائري 59
- خلاصة 61

الفصل الثالث: الإعاقة الحركية

- تمهيد..... 63
- 1-تعريف الإعاقة 63
- 2- تعريف الإعاقة الحركية 64
- 3- أسباب الإعاقة الحركية..... 65
- 4-خصائص المعاقين حركيا..... 67
- 5- تصنيفات و أشكال الإعاقة الحركية 69

88	6- تأهيل المعاقين حركيا
96	7- الوقاية من الإعاقة الحركية
97	8- المعاقين حركيا في المجتمع الجزائري
101	- خلاصة.....

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

103	- تمهيد.....
103	1- منهج الدراسة
103	2- الدراسة الإستطلاعية.....
105	3- مجموعة الدراسة.....
113	4- الأدوات المستعملة في الدراسة

الفصل الخامس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج

125	1- عرض الحالة "أ"
136	2- عرض الحالة "ر"
146	3- عرض الحالة "ن".....
156	4- عرض الحالة "م"
170	5- تفسير و مناقشة النتائج.....
172	استنتاج عام

خاتمة

المراجع

الملاحق

قائمة الجداول:

رقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص مجموعة البحث	106
02	عرض بروتوكول الحالة "ش"	119
03	المخطط النفسي البسيكوغرام للحالة "ش"	120
04	شبكة الصورة الجسدية لترينبورغ	122
05	عرض بروتوكول الحالة "أ"	126
06	المخطط النفسي البسيكوغرام للحالة "أ"	128
07	شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "أ"	131
08	عرض بروتوكول الحالة "ر"	136
09	المخطط النفسي البسيكوغرام للحالة "ر"	138
10	شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "ر"	141
11	عرض بروتوكول الحالة "ن"	146
12	المخطط النفسي البسيكوغرام للحالة "ن"	148
13	شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "ن"	152
14	عرض بروتوكول الحالة "م"	157
15	المخطط النفسي البسيكوغرام للحالة "م"	159
16	شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "م"	162
17	ملخص عام لنتائج اختبار الرورشاخ لكل الحالات	167
18	ملخص عام لنتائج شبكة الصورة الجسدية	169

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان
01	دليل المقابلة النصف الموجهة
02	صور للوحات اختبار الرور شاخ

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على، نوع الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس، الذي يعاني من اعاق حركية. و لتحقيق هذا الهدف قمنا بصياغة الفرضية التالية:

الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية ، تتميز بالهشاشة و السلبية.

لتحقيق هدف الدراسة استخدمنا المنهج العيادي، أين كانت الدراسة على أربع حالات، مراهقين و مراهقات يعانون من إعاقة حركية مست الأطراف السفلية ،الذين تتراوح أعمارهم بين (12 إلى 18) سنة. و تتمثل أدوات الدراسة في: المقابلة النصف الموجهة بالإضافة إلى اختبار "الرورشاخ لهرمان رورشاخ" (1920).

توصلت النتائج إلى: أن الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية تتميز بالهشاشة و السلبية.

Résumé

La présente étude, a pour but d'étudier l'image corporelle chez les adolescents(e) ayant un handicap moteur, qui sont scolarisé dans des écoles normales. L'hypothèse émise prévoyait, que l'image corporelle chez les adolescents(e) ayant un handicap moteur, qui sont scolarisé dans des écoles normales se caractérise par la fragilité et la négativité.

Afin de réaliser le but voulu, on a opté pour la méthode clinique, ou on a utilisé pour collecté les données: L'entretien semi-directif et le test de "Rorschach", de "Herman Rorschach" (1920), sur quatre cas.

Le résultat de cette étude se résume comme telle: l'image corporelle chez les adolescents(e) ayant un handicap moteur, qui sont scolarisé dans des écoles normales se caractérise par la fragilité et la négativité.

مقدمة:

تعتبر الإعاقة الحركية من الإعاقات الأكثر انتشارا بين أنواع الإعاقات في الجزائر و ذلك راجع لحوادث المرور، أو زواج الأقارب، أو الإصابة بأمراض، بالإضافة لولادة أفراد بتشوه خلقي، فهذا النوع من الإعاقات تحدث تأثيرا كبير في حياة النفسية و الاجتماعية للفرد، فمن المهم القيام بدراسات علمية تخص هذه الفئة لمساعدة المعاق و أسرته و المجتمع ككل، لتقبل الإعاقة و تقبل جسدهم. خاصة لدى المراهقين أين يكون الجسد مركز اهتماماته و كون في هذه المرحلة يكون الجسد هام لتكوين الهوية و بناء الأنا.

فالأفكار و المشاعر التي يكونها المراهق عن جسده هي التي تمثل الصورة الجسدية التي تتأثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بالصدمات و العاهات، التي تحمل تشوها للمظهر الجسدي، و لوظائفه كما أن للأحكام التي يصدرها الآخرون أثر على نمو صورة الجسد، فلكل مجتمع و كل فرد لديه معايير يصنف بها الجسد المثالي سواء ما يخص الجانب الوظيفي من القوة العضلية، أو الجانب الجمالي من خلال الطول و الوزن و تناسق أعضاء الجسم. فالصورة الجسدية تنتج بفعل سيرورة تطورية تسمح بالانتقال من جزء مدمج ذو حدود قائمة تفصل بين الداخل و الخارج، هذا ما يشكل قاعدة هوية جسدية قوية و مستقرة، ما يعبر عن صورة جسدية جيدة، و كلما ابتعدنا عن هذه المؤشرات اقتربنا إلى صورة جسدية هشة و تعود تلك الهشاشة إلى عوامل خارجية و داخلية مثل التجارب التي نعيشها من خلال ذلك الجسد و تشوه المظهر.

خاصة في مرحلة المراهقة أين يعتبر الجسد و مكوناته من أهم العوامل المتأثرة بهذه الفترة أين يعتبر المظهر الجسدي مصدر القلق و التوتر للمراهق، لذى نجدهم يسعون باستمرار إلى تأكيد الذات، فاحتواء هذا الجسد على تشوهات تمس بنيته و وظيفته يمكن أن تهدد الاتزان النفسي للمراهق، و بالتالي يمكن أن تؤثر على الصورة الجسدية له، انطلاقا من هذه المعطيات أردنا التعرف على الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني من

إعاقة حركية. و للإحاطة بهذا الموضوع تم تقسيم البحث إلى جانبين، الجانب النظري و الجانب التطبيقي.

يتضمن الجانب النظري أربعة فصول:

الفصل التمهيدي خصص للإطار العام للإشكالية فيه تم تحديد مجرى البحث و العناصر التي تساهم في إيضاح الإطار العام للدراسة و فرضيتها و عرض المفاهيم الأساسية.

الفصل الأول نجد فيه المتغير الأول وهو صورة الجسد تطرقنا فيه للمحة تاريخية، تعريفها، الفرق بين صورة الجسد و التصور الجسدي والنظريات المفسرة لصورة الجسد، أنواع صورة الجسد، أبعادها و مكوناتها، العوامل المؤثرة في تكوين صورة الجسد، نمو صورة الجسد خلال مراحل الحياة، الصورة الجسدية خلال اختبار الرورشاخ.

الفصل الثاني تم عرض مفهوم المراهقة أين تم التطرق الى تعريف المراهقة، النظريات المفسرة للمراهقة، مراحل المراهقة، أشكال المراهقة، مظاهر النمو في مرحلة المراهقة، حاجات المراهقة، مشكلات المراهقة و في الأخير المراهق في المجتمع الجزائري.

الفصل الثالث تم عرض مفهوم الإعاقة الحركية و تم التطرق من خلاله لتعريف الإعاقة، تعريف الإعاقة الحركية، أسباب الإعاقة الحركية، خصائص المعاقين حركيا، تصنيفات و أشكال الإعاقة الحركية، احتياجات المعاقين حركيا، الوقاية من الإعاقة الحركية و المعاقين حركيا في الجزائر.

أما الجانب الثاني من الدراسة يتضمن فصلين:

الفصل الرابع إجراءات الدراسة الميدانية و قمنا بالتذكير بفرضية الدراسة، منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، و الأدوات المستخدمة.

الفصل الخامس تطرقنا فيه إلى عرض الحالات و نتائج اختبار الورشاخ، أين تم تحليل تلك النتائج لتأكيد الفرضية أو نفيها.

مع الإشارة إلى أن كل فصل مهنداه بتمهيد و ختمناه بخلاصة. كما تم إنهاء الدراسة باستنتاج عام.

و في الأخير تم إدراج كل من قائمة المراجع و الملاحق .

الجانب النظري



1- إشكالية الدراسة:

يمر الفرد بمراحل نمو مختلفة و ذلك من الولادة حتى الشيخوخة و من خلالها تنتزع شخصية الفرد و تكتمل من خلال التجارب التي يعيشها و هذه التجارب متعلقة بأجزاء الجسد الذي يقيم بربط الخبرات الداخلية و الخارجية للفرد "فهذه الخبرات تبدأ من مرحلة الطفولة المبكرة بدأ بالعلاقة بالموضوع (أم - طفل) التي تمكن من إرسان الصورة الجسدية في الوقت نفسه الذي تمكن من الوعي بالذات، فمذ الأيام الأولى من حياة الطفل تقام رابطة بين الحاجات الجسدية و اللذة. أين ربط فرويد تطور الشخصية بمناطق مختلفة (فمية، شرجية و قضيبية) و التي تعتبر قبل كل شيء مناطق جسدية". (محمد الدسوقي، 2006: 22)

فكل ما يحمله الفرد من خبرات عن جسده يعتبر مصدر تطور شخصيته، إلا أن في البداية تكون متعلقة بجسده وحده بدون الآخر و هي النرجسة الأولية و فيما بعد تأتي النرجسة الثانوية التي تكون من خلال التماهي بالآخر فيدرك أن جسده منفصل عن الغير (الأم) حتى يصل لمرحلة المراهقة أين يحدث لدى الفرد نضج عقلي و جسدي يجعله يتعرف على حدود جسده، إلا أن هذه المرحلة تعرف بكونها مرحلة حساسة نظرا للتغيرات الفيزيولوجية و النفسية التي تطرأ على الفرد فيدخل فيها مرحلة النضج الجنسي و الجسمي مما يحدث تشويشا و اضطرابا على الصورة الجسدية للطفل، "هذه التغيرات التدريجية الشاملة و الجذرية تدمج أولا بالخصائص الحسية (بصرية و حركية) و بتدريج القدرات الوظيفية الجديدة فتكون الصورة الجسدية هنا بين السياق الفيزيولوجي و النفسي". (رفيقة بلهوشات، 2007: 39) فيصبح للمظهر الخارجي أهمية بالغة في نظرة المراهق أين يهتم بوزنه و بطوله و يكون حساسا لآراء المحيطين به وللتجارب التي سيعيشها معهم، و التي ستؤثر في إدراكه لصورته الجسدية التي تتغير تبعا للمعاش الجسدي و قدرته على مسايرة تلك التغيرات، هذا ما يؤكد شيلدر (1968) "أنه يمكن لصورة الجسد أن تكون بنية مرنة قابلة للتكيف مع التغير، يمكنها أن تمتد و تنقلص يمكنها ترك عناصرها للعالم الخارجي و

دمج عناصر أخرى تحت مبدأ الاستمرارية (Continuité)، الاستقرار (Stabilité) و المتانة (La constance) " (رفيقة بلهوشات 2007: 44)

و لكن في حالة عدم القدرة على تقبل تلك التغيرات الجسدية و شعور الفرد بأنه مختلف عن المحيطين به يمكن أن يؤدي للشعور بالخجل و عدم الرضا، بالإضافة الى الإحباط و هذا ما يؤكد كل من "بيترز و فيلبس (1993)" أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسد يشعرون بمجموعة من الانفعالات التي ربما يجدون صعوبة في الإفصاح عليها و تتمثل في الشعور بالاشمئزاز من صورة الجسم و يزيد هذا الشعور عندما يتعرضون لإشارات أو دلائل ترتبط بالعيب المدرك و كذلك الشعور بالقلق الذي يزيد في المواقف الاجتماعية المختلفة (الدسوقي، 2008: 123) و هذا نجده خاصة لدى المراهقين الذين يعانون من إعاقة جسدية أين يجب عليه تجاوز تلك التغيرات التي تصاحب مرحلة المراهقة بالإضافة الى الوصول لتكوين الانا في ظل اختلافه خاصة كون المجتمع يولي اهتماما كبيرا للمظهر الخارجي، و هذا ما تؤكد دراسة ريس (1992) Rice أن للجاذبية الجسدية علاقة هامة بتقدير الذات الإيجابي لدى المراهق و بالشعبية التي يتمتع بها بين الرفاق و بمدى تقبلهم له و يبدو ان لها تأثير في نمو الشخصية و في العلاقات الاجتماعية و السلوك الاجتماعي، فعند الحديث عن المراهق الجذاب يتم وصفهم بأنهم أذكاء و مرغوبون و ودودون و دافئون. (بدره معتصم ميموني، مصطفى ميموني، 2010: 45) فالمرهق يميل أن يكون له جسد مثالي، خالي من أي شوائب، و يتمتع بالصحة البدنية الجيدة، فإصابته بالإعاقة الحركية التي تمس الجانب الوظيفي لأعضائه، بالإضافة الى مظهره الجمالي، يمكن أن يؤدي إلى هشاشة الصورة الجسدية و هذا ما يؤكد دولتو (1997) Dolto " أن الإصابة بالأمراض الجسدية أو جروح حادة، إصابات جسدية متبوعة بخلل وظيفي، يمكن أن تبعث لهشاشة الصورة الجسدية و التي تكون نتاج نكوص انفعالي. كما يضيف شيلدر (1968) Schilder في هذا السياق، أن التغير العضوي، إصابة، نقص،

أو تعطل في التكوين العضوي، حتى لو كان هذا النقص غير ظاهر كالأعراض الداخلية قد يحدث تغيرات في الصورة الجسدية، فصورة الجسد يمكن أن تمسها تحولات أو تتأثر بتاريخ الفرد. (رفيقة بلهوشات، 2007: 44)

كما أن للمظهر الجسدي و صحته دور هام في إحساس المراهق بالأمن و تقدير الذات الإيجابي، أين يؤكد وريث (1960) Wirth في دراسته التي هدفت الى التعرف على مستوى تقدير الجسد عند الأطفال المعاقين، أين توصلت إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من انخفاض في تقدير الجسد و الشعور بالدونية عن الآخرين، بالإضافة إلى عدم الشعور بالأمن الجسدي و الاجتماعي. (عبد الرؤف عامر، 2000: 84) فلنظرة الغير أيضا تأثيرها على تكوين صورة الجسد لدى المراهق المعاق حركيا فتعرضه للسخرية و الرفض الاجتماعي يشعره بالإحباط و هذا ما تؤكدته دراسة بركي (2003) Bereack أين هدفت هذه الدراسة الى التعرف على القصور الذاتي و صورة الجسد و علاقتها بالرفاهية النفسية الاجتماعية أين توصلت الدراسة الى وجود علاقة بين صورة الجسد و الارتياح النفسي لدى العاديين و انخفاض صورة الجسد و مفهوم الذات و الرفاهية الاجتماعية لدى المعاقين حركيا. (فريدة خيرة، 2015: 75)

أما عن الدراسات التي تناولت الصورة الجسدية من خلال الاختبار الإسقاطي الرورشاخ نذكر دراسة رفيقة بلهوشات (2007) تحت عنوان طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة، دراسة عيادية من خلال الإنتاج الإسقاطي لخمسة عشرة حالة لمعرفة طبيعة العلاقة بين الصورة الجسدية، بعد الإصابة بحروق ظاهرة و مدى تعلق الصورة بنوع السير النفسي للمصاب من حيث قدرته على إرضان هذه الصدمات أين توصلت الدراسة إلى أن تسعة حالات من خمسة عشر حالات أظهرت صورة جسدية هاشة، تعبر عن صورة جسد غير مدمج و، مفكك و غير مبني (رفيقة بلهوشات، 2007: 420) و دراسة ستابرو و سريز (Sarris 1997) I.Stavros et D. التي هدفت

إلى التعرف على خصائص الصورة الجسدية للراشد الذي يعاني من إعاقة حركية. أين تكونت العينة من (12) راشد، و استخدم في هذه الدراسة المقابلة النصف الموجهة بالإضافة الى إختبار الرورشاخ، فتوصلت الدراسة إلى أن (07) حالات من (12) لديهم صورة جسدية سلبية (I.Stavros et D. Sarris 1992: 25)

لذلك تعد الجاذبية الجسمية و خاصة الرضا عن الجسد باختلاف أبعادها الإدراكي، الانفعالي، الاجتماعي، و تأزر أعضاء الجسم و تناسقها دور كبير في تكوين صورة جسدية موجبة و بالتالي إنشاء فرد متزن نفسيا و ذو تقدير ذات مرتفع، أما الفرد الذي لديه معاش جسدي سلبي بالإضافة إلى صعوبة في الإدماج مع تلك الخبرات يمكن أن يؤدي ذلك الى اختلال الصورة العقلية الجسدية التي بدورها تؤثر على توافقه و على صحته النفسية عامة. و من هذا المنطلق نطرح التساؤل الذي مفاده: كيف تظهر الصورة الجسدية للمراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية من خلال اختبار الرورشاخ؟

2 - فرضية الدراسة: تتميز الصورة الجسدية للمراهق الذي يعاني من إعاقة حركية بالسلبية و الهشاشة.

3- دواعي اختيار الموضوع:

يعتبر موضوع صورة الجسد من المواضيع المثيرة للاهتمام من حيث تأثيره على تكوين الهوية و بناء الأنا، بالإضافة إلى تقدير الذات لدى الفرد فكلها هامة في بناء الشخصية، فدراسة الصورة الجسدية لدى المراهق المعاق حركيا تمكن من التعرف على خصائص شخصيته كما تمكننا من التنبؤ ببعض الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تصيب المراهق الذي لديه صورة جسدية سالبة، بالإضافة للتعرف على الميكانيزمات الدفاعية التي يعتمد عليها المراهق الذي يعاني من إعاقة حركية.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة كونها ركزت على المراهق الذي يعاني من إعاقة حركية، إذ تسعى إلى التعرف على الصورة الجسدية التي يكونها المعاق حركيا. كما أن صورة الجسد موضوع مهم في الصحة النفسية و ذلك لما له من تأثير على شخصية الفرد المستقبلية. بالإضافة إلى مرحلة المراهقة كونها المرحلة العمرية التي تحدث فيها تغيرات مهمة في جسد الفرد و نفسيته، بالإضافة إلى أهمية نوع الصورة الجسدية التي سيكونها الفرد على تكوين الهوية و تقدير الذات.

5- هدف الدراسة:

التعرف على نوع الصورة الجسدية لدى المراهق الذي يعاني من امعاق حركية .

6- تحديد المفاهيم الأساسية إجرائيا:

6-1- تعريف الاجرائي لصورة الجسد:

هي الإدراكات و التصورات التي يكونها المراهق المعاق حركيا الذي يدرس في المدارس العادية و التي نتعرف عليها عند تطبيق إختبار تفهم الموضوع الرورشاخ لهرمان رورشاخ (Hermann Rarschach. (1920 و شبكة تحليل الصورة الجسدية "لتروبنبرغ".

6-2- تعريف الإجرائي للمراهق المتمدرس:

هو ذلك التلميذ الذي يدرس في مستوى التعليم المتوسط أو الثانوي، و الذي يكون عمره يتراوح بين (12-18 سنة).

6-3- تعريف الإجرائي للمعاق حركيا:

هو ذلك المراهق الذي يعاني من خلل في قدراته الحركية على مستوى الأطراف السفلية له و التي تحد من قدرته في استخدام جسمه بشكل طبيعي.

7-الدراسات السابقة:

7-1 الدراسات العربية:

دراسة رفيقة بلهوشات (2007) تحت عنوان طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة، دراسة عيادية من خلال الإنتاج الإسقاطي لخمسة عشرة حالة لمعرفة طبيعة العلاقة بين الصورة الجسدية بعد الإصابة بحروق ظاهرة و مدى تعلق الصورة بنوع السير النفسي للمصاب من حيث قدرته على إرضان هذه الصدمات أين توصلت الدراسة إلى أن تسعة حالات من خمسة عشر من مجمل الحالات أظهرت صورة جسدية هاشة، تعبر عن صورة جسد غير مدمج و، مفكك و غير مبني (رفيقة بلهوشات، 2007: 420)

عند ربط هذه الدراسة مع دراستنا الحالية نجد أنها تناولت نفس المتغير و هو صورة الجسد، إلا أن دراسة "بلهوشات" 2007 كانت على عينة من الأفراد المصابين بحروق ظاهرة أما دراستنا تمت على مراهقين و مرافقات يعانون من الإعاقة الحركية. أين توصلت هذه الدراسة إلى أن معظم الحالات أظهرت صورة جسدية هاشة.

دراسة فريدة خيرة (2015): هدفت الدراسة الى التعرف على تأثير الإعاقة الحركية على صورة الجسد عند الطفل أين استخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي و استخدمت المقابلة و اختبار رسم الشخص على حالتين، و توصلت الدراسة إلى أن الطفل المصاب بالإعاقة الحركية لديه تصورات جسدية مشوهة و يظهر إدراك خاطئ للجسد بسبب عدم تقبل و عدم التأقلم مع الإعاقة. (فريدة خيرة، 2015، ص75)

تتفق دراستنا مع دراسة فريدة خيرة فيما يخص متغير الدراسة الذي هو الصورة الجسدية، بالإضافة إلى نوع الإعاقة كما أنها استعملت كأدوات الدراسة اختبار إسقاطي (رسم الرجل) و المقابلة العيادية. و تختلفا في خاصية من خصائص عينة الدراسة المتمثلة في الطفل في حين أن دراستنا كانت على المراهق.

7-2- الدراسات الأجنبية:

دراسة (1996) Beats : تم القيام بهذه الدراسة بهدف المقارنة في صورة الجسد و مفهوم الذات بين أربع مجموعات: هي مجموعة المصابين بالألم أسفل الظهر، و مجموعة الأفراد الغير المصابين بألم الظهر و مجموعة مصابة بالشلل السفلي و مجموعة مصابة بالشلل الرباعي و مجموعة غير مصابة بأي إعاقة. أظهرت الدراسة عدم وجود اختلاف بين المعوقين بإصابات الحبل الشوكي مع الافراد العادين في تقديرهم لصورة الجسم و مفهوم الذات، و عدم وجود فروق بين المعوقين بإصابة الحبل الشوكي مع العادين في تقديرهم لصورة الجسم و مفهوم الذات، و عدم وجود فروق بين الأفراد المعاقين المصابين بالشلل النصفي السفلي مع أقرانهم المصابين بالشلل الرباعي في تقديرهم لصورة الجسم ومفهوم الذات. (جعفر فارس العرجان، 2016، ص 1991)

تتفق دراستنا مع دراسة **Beats** في كونها تناولت الصورة الجسدية لدى فئة المعاقين و تختلفا في كونها عبارة عن دراسة مقارنة كما أنها اعتمدت على إطار نظري آخر. فتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعات الأربعة في تقديرهم لصورة الجسم و مفهوم الذات.

دراسة ستابرو و سريز (1997) I.Stavros et D. (Sarris 1997) التي هدفت إلى التعرف على خصائص الصورة الجسدية للراشد الذي يعاني من إعاقة حركية أين تكونت العينة من 12 راشد و استخدمنا في هذه الدراسة المقابلة النصف الموجهة بالإضافة الى اختبار الرورشاخ،

فتوصلت الدراسة إلى أن (07 حالات من 12) لديهم صورة جسدية سليمة (25) (I.Stavros et D. Sarris199:

تتفق هذه الدراسة مع دراستنا كونهما تتولتا الصورة الجسدية لدى المعاقين حركيا من خلال من خلال إختبار الرورشاخ. و تختلفا في خصية من خصائص مجموعة البحث المتمثلة في المرحلة العمرية. فتوصلت دراسة "ستابرو و سريز" إلى أن معظم أفراد العينة لديهم صورة جسدية سليمة.

دراسة وترهه (2000)Wetterhah: بعنوان صورة الجسد و علاقتها بالمشاركة في النشاطات الجسمانية و الرياضية، فقد هدفت هذه الدراسة الى فحص صورة الجسد لدى الاطفال مبتوري الاطراف و النظر الى العلاقة بين مستوى صورة الجسد و مدى درجة المشاركة في النشاطات الرياضية. و تكونت العينة من 24 نشطين و 32 أقل نشاطا و قد توصلت الدراسة الى أن هناك علاقة إيجابية بين المشاركة في النشاطات الرياضية و تحسن صورة الجسد لطفل مبتور الاطراف.(عصام حمدي الصفي، ص153)

عند ربط دراستنا مع دراسة "وترهه" أن كلهما تناولتا الصورة الجسدية لدى المعاقين (مبتوري الأطراف) و تختلفا في كون هذه الدراسة تتناول متغير تابع و هو المشاركة في النشاطات الجسمانية و الرياضية بالإضافة إلى الفئة العمرية لعينة الدراسة (الاطفال).

توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين المشاركة في النشاطات الرياضية و تحسين صورة الجسد للمبتور.

دراسة بركي (2003) Breacky: الدراسة بعنوان صورة الجسد و القصور الذاتي و علاقتها بالرفاهية النفسية و الاجتماعية لدى المعاقين حركيا، حيث حاول بركي التعرف على القصور الذاتي و صورة الجسد و علاقتها بالرفاهية النفسية الاجتماعية توصلت الدراسة الى وجود علاقة بين صورة الجسد و الارتياح النفسي لدى العادين و انخفاض صورة الجسد و

مفهوم الذات و الرفاهية الاجتماعية لدى المعاقين حركيا. (رنى محمد صبحي، 2007، ص19)

تتفق دراسة بركي مع دراستنا في كونها تناولت متغير صورة الجسد لدى المعاق حركيا. و تختلفا في كون دراسة بركي تناولت متغيرين مستقلين وهما صورة الجسد و القصور الذاتي بالإضافة إلى متغير تابع و هو الرفاهية النفسية و الاجتماعية أما دراستنا الحالية فتناولت الصورة الجسدية لدى المعاق حركيا. و توصلت دراسة بركلي إل وجود علاقة بين صورة الجسد و الارتياح النفسي و انخفاض صورة الجسد و مفهوم الذات و الرفاهية الاجتماعية لدى المعاق حركيا.

الفصل الأول: صورة الجسد

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن صورة الجسد
- 2- تعريف صورة الجسد
- 3- الفرق بين صورة الجسد و التصور الجسدي
- 4- النظريات النفسية المفسرة لصورة الجسد
- 5- أنواع صورة الجسد
- 6- أبعاد و مكونات صورة الجسد
- 7- العوامل المؤثرة في تشكيل صورة الجسد
- 8- نمو صورة الجسد خلال مراحل الحياة
- 9- صورة الجسد حسب إختبار الرورشاخ

خلاصة

تمهيد:

الجسد يشمل جانبيين الأول فيزيولوجي و الثاني هوامي الذي يمثل الأفكار و المشاعر التي يكونها الفرد عن هذا الجد فكليهما يشكلان ما يعرف بالصورة الجسدية التي سنقوم بعرضها في هذا الفصل من خلال تقديم لمحة تاريخية عن صورة الجسد، الفرق بين الصورة الجسدية و التصور الجسدي، النظريات النفسية المفسرة لصورة الجسد، أنواع صورة الجسد، أبعاد و مكونات صورة الجسد، العوامل المؤثرة في تشكيل صورة الجسد، نمو صورة الجسد خلال مراحل الحياة، صورة الجسد خلال اختبار الرورشاخ.

1- لمحة تاريخية عن الصورة الجسدية:

نظرا لدور الجسد و المكانة التي يملكها في مختلف الثقافات و الحضارات لكونه مركز انشغال أدى العديد من العلماء والباحثين على القيام بدراسات على دوره و أهميته في بناء شخصية الفرد و تأثيراته على حياته.

بدأ الاهتمام بصورة الجسم في المجال النورولوجي Neurologie و الطب النفسي Psychiatrie، و يعتبر **بونيه** الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع (1900)، و بيك الذي درس اضطرابات الاتجاهات لسطح الجسم و شبح الأطراف ممن مهدوا لدراسة صورة الجسم، ثم يأتي **هنري هيد** أو مؤسس لنظرية حول الجسم ليوضح أن لكل منا صبغة إجمالية لتكامل أجزاء الجسم، و من ثم معيار يحكم به على أوضاع و تحركات جسمه. (حسين فايد، 2008: 160)

في عام (1913) تحدث **فرانز Firanze** على الصورة الجسدية و أسسها الليبيدية فهو يفترض أن الاستثمار الليبيدي للمناطق الشبقية التي تعمل مع مناطق أخرى أولية غير شبقية التي تلائم مع المناطق الشبقية أيضا.

و من ثم يأتي شيلدر (Schilder (1935 الذي هو عالم أعصاب و محلل نفسي الذي يضيف مصطلح صورة الجسد Image corporel و ليس المخطط الجسمي le schéma corporel في علم النفس أين ركزت دراسته على صورة الجسد. (Catherin Merine; 2004: 421)

2- تعريف صورة الجسد:

يعرفها شيلدر Schilder (1950): بأنها تعني شكل الجسم كما نتصوره بأذهاننا، و الطريقة التي يبدو بها الجسم لأنفسنا. (Dimitris Sarris; 1995:20)

يعرفها كفاف و النيال(1996): بأنها صورة ذهنية يكونها الفرد و تسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث و مواقف و بناء على ذلك فإن صورة الجسد قابلة للتعديل و التغير. (إبراهيم مرتضي إبراهيم الاعرجي، 2017: 153)

تعريف القاضي (2009): تعرف صورة الجسد بأنها صورة ذهنية و عقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية أو أعضائه المختلفة و قدرته على توظيف هذه الأعضاء و إثبات كفاءته، و ما قد يصاحب ذلك من مشاعر و اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية. (منار سعيد بن مصطفى، 2016: 198)

مما سبق يتضح أن صورة الجسد تختلف من فرد لآخر و ذلك باختلاف الصورة الذهنية التي كونها الفرد عن جسده و قدرة هذا الجسد، إلا أن هذه الصورة الذهنية يؤثر فيها العوامل الخارجية المحيطة بالشخص كتقييمه لجسده على أساس ما يراه في جسد الغير و الخصائص الثقافية لهم، لذي نجد أنها تتغير باستمرار من صورة إيجابية إلى صورة سلبية.

2- الفرق بين صورة الجسد و التصور الجسدي:

إن مصطلح التصور الجسدي (Le schéma corporel) انحدر من مفهوم التصور الوصفي (Le schéma postural) كما جاء في أعمال (Head) و التي ارتكزت على الملاحظات العلمية للمصابين بجراح الجمجمة. (سمية بن عيسى، 2015-2016: 12)

بينما مصطلح صورة الجسد يستخدم في علم الأعصاب و التحليل النفسي. و نجد أن سامي علي (Ali Sami, 1990) يعتبر صورة الجسد تركيبة حية لتجاربنا الانفعالية و هي محددة في المحيط الفضائي و هذا الأخير بذاته محدد من طرف الجسد الذي يفرض نفسه. فصورة الجسد لديها قاعدة فيزيولوجية التي تتعرض لبسمة الحياة و هي حويصلة نشاط لثلاثة مواد و هي: (Dimitris Sarris; 1997:20)

- الغريزة الليبديّة و الانفعالية Les pulsion libidinale et émotionnelles

- العلاقات بين الشخصية Les relations interpersonal

- النموذج الوضعي les modèle posturale (Dimitris Sarris; 1997:20)

أما التصور الجسدي فهي الصورة التي يمتلكها كل فرد عن جسمه بما فيها مختلف أعضائه و كذلك المكانة الوضعية التي يأخذها في المحيط الفضائي، فهذا المفهوم يتطور من نمو الفرد ففي مرحلة البلوغ مثلا يتغير شكل الجسم و بالتالي، تتغير الصورة التي يمتلكها المراهق عن جسمه.

فصورة الجسم قاعدتها انفعالية، أما التصور الجسدي قاعدته عصبية، ففي الحالة الأول، يكون الجسم معاشا كوسيلة أولى للعلاقة مع الآخرين، أما في الحالة الثانية فالجسم يستخدم كأداة للسلوك في المجال و نحو الآخرين، بالإضافة يمكن التمييز بين صورة الجسم التي تنتمي الى السجل الخيالي أما التصور الجسدي فيتعلق بالسجل الحسي الحركي المعرفي.

كما أن صورة الجسم أساسها لا شعوري عاطفي أما التصور الجسمي فهو مفهوم ما قبل شعوري (سمية بن عيسى، 2015-2016: 11) كما يشير دولتو (Dolto; 1984) أن لدى كل الأشخاص التصور الجسمي يعتبر من نفس الجنس، إنما صورة الجسد خاصة للفرد دون الآخر فهي مرتبطة بالشخص و خبراته الذاتية. (Dimitris Sarris; 1997: 20)

3- النظريات النفسية المفسرة لصورة الجسد:

3-1- النظرية العصبية التشريحية:

بينت هذه الدراسة بواسطة تجارب متعددة على أشخاص يعانون من اضطرابات الذاكرة و الشعور حيث أن اتصالات القشرة الداخلية المحيطة تعطي للفص دورا أساسيا في الاندماج الحسي و الجسدي الذي يعطي الشعور بالجسد، حيث حدثت "هرمت Hermite" مفهوم الصورة الجسدية على أنها إسقاط للمنبهات المحيطة على القشرة الدماغية، و هي عبارة عن صورة الجسد مسقطة و مركزة تشريحيًا على المنطقة اليمنى الجداري للدماغ. (Petrrouver B, 1997: 136)

فسرت النظرية العصبية التشريحية الصورة الجسدية من خلال إسقاطات المنبهات المحيطة للفرد كما أن أرجع الصورة الجسدية السالبة إلى اضطرابات في وظيفه الدماغ.

النظرية الفزيولوجية الوظيفية:

بدأت الدراسة في هذا المجال في القرن التاسع عشر حيث لاحظ بعض الباحثين وجود أفراد يعانون من مشكلة الجانبيه، و كذا وجود عدة اضطرابات تمس الجلد أو توظيف الفرد لجسده، و هذا ما أدى بهم إلى استعمال عدة مفاهيم تعادل مفهوم الصورة الجسدية عند الأفراد عن طريق دمج مجموعة من العمليات الخاصة و منها عملية الرؤية التي تبدو أكثر أهمية، كما نجد "توماس موث Themas Amothe" (Petrrouver B, 1997: 136)

الذين تحدث عن هذه المعطيات بأنها بنية في مخطط بصري و جسدي و يضيف أهمية الحواس في إدراك المظهر الجسدي الشخصي. (Petrrouver B, 1997: 136)

النظرية الفزيولوجية الوظيفية تفسر الصورة الجسدية من خلال دمج وظائف الجسد و المعطيات التي تجمع من خلال تلك العمليات، ليكون بمجملها الصورة الجسدية.

3-2- التحليل النفسي:

تعرف صورة الجسد بأنها صورة و شكل الجسم كما نتصوره في عقلنا كوحدات مجسمة يشمل تلك العوامل البينشخصية و البينية الزمنية، و كمارس للطب النفسي أدرك "شيلدر (Schilder; 1935) أن التشويهاً في خبرة الجسم التي نسبت إلى علم أمراض الدماغ في حاجة للدراسة ليس فقط من منظور علم وظائف الدماغ، و إنما حتى من وجهة النظر النفسية، فأدخل هذا المفهوم إلى علم النفس و ذكر أن العديد من المتغيرات التي ارتبطت بصورة الجسم لها علاقة رئيسية بكل من السمات المرضية للحياة اليومية و في الأحداث اليومية العادية، لأن صورة الجسم تقع في مركز الشخصية، و خبرة الجسم نواة للحياة النفسية.

قد تعلق دراسات "شيلدر" للجسد حول مفهوم الصورة الجسدية فحسب "شيلدر" تأسست الصورة الجسدية فيزيولوجيا فالمكونات الحركية الوظيفية البصرية لهم أهميتهم في بناء هذه الصورة و حتى الألم، لكنه يرى أنه لا الانطباعات البصرية و لا الحركية تعطينا إحساساً كلياً لجسدها، صحيح أن المنطلق يكون بيولوجياً "حاجات بيولوجية" و هذه الأخيرة هي من تلحق بهذه المادة بنية و معنى. (محمد الدسوقي، 2006: 24)

و يرى "شيلدر" أن الطفل يدمج أجزاء من جسم الآخر في صورته الجسدية الخاصة كما يدمج أيضاً تعاملات الآخرين نحو جسدهم. فهناك علاقة طكظ بين صورة الجسد الخاصة بالفرد و الآخرين، حيث يتم تملك الصورة الجسدية الخاصة بالآخرين سواء في

جزئيتها أو في كليتها، و هذا بإدماجها في الجسم الخاص وصولاً بالتماهي بالآخرين، ليست في علاقة تغالب بل هم في تساوي دينامي (اجتياف و إسقاط) تبعث نحو إحساسات و إدراكات في الجسد أو حالات نفسية معينة اتجاه جزء أو آخر. (علاء الدين كفاي و النبال، 1999: 24)

ركز فرويد (S. Freud) في مفهوم صورة الجسم من خلال تطور الأنا و الجنس، إذ يرى أن لصورة الجسم دلالات، و أن تطور الأنا يحدث حسب مفاهيم تعلم الطفل إدماج الإحساسات من سطح جسمه و استعمال هذا الإحساس، كالقاعدة للتمييز بين العالم الخارجي و عالمه الداخلي. و أوضح فرويد (S. Freud) في نظريته عن "الليبدو" إلى أن مناطق الاستثارة الجنسية هي المناطق الحساسة في الجسم، (إبراهيم مرتضي إبراهيم الأعرجي، 2017: 158) و أن شخصية الفرد تتطور على وفق تتابع الإحساسات الجسمية، و يبدأ الفرد في تكوين صورة عن جسمه عن طريق نمو الأنا التي تهيي السبل له ليكون قادراً على التمييز بين ذاته و الآخرين. و على وفق نظرية فرويد، فإن اضطراب صورة الجسد لدى الأفراد و اختلال شخصياتهم، ترجع كلها إلى اختلال الحياة الجنسية في السنوات الأولى من العمر. (إبراهيم مرتضي إبراهيم الأعرجي، 2017: 158)

أما "ألفريد أدلر A- Adler" فعلى الرغم من أنه لم يشير بشكل مباشر إلى مفهوم صورة الجسد إلا أن مفاهيم نظريته عن تعويض النقص و عقدة النقص و أسلوب الحياة تتضمن في طياتها الكثير من صورة الجسد و اضطرابها. فقد أشار "أدلر" إلى أن الفرد عندما يكون له عضو ذو قيمة دنيا من حيث الشكل، أو عضو ذو قيمة لأسباب وظيفية فإن هذا الفرد يطور أحاسيسه المعقدة بالنقص، و يحاول تعويض النقص أو العيب باستعمال عضو آخر، أو من خلال تكثيف استعمال العضو ذو القيمة الدنيا. و على هذا الأساس يتشكل أسلوب الحياة للفرد كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها، سواء كانت مشاعر وهمية أو حقيقية، فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائماً على تدني نظراته إلى نفسه تضطرب

صورة جسمه مما يؤثر على التوازن الشخصي بأكملها. (إبراهيم مرتضي إبراهيم الأعرجي، 2017: 159)

من خلال ما سبق نستنتج أن "شلدن" يرجع تكوين صورة الجسد إلى الجانب الفزيولوجي مثل الحركة و الرؤية لكنها ليست هي الأساسية إنما خبرات الجسم أين عبر عنها بنواة الحياة الشخصية بالإضافة إلى معاملات الغير لنا إذ لعلاقتنا مع الغير دور هام في تكوين صورة الجسد. أما عند "فرويد" فتعود تكوين صورة الجسد إلى مرحلة الطفولة تحديداً إلى المرحلة اللبديدية "بالإضافة إلى إهتمامه بالجسد الخيالي أو الهوامي. أما "أدلر" نجد أنه لم يتناول مفهوم صورة الجسد مباشرة إنما تحدث عنه في ظل عقدة النقص و أن الفرد الذي يعني من نقص في عضو معين يميل إلى تعويض ذلك النقص بالاستعمال المفرط لعضو آخر.

4- أنواع صورة الجسد:

تتمثل أنواع صورة الجسد في:

4-1- الصورة الجسدية الموجبة:

صورة الجسم الايجابية هي بناء متعدد الأبعاد تستلزم أكثر من مجرد الرضا عن الجسم أو تقييم للمظهر فقط. فهي تجمع بين تقدير الجسم و قبوله. فحسب "ويليم Willieme" صورة الجسد الايجابية تتميز بالتفاؤل - تقدير الذات الايجابي - سند اجتماعي. بالإضافة الى تمكن الفرد من ترجمة المعلومات التي يستقبلها بطريقة تمكنه من حماية صورة جسمه و التركيز على الإيجابيات، بدلا من العلل و النقائص. (Parti

(Amandine et Van Beek Salomé; Juille; 2017: 9)

من خلال ما سبق نجد أن الصورة الجسدية الموجبة تتكون من خلال قدرة الفرد على قبول جسديه بما يحمله من علل و ما يمكن أن يطرأ على الفرد من خبرات سلبية و التي

يتمكن من إدراكها بطريقة لا تهدد تقديره لذاته بالإضافة لعلاقات إجتماعية تتسم بالإيجاب فكلها تجتمع لتكون صورة جسدية موجة.

4-2- الصورة الجسدية السالبة:

الصورة الجسدية السالبة تعني أن الشخص لديه أفكار و مشاعر سلبية اتجاه جسمه و غير راضي منه، ليس فقط في الوزن أو الطول و إنما حتى لون بشرته و ملامحه، و يكون متأثر بموقف الأصدقاء و العائلات و أيضا وسائل الإعلام.

(www.pramationscenté.ch)

و يعبر عدم الرضا، بالخلل من جسمه و الشك في قدراته و الاحساس بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه، و قد يختار الانسحاب و الانطواء بعيدا عن الآخرين و قد يختار الأساليب العدوانية بإيقاع الأذى بأولئك الذين يمتلكون أجسام أقوى و أجمل.

4-3- الصورة الجسدية المتذبذبة:

التمثلة في رضاه عن جسمه تارة و رفضه تارة أخرى، بكل ما يحمله الرفض من الاستقزاز و القلق و الخوف من الاشياء قد تكون وهمية، فهو لم يحقق المطلوب مع جسمه مما يجعله في توتر مستمر ينعكس على علاقته ليس مع جسمه فقط إنما على علاقته أيضا مع الآخرين، خاصة عندما يستكشف هؤلاء الآخرين أن المزج يكون تارة مسالم، تارة عدواني، تارة انطوائي و تارة انبساطي. (بريالة هناء، 2012-2013: 23)

من خلال ما سبق نجد أن الفرد الذي لديه صورة جسدية متذبذبة يكون في حالة من عدم الاتزان، الذي يسببه عدم رضاه عن جسده تارة و رضاه تارة أخرى. و ذلك الشعور الغير المستقر و المتردد ينعكس على سلوكه، الذي هو أيضا قادر أن يكون عنيفا في بعض الأحيان و هادئ نسبيا في أحيان أخرى.

5- أبعاد و مكونات صورة الجسد:

5-1- أبعاد صورة الجسد:

يشير ليولي و أسبنون (Osborne et Liewely 1990) ان متغير صورة الجسد يدخل كعامل مؤثر في سلوك الفرد منذ أن يعي بأبعاد جسمه. و قد ينظر الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة الى جسمه بشكل عام و كلي، لكنه لا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسمه. و لكن إدراك الطفل متطور بحيث يأخذ في مرحلة المدرسة في المقارنة بين جسمه و أجسام أقرانه و ينتبه بصيفة خاصة الى خاصيتي الطول و القوة البدنية. (علاء الدين كفاي، 2006: 236)

وضع كل من كفاي و النيال (1995) أربعة أبعاد لصورة الجسد و هي كالتالي: بعد يتعلق بالوزن، بعد يتعلق بالجاذبية الجسدية، و بعد يتعلق بالتأزر العضلي، و بعد يتعلق بتناسق الأعضاء الجسد.

تركيب صورة الجسد بالنسبة "ليبيترسون Petersen" هو نتيجة ثلاث أبعاد مترابطة هي: الواقع البيولوجي، التاريخ الشخصي، الضغوطات الإجتماعية، حيث توجد أولا الحقائق البيولوجية التي تفرض على الفرد تاريخ البلوغ المبكر، متأخر أو في وقته، الوزن الموضوع و الحجم. (وفاء محمد أحمدن، 2009: 47)

و تقسم شقير (1998) صورة الجسد إلى ستة أبعاد و هي: المظهر الشخصي العام، و التناسق بين مكونات الوجه الضاهرية، الجاذبية الجسدية، و التأزر بين أشكال الوجه و باقي أعضاء الجسد الخارجي و الداخلي. و التناسق بين حجم الجسد و شكله و مستوى التفكير. (وفاء محمد أحمدن، 2009: 47)

من خلال ما سبق نجد أنه يوجد عدة أبعاد لصورة الجسد فكل باحث لديه تقسيم مختلف هناك من كفاي و النيال قسم أبعاد الجسد إلى أربع منهم: بعد يتعلق بالوزن،

الجابنية الجسدية، التآزر العضلي و بعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم. أما "بيترس" فيرى أن تركيب صورة الجسد تتكون من ثلاث أبعاد منها: الواقع البيولوجي، التاريخ الشخصي و الضغوطات الاجتماعية. أما ما يخص "شقيير" فقسمها إلى ستة أبعاد التي شملت أبعد التي وضعها "كفاف و النيال" بالإضافة لأبعاد المحددة من طرف "بيترس".

5-2- مكونات صورة الجسد:

يرى جسم أن صورة الجسد تتكون من ثلاث مكونات:

مكون إدراكي: يشير إلى دقة ادرك الفرد احجم جسمه.

مكون ذاتي: يشير إلى عدد من الجوانب مثل/ الرضا و الإنشغال، أو الإهتمام و القلق بشأن صورة الجسد.

مكون سلوكي: يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة، أو التعب، أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسدي. (حمزوي زهية، 2016: 36)

إضافة لعنصرين أساسيين و هما:

1- المثال الجسدي: النمط الجسدي الذي يعتبر جذابا و مناسبا من حيث العمر و من حيث ثقافة الفرد و كلما اقتربت صورة الفرد العقلية لجسده من حيث النمط الجسدي ساهم ذلك في زيادة تقدير الفرد لذاته أما التباعد فيسبب مشكلة كبيرة، و تؤدي إلى تدني تقدير الفرد لذاته.

2- مفهوم الجسد: و يعني الأفكار و المعتقدات و الحدود التي تتعلق بالجسد و كذلك الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد عن جده. (ريم عطية، 2013: 41)

يوجد ستة مكونات لصورة الجسد منها مكون إدراكي، ذاتي و مكون سلوكي ضف لذلك المثال الجسدي و مفهوم الجسد.

6- نمو صورة الجسد خلال مختلف مراحل الحياة:

تتطور الصورة التي يكونها الفرد عن جسمه أو صورة الجسد من مرحلة عمرية الى أخرى فلها خاصية الاستمرار و التعقيد، فهي لا تختلف عن أي ظاهرة ارتقائية أخرى في كونها تنتقل من العام إلى الخاص و من النظرة الكلية الشاملة الى الفحص الجزئي المدقق و إن كان يستمد معناه من الإطار الكلي. و تبدأ الأفكار الشائعة عن الشكل في عمر مبكر و تؤثر في إحساس الفرد بالذات و الرضا عن الجسد، الجسد مكونة من عملية تدريجية تبدأ من الطفولة قبل عمر سنتين فيدرك الأطفال ذاتهم البدنية المنعكسة في المرأة و تتغير صورة ذات الطفل بسرعة مع تطور النمو لديه، لدى صورة ذات الشخص تتكون نتيجة خبراته الشخصية و في مرحلة الطفولة سن سبع أو ثماني سنوات يبدأ الطفل بتنمية الصورة لنوع الجسد المثالي. (أنور محمد الشبراوي، 2002، ص167)

و سنقوم بعرض تطور صورة الجسد خلال المراحل العمرية كالتالي:

6-1-1- مرحلة الطفولة: و تشمل:

6-1-1-1- المرحلة الفمية: من (الولادة إلى سنة).

خلال عملية الرضاعة يعد موضوع الثدي إشباع ينتظره الطفل باستمرار و هو لا يعد جزء لشخص آخر خلال هذه العملية لا يتوجه الرضيع لموضوع مجزء فقط بل لشيء يشبعه خلال الإستهلاك يكون الرضيع و الثدي في إختلاط و لا يعود هذا الأخير الثدي موضوعا خريجيا، بل يختلط بالطفل و الطفل يختلط به. ففي هذه الفترة يستخلص الطفل لذته من الإستثارات التي تمس التجويف الفمي(مص الثدي) والذي يحما معنى هوامي أساسي فيما يخص التبادل الداخلي. (بلهوشات رفيقة، 2008: 37-38)

في المرحلة الفمية يدرك الطفل جسده وجسد أمه أنه واحد و ذلك تكون الأم مصدر إشاعاته البيولوجية فيكون الفم و الثدي نقطة تلامس بين الطفل و الأم.

6-1-2- المرحلة الشرجية:

هي المرحلة الثانية من التطور اللبدي و التي تقع بشكل تقريبي بين السنتين و الأربع سنوات، في هذه المرحلة تعد المحتويات المعوية موضوعا لببدي، حيث يعد مثير للمنطقة الشبقية المتمثلة في المنطقة الشرجية، و يعتبره الطفل كجزء من جسده و الذي يتحكم في طرحه أو إيقافه و بالتالي يتجل هنا التميز بين موضوع داخلي أو خارجي فتمثل هذه المحتويات طريقة تبادل بين الداخل و الخارج.

إن هذه السلوكات السابقة المتميزة بالخضوع أو التحكم لما يطلبه الآخر يقابله لدى الطفل إستعمال لفظ "لا" حيث يتحكم أو يطرح، يملئ أو يفرغ بطنه، حسب هذه الثنائية، لكن بظمان الأمان بهذه الثنائية "نعم / لا" ، يؤكد الأنا الذي يبعث نحو "أنا فرد". (بلهوشات رفيقة، 2008: 37-38)

فيهذه المرحلة تتمثل المنطقة الشبقية في المنطقة الشرجية أين يتعلم الطفل التحكم بالمحتوى المعوي الذي من خلاله يفصل بين الداخل و الخارج.

6-1-3- المرحلة القضيبية:

تبدأ من السنة الرابعة إلى سن السنة السادسة و تأتي مباشرة بعد مرحلة الشرجية و ما يميزها أنها تحوي إنتظام النزوات الجزئية تحت سادية المناطق التناسلية، و هي تتضمن فترتين تفصل بينهما مرحلة الكمون أي المرحلة القضيبية أو التنظيم التناسلي الطفلي و التنظيم التناسلي الفعلي الذي يقوم عند البلوغ. (مصطفى عشوي، 1990: 46)

و نجد كذلك أن المرحلة القضيبية، هي المرحلة التي يكشف فيها الأطفال الفروق الشرجية بين الذكور و الإناث و أيضا، هي التي قد تحدث فيها تحويل الرغبات الجنسية

للذكور نحو الأم و الإناث نحو الآباء، حيث يحدث أثنائها الصراعات الأوديبي (عقدة أديب و عقدة ألكترا) حيث تتطوي العقدة على العداء اللاشعوري نحو الأب أو الأم من نفس الجنس و تعلق لا شعوري بالجنس الآخر. (مصطفى عشوي، 1990: 46)

6-1-4- مرحلة الكمون:

تفصل هذه المرحلة بين بين التطور الأول المتميز بالطبيعة الطفلية للأهداف الجنسية و التطور الثاني الذي يبدأ مع البلوغ و الذي يحدد الشكل النهائي الذي تأخذه الحياة الجنسية. تقوم مرحلة البلوغ من تعديل من حيث العلاقة بالولدين هذه العلاقة التي تكون خالية من الجنسية جزئياً، إن الرغبة في التحقيق الجنسي يتغير الى استثمار.

فجسد الطفل في هذه المرحلة يفقد استثماره الشبقي العلائقي لفائدة الإستثمار النرجسي ذات الشبقية، مستهدفاً بذلك التحكم العضلي و المهارات الحركية، حيث يزاح الإهتمام المنصب فقط على القضيب كعضو في المرحلة السابقة و يلحق بذلك الجسد ككل. (بلهوشات رفيقة، 2008: 37-38)

في مرحلة الكمون تهدأ النزوات الجنسية الطفلية و يبدأ الطفل بإدراك جسده بشكل كلي و لا يقتصر على المناطق الشبقية بالإضافة إلى تعديل في العلاقة مع الولدين.

6-2- مرحلة المراهقة:

تعتبر سنوات البلوغ و المراهقة قاسية خاصة على صورة الجسد بسبب تغيرات الجسد الانساني. (كفاف النبال، 1995، ص24) إذ ليس من السهل دائماً على المراهق أن يدمج كل التحولات الجسدية فأحياناً يبدو الجسد للمراهق كشيء غريب و شاذ (مرحلة مؤقتة من ضياع الشخصية و إختلال في توازن الانا أي هناك إضطراب يصيب الشعور بالوحدة الذاتية فيشعر الشخص بأن إحساساته و رغباته و أفكاره غريبة عنه) هذا المراهق يعبر عن غريته عن ذاته بقوله " إن قدامي جد بعدتاني عن رأسي" في هذا الوقت و من المفيد أن

نشير أن هذا الإضطراب في صورة الذات و الجسد تتعكس في سلوكات الرعونة maladresse و عدم المهارة، يتعرقل و يتقيد المراهق بجسده الغريب عنه. (إمتثال زين الدين الطفيلي، 2004، ص164-165)

6-3- مرحلة الرشد:

عندما يصل الفرد الى مرحلة الرشد و هي مرحلة الهدوء النسبي يتوافق الفرد مع صورة جسده و يقتنع بها من حيث الطول و الشكل و الحجم و لكن توجد درجة من عدم الرضا عن الذات الجسدية

6-4- مرحلة الشيخوخة:

في هذه المرحلة يدرك المسن التغيرات الواضحة على جسده و لكنها تمثل محور جاد في تفكيره بقدر ما يشغله سلامة صحته. (كفاي النبال، 1995: 24)

يمكن القول أن الفرد يبدأ في تكوين صورة جسده من الولادة بالتحديد في المرحلة الفمية و ذلك من خلال التلامسات الأولى بين جسده و جسد أمه أين يدركه كجسد واحد غير منفصلين و من ثم يبدأ بالتميز بين جسده و ما يحيط به و أيضا التعرف على جسمه و جسد غيره و الخصائص التي تميز بينهما وصولا إلى المراهقة أين تطرأ عليه تغيرات هامة فيحاول الوصول إلى صورة جسد إيجابية و ذلك رغم التغيرات الفيزيولوجية التي تعرفها هذه المرحلة الى أن يصل إلى حالة من الاتزان بينه و بين جسده و ذلك لا ينفي دور العوامل المحيطة به التي تلعب دور في هذا الاتزان أو عدمه، و هذا الأخير نجده خاصة في مرحلة الرشد أين يكون الجسم في حالة النضج في كافة النواحي ويتقبل الفرد لجسده ثم تأتي مرحلة الشيخوخة فهنا الفرد يعطي أهمية كبيرة للصحة الجسدية للفرد.

7- العوامل المؤثرة في تمثيل صورة الجسد:

1- آراء و تعليقات الآخرين: و هذه العوامل تبدأ تأثيرها من عمر صغير من خلال تعليقات الأهل و المقربين و تستمر بعد ذلك طوال العمر من المدرسة و الزملاء في المدرسة، و الأصدقاء في المدرسة، و الأصدقاء في الجامعة و في العمل (عبدو هيام سعدون، 2009: 23)

و من شريك الحياة الى أخرى.

2- القيم الاجتماعية الشائعة بما يتعلق بشكل و حجم الجسم المرغوب، تغيرت هذه القيم في الفترة الأخيرة من القرن الماضي بشكل ملحوظ، فبعد أن كانت البدانة رمز للصحة للقوة و الغنى و الخصوبة و الكرم و الطيبة أصبحت في الفترة الأخيرة رمز للقبح و الكسل و عدم القدرة على ضبط النفس.

3- الوصمات الاجتماعية الشائعة، فهناك مثلاً نوع من التعامل الاجتماعي على السمعة، حيث يوصف الشخص السمين في الكثير من النوادر و الطرائق الشائعة، فضلاً عن رسوم الكاريكاتير و أفلام الكرتون، و كذلك أفلام السينما صفات متباينة. لكنها في مجموعها صفات غير مرغوبة فيها كالكسل، و ثقل الظل، و الغباء و القبح.

4- تغيرات الجسد المحددة بيولوجياً، كتلك التي تحدث أثناء البلوغ في الذكور و الإناث و أثناء الحمل و بعد انقطاع الطمث لدى الإناث و كذلك تلك الناتجة عن مرض أو جراحة أو حادث أو عاهة.

5- إحساس الشخص تجاه نفسه و مستوى تقديره الكلي لذاته، و كذلك ما يتعرض له من عنف و من ضرر (Abuse) مادي أو معنوي، أو جنسي. (عبدو هيام سعدون، 2009: 23)

من خلال ما سبق نجد أن هناك عدة عوامل تتدخل في تمثيل صورة الجسد و منها نقد الغير و الآراء التي يوجهونها سواء عن مظهر الشخص أو عن قبا ته المختلفة بالإضافة

إلى القيم الاجتماعية فلكل مجتمع معايير يحدد من خلالها الشخص الجميل من القبيح، و الوصمات الاجتماعية بالإضافة إلى التغيرات التي تطرأ على الجسم سواء من خلال المراحل العمرية و ما تحملها من تغيرات للمظهر الجسدي أو من خلال الحوادث و الأمراض التي يمكن أن تشوه من البنية الجسدية سواء في الداخل أو في الخارج.

8- الصورة الجسدية من خلال إختبار الرورشاخ:

- اللوحة رقم I :

إن الشكل البنيوي للوحة الأولى المتمثل في المظهر المغلق تشكلها حول محور عمودي و الحساسية للفرغات الوسطى و لحواف البقعة أو للفتحة العليا، يجعل من هذه اللوحة الأولى لوحة تبعث نحو الصورة الجسدية كما تكشف عن هشاشها.

إن بلورة الصورة الجسدية تظهر في هذه اللوحة من خلال القدرة على إعطاء إجابات موحدة و مركبة سواء أكانت محتواها إنسانيا أولا، فالقدرة على إعطاء إجابات مبتذلة (خفاش، فراشة) في هذه اللوحة يمكن باعتباره دليل على إدماج جيد للوحة الجسدية.

- اللوحة رقم II :

إن المحتوى الظاهري لهذه اللوحة المتمثل في الفراغ الأبيض الوسطي، الألوان الثلاث الأسود، الأبيض و الأحمر لوحة ثنائية الجوانب، جعل إمكانية التوحيد و خاصة التحديد بين الداخل و الخارج تكون جد حساسة في هذه الأخيرة حيث

يمكن أن تبعث إلى تصورات قديمة يدرك الفراغ الأبيض على أنه فراغ داخلي و نقص في الجسد، تبعث هذه اللوحة أيضا إلى قلق الخفاء. (بلهوشات رفيقة، 2008: 145)

- اللوحة رقم III :

تتمحور هذه اللوحة أولاً على تمحور تصور الجسد البشري و ككل حيث أن محتواه الظاهري قريب جداً من هيئة الإنسان التي تعتبر إجابة مبتذلة في هذه اللوحة كما تبحث هذه اللوحة نحو سياقات التقمصات الجنسية حيث تحمل رمزية جنسية ثنائية فتكشف بذلك إما عن تقمصات واضحة أو صعوبة تقمصيه تظهر من خلال إجابات محايدة غير محددة الجنس، تثير أيضاً هذه اللوحة تداعيات علائقية ذات الاستثمارات النزوية اللبديّة و العدوانية.

- اللوحة رقم VI :

تبحث هذه اللوحة نحو صورة السلطة نظراً لكثافتها الحسّة فغالبا ما تشير هذه اللوحة إلى الرمزية القضيبية تثير تصورات قضيبية قوية، عند وجود تفريق و تحديد جنسي واضح تبحث هذه اللوحة نحو وضعيات بالنسبة للعلاقات التقمصية في قوتها الدينامية من خلال تصورات نشيطة أو سلبية و تثير أيضاً صورة للعظمة و القوة، تظهر من خلال إجابات من نوع عملاق، وحش، غول، لا تكون هذه الصور ذات قيمة إيجابية إلا إذا كانت تعبر عن إدماج جيد لبناء جسدي محدد.

- اللوحة رقم V :

تعتبر هذه اللوحة لوحة تبحث نحو تصورات الذات، إشكالية الهوية و ليس فقط نحو صورة الجسد. تدل الإجابة السيئة المقدمة في هذه اللوحة على تصور مجزأ موحد و غير مدمج لصورة الجسد، تدل الإجابات السيئة المقدمة في هذه اللوحة من خلال عدم إدراك الوحدة الكلية التي توحى إليها اللوحة (G) إضافة لعدم التعرف على المحتوى الظاهري للوحة أي حيوان طائر. (بلهوشات رفيقة، 2008: 145)

كما تحمل هذه اللوحة حساسية ما يعود للهشاشة النرجسية فتعد بذلك حاملا للتصورات المرتبطة بالهوية و النرجسية فعندما ترتبط إشكالية الفرد بهذا المستوى غالبا ما يلجأ الى تقديم الإجابة المبتذلة، إما إن وجدت اختلال بصورة الذات، فإنها تبرز من خلال نمط نرجسي أما في السياق اكتئابي أو من نوع التأكيد على العظمة القدرة أو حتى ظهور علامات كالبحث عن الرضى النرجسي. (بلهوشات رفيقة، 2008: 145)

– اللوحة رقم VI :

تعتبر لوحة ملتحة تحوي على رمزية جنسية لذلك من الصعب تقديم إجابة كلية (G) بتقديم لإجابات جزئية (D) و التي تدل على تفكك الصورة الجسدية.

– اللوحة رقم VII:

هي لوحة متفجرة حيث أنها تحمل دلالة جنسية أنثوية أي تدفع الفرد للتموضع إتجاه الجن الأنثوي أو الصورة الأمومية و لهذا يتجنب المفحوص إعطاء إجابات كلية (G) بتقديم لإجابات جزئية (D) مما يدل على عدم تكامل الوحدة الجسدية.

– اللوحة رقم VIII:

تعتبر لوحة مفجرة و هي من اللوحات الملونة تثير هذه اللوحة إجابات تشريحية حشوية، عظمية أو حتى ترابطات مجزأة (أصابع، أيدي، أقدام) فهذه اللوحة تثير إجابات جزئية (D) مرتبطة بمحتوى تشريحي (Anat) و هي تدل على تشتت الوحدة الجسدية و بالتالي هشاشة الصورة الجسدية. (Chabert. C, 1983:68-69)

- اللوحة رقم XI:

هي لوحة منفجرة و هي أيضا من اللوحات الملونة و هي تختار قدرة الفرد على توحيد الصورة الجسدية، حيث تغلب فيها إستجابات جزئية (Dd) و جزئية صغيرة (D) و هي تدل على تفكك الصورة الجسدية أو غيابها. (Chabert. C, 1983:68-69)

من خلال ما سبق نجد أن اللوحات العشر لإختبار الرورشاخ تمكننا من الكشف عن نوع الصورة الجسدية و محتواها إذ كان محتوى سليم أو هاش من خلال نوع الإجابات التي يقدمها المفحوص، و كل لوحة تدل على تصور معين لديه علاقة بشخصية الفرد و حالته النفسية التي من خلالها نتمكن من التعرف على نوع الصورة الجسدية.

خلاصة:

الصورة الجسدية عبارة عن الإدراكات التي يكونها الفرد عن جسده و الصورة الجسدية تتميز بالديمومة كونها في تغير مستمر من الطفولة المبكرة حتى الشيخوخة فهي تتأثر بالخبرات التي يعيشها الفرد و التغيرات التي يمكن أن تطرأ على الفرد خلال حياته منها التغيرات الطبيعية مثل مرحلة المراهقة وما تحملها من تغيرات على الجسم أو إصابة الجسد بتشوهات أو عاهات.

الفصل الثاني: المراقبة

تمهيد

1- تعريف المراقبة

2- النظريات المفسرة للمراقبة

3- مراحل المراقبة

4- أشكال المراقبة

5- مظاهر النمو في مرحلة المراقبة

6- حاجات المراقبة

7- مشكلات المراقبة

8- المراقب في المجتمع الجزائري

خاتمة

الفصل الخامس: عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض الحالة "أ"

2- عرض الحالة "ر"

3- عرض الحالة "ن"

4- عرض الحالة "م"

5- عرض و مناقشة النتائج

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
- 2- الدراسة الإستطلاعية
- 2- مجموعة الدراسة
- 3- الأدوات المستعملة في الدراسة

تمهيد

تعتبر المراهقة مرحلة انتقالية بين الطفولة و الرشد أين تكون بدايتها بظهور العلامات الأولى للبلوغ لكلا الجنسين و فيها يحدث لدى الفرد تغيرات عدة في مختلف جوانب النمو. و في هذا الفصل سنحاول عرض تعريف للمراهقة، النظريات المفسرة للمراهقة، مراحل المراهقة، أشكال المراهقة، حاجات المراهقة، مظاهر النمو في مرحلة المراهقة، حاجات المراهقة، مشكلات المراهقة، و المراهقة في المجتمع الجزائري.

1- تعريف المراهقة:

1-1-تعريف المراهقة لغويا:

يقصد بمصطلح المراهقة لغة أنه راهق أي قارب سن الحلم و بلغ مبدأ الرجل. (عبد الغاني الديدي، 1995: 7)

يعرف ماير زيلر (1968) المراهقة بأنها فترة من حياة كل فرد تبدأ بنهاية الطفولة و تنتهي ببداية مرحلة النضج أو الرشد و هي إما أن تكون فترة طويلة الأمد أو قصيرة، كما أن طولها يختلف من أسرة إلى أسرة و من مستوى اقتصادي اجتماعي الى مستوى اقتصادي اجتماعي آخر من حضارة إلى حضارة. بل طولها قد يتذبذب في المجتمع الواحد من وقت إلى وقت. و ذلك حسب الظروف الاقتصادية و ما إليها. (مصطفى محمد عبد العزيز، 2008: 27)

يعرف عصام نور(2006) المراهقة أنها فترة يمر بها كل فرد، تبدأ بنهاية الطفولة المتأخرة و تنتهي بابتداء مرحلة النضج أو الرشد، و تمتد ما بين سن الثانية عشر أو الثالثة عشر إلى حوالي سن العشرين أو الحادي و العشرين. و المراهقة إما أن تكون فترة قصيرة أو طويلة و طولها أو قصرها يختلف باختلاف الأسرة و المجتمع و باختلاف المستوى الاقتصادي و الحضاري. (عصام نور، 2006: 117)

تعريف علاء الدين كفاي (2015): يعرف المراهقة بأنها التي يعبرها الطفل كي ينتقل من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد ليصيروا راشدا ناضجا سواء كان رجلا أو امرأة، و تمتد هذه المرحلة طوال العقد الثاني تقريبا من عمر الفرد، فهي تبدأ بحدوث البلوغ الجنسي و تنتهي بالوصول الى سن الرشد. (علاء الدين كفاي، 2015: 334)

تعتبر المنظمة العالمية للصحة أن المراهقة هي فترة نمو و تطور الفرد التي تتوقع بين مرحلة الطفولة و مرحلة الرشد، بين (10-19) سنة. و التي تشكل فطرة انتقالية حرجة في الحياة، و تتميز بوتيرة نمو و تغيرات جسدية مهمة أين نجد هذه السرعة في النمو أكثر في مرحلة الطفولة المبكرة.

(www.who-int)

من خلال ما سبق نجد أن مرحلة المراهقة موجودة في كل المجتمعات إلا أنها تختلف في فترة امتدادها فهناك مراهقة تستغرق وقت طويل و أخرى وقت قصير، و ذلك باختلاف المجتمعات و الثقافات و الوضع الاقتصادي و حتى باختلاف الأسر. فبشكل عام تتميز المراهقة بالتغيرات الجسمية و الجنسية البيولوجيا المفاجئة السريعة في نمو الفرد، و التي تؤثر على الجانب الانفعالي و النفسي له. تشير هذه التغيرات بدخول الفرد مرحلة البلوغ و النضج.

2- النظريات المفسرة للمراهقة

2-1- النظرية البيولوجية:

مؤسس هذا الاتجاه هو ستلي هول (Stanley Hall) الذي وضع مؤلفتين كبيرتان عن المراهقة سنة 1904، يؤكد هذا الاتجاه في تفسيره للمراهقة على أن التغيرات السلوكية التي تحدث خلال المراهقة على أنها ميلاد جديد يطرأ على شخصية (محمد زيدان، 1975:

(151) الفرد حيث تظهر تغيرات سريعة و ملحوظة في ذلك الوقت و التي تحول شخصية الأطفال إلى شخصية جديدة مختلفة كل الاختلاف.

– التغيرات التي تحدث تعتبر نتيجة النضج، و نتيجة التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على الغدد و نتائجها النفسية تكون متشابهة و عامة لدى جميع المراهقين.

– هذه الفترة تعتبر بمثابة ملاد جديد للمراهق، و التغيرات التي تحدث تكون غير مستقرة و لا يمكن التنبؤ بها، كما تكون هذه الفترة كلها ضغط و توتر و فترة عاصفة و شدة نتيجة السرعة في التغيرات. (محمد زيدان، 1975: 151)

و كان من أشد أتباع "هول" عالم النفس الأمريكي جزل الذي أكد على أهمية النضج البيولوجي في النمو، و أن النمو يعيد في تشكل الفرد تطور النوع. و هذه السمات تزداد خلال كل و حلة من مراحل النمو، ففيما يخص مرحلة المراهقة الممتدة من (10-16) سنة يميز "جيزل" عدد من السمات تتمحور حول: النظام الحركي أو النمو العضوي و الاهتمامات الجنسية، و الصحة الجسدية التي تشمل على التغذية و النمو و النظافة ثم الانفعالات أو الغضب و الخوف، الأنا النامي أو تقدير الذات و الميول و المستقبل ثم تأتي العلاقات الاجتماعية (العلاقات بالوالدين و الأخوة و الأخوات و الأتراب من الجنس الواحد أو من الجنس الآخر). ثم النشاطات و الاهتمامات و يتبع ذلك الحس الأخلاقي. (مريم سليم، 2002: 381)

2-2- النظرية الإثنولوجية:

تنطلق الباحثة الأمريكية مارغريت ميد من مقارنة ثقافية و اجتماعية و اثنوجرافية في دراستها لظاهرة المراهقة، فقد اعتبرت هذه الظاهرة نتاجا للبيئة للمجتمع و طبيعة الثقافة السائدة، بمعنى اذ كانت المراهقة في المجتمعات الصناعية المتحضرة فترة أزمة و اضطراب و قلق و توتر، (جمال حمداوي، فاطمة بلحوش، دون سنة: 31-32).

فإنها فترة طبيعة و عادية و ليست اكثر اضطرابا من الفترة السابقة و اللاحقة التي يمر بها الطفل في المجتمعات البدنية و لاسيما جزر ساموا، اي تختلف المراهقة من بيئة اجتماعية و ثقافية الى اخرى، فالمراهقة التي تعرفها الولايات المتحدة الامريكية ليست هي المراهقة التي يعيشها افراد المجتمعات التقليدية لان الحياة في هذه المجتمعات بسيطة و عادية و غير معقدة على عكس الحياة في المجتمعات الصناعية الرأسمالية التي تستوجب من المراهق ان يعيش فطرة طويلة من القلق و الاضطراب و التوتر ريثما يحصل على العمل مما يلد لديه مشاكل عضوية و نفسية و اجتماعية خطيرة، هي نتيجة للتقرب والبحث عن المستقبل المنشود (جمال حمداوي، فاطمة بلحوش، دون سنة: 31-32).

لذى نجد ان في هذه المراقبة يوجد اختلاف في مميزات المراهقة حسب المجتمعات و على مختلف المستويات.

- على مستوى الزمني:

مرحلة المراهقة في الثقافات الافريقية مرتبطة بتقاليدها فهي محددة بطقوس مختلفة على مستوى الأساليب المستعملة للتنشئة الاجتماعية.

بعض الثقافات يسودها نوع معين من التنشئة الاجتماعية للمراهقين في الوسط العائلي في الثقافات الغربية و البعض الاخرى يكون في اطار غير عائلي: مثلا قبائل "القونجا Conga" في شمال غانا. عندما يبلغ الطفل 8 سنوات فإنه يذهب للعيش عند أخ أمه و زوجته. في حين البنت تذهب عند أخت أبيها أو زوجها. و يمكن أن تكون التنشئة الاجتماعية داخل مؤسسات لها علاقة بالعائلة على سبيل المثال على قبائل السومبر، الشباب فيها يعيشون على حدود الجغرافيا للقبيلة لحمايتها من هجمات القبائل الاخر.

- على مستوى أنواع الثقافات: ميزت ميد في كتابها "le fossé des génération" بين ثلاث أنواع من الثقافات. (صندلي ريمة، 2011-2012: 91-92)

- **الثقافات البعد تصورية:** تشكل أكبر عدد من المجتمعات التقليدية أين يكون تعلم الاطفال على يد آبائهم و أجدادهم.

- **الثقافات التصورية المساعدة:** فيها يتم تعليم الاطفال و الراشدين على يد أزواجهم يتمثل هذا النموذج الاجتماعي المثالي في سلوكات السابقين و يدل حقيقة على الثقافة التصورية المساعدة في البلدان المعروفة بالهجرة (الولايات المتحدة الأمريكية و إسرائيل)

- **الثقافات القبل التصورية:** تتميز باستخلاص الراشدين للمهارات و الدرس من قبل اطفالهم. (صندلي ريمة، 2011-2012: 91-92)

حسب النظرية الإثنولوجية المراهقة مرحلة عمرية تتميز بخصائصها و مشاكلها و الفترة التي تستغرق هذه المرحلة في حياة الفرد إلا أنها تختلف من مجتمع لآخر و من ثقافة لأخرى فحسب "مرغريت ميد" المراهقة في المجتمع التقليدي تستغرق فترة قصيرة جدا مقارنة بالمجتمعات المتقدمة نظرا لتعقد الحياة لديهم بالإضافة إلى الصعوبات التي يتلقاها المراهق خلال سعيه للوصول إلى حالة من الاستقلال الذاتي و هذا ما يفسر أيضا حالة التوتر و الاحباط و مختلف المشاكل الموجودة في هذه المرحلة.

2-3- نظرية التحليل النفسي:

يعتبر "فريد (1962) S.Freud" أن مرحلة المراهقة هي الفترة التي تعتدل فيها بنية و شخصية لفرد و يعاد فيها ترتيب الجهاز النفسي من جديد، ففي مرحلة الطفولة كان الآن يتوسط الأنا الأعلى و الهو، و في هذه المرحلة ينجح في تحقيق التوازن، بينما في فطرة المراهقة يطرأ جديد على رغبات الهو التي تتأجج بولاغبة الجنسية نتيجة البلوغ و تأثير الحواجز الجنسية فيصبح أكثر ضغطا على الأنا التي تصاب وظيفته نتيجة ذلك النوع من التشويش و الاضطراب. . (مرسي، 2000: 81)

فقد تبنى فرويد مع الكثير من أتباعه في نظريته الى المراهقة أنها ظاهرة عالمية. و أن هذه المرحلة تعيد مشكلات الطفولة إذ يعتبر "فريد S.Freud" أن مشكلة الكمون تمتد من حوالى السنة السادسة من العمر إلى أعتاب البلوغ، حيث يود كيان الكائن الهدوء و الراحة النسبيين، فتنتهي هذه المرحلة بابتداء البلوغ، فالنضج الجنسي يؤدي في هذه المرحلة الى مجموعة من الاضطرابات، ليس فقط في الحياة الجنسية بل في مجالات السلوك الاجتماعي. ففي البلوغ يعاني المراهق من انبعاث جديد للصراعات الأوديبية بهذا المعنى يصبح البلوغ إعادة للمرحلة الأوديبية و انخراط حقيقي للكائن في مجتمع الراشد. فإن المشكل الأوديبية تعود و تطرح من جديد مع كل الوسائل المكتسبة خلال مرحلة الكمون فهذا التنشيط الجديد في الشحنات الغريزية المتأتية في جهاز الهو يخلق توترا و انهيارا في توازن الكائن، فتعمل قوى الأنا (Ego; Le moi) المتماسكة لتستعيد التوازن المفقود مستعملا جميع الآليات الدفاعية التي في حوزتها. (مريم سليم، 2002: 381-382)

و من بين هذه الحيل الدفاعية أو المكنيزات نذكرها كالتالي:

- **العدوان:** و نجد أنواع عدة من العدوان منها العدوان المباشر ألن يحاول المراهق الاعتداء على مصدر الإحباط مباشرة، أو يعتد العدوان نحو نفسه و نجد من يلطم خديه أو يقرض أظافره و هو عدوان المرتد للذات و هناك العدوان المزاح و هو يلجأ الفرد الى إيقاع العدوان على شخص آخر، و هذه الأساليب إنما أساليب نوع منت الأساليب التوافقية التي بها يتخفف الفرد من القلق الناجم عن الإحباط.

- **التعويض:** و هناك نوعين منه، إما تعويض مسرف أو إما تعويض فقط، أما التعويض المسرف فهو الذي يلجأ فيه الفرد الى التعويض عن شعوره بالنقص بأسلوب شاذ. فالفرد الذي يشعر بأن نقص النمو في إحدى ساقيه هو سبب وراء بعد الفتيات عنه، فإننا نجد أنه يحاول الجري بسرعة أمام الفتيات حتى يثبت لهن أنه ليس كذلك. (عباس محمد عوض،

1999: 146-147 أما التعويض العادي فيتمثل في تعويض جانب النقص بشكل ليس فيه إهدار.

- **التقصص:** فمثلا المراهق القزم يجب أن يسير مع المراهق طويل الجسم، فالتقصص ليس عيبا إذ كان طريا للنضج مثل تقمص الطفل لأباه. أما التقمص المذموم فهو ذلك الذي يمحو الشخصية.

- **التبرير:** يصعب على المراهق أن يعترف بفشله لذلك يحاول أن يبرر فشله بأسباب غير حقيقية.

- **الإسقاط:** فيسقط الفرد ما في نفسه على الآخرين،، فينسب ما يقع عليه من أخطاء على الآخرين.

- **التكوين العكسي:** هو أن يلجأ الفرد أن يظهر غير ما يبطن فإذا كان هناك دافع يثير القلق و آخر يثير الرضا.

- **التمركز حول الذات:** المراهق الذي لا يشعر بأمن يحاول دائما أن يجعل نفسه مركزا للانتباه.

- **الانسحاب:** كثيرا ما يلجأ المراهق الفاشل في دراسته إلى أحلام اليقظة، أين يتصور أنه قد نجح و حصل على أعلى تقدير. (عباس محمد عوض، 1999: 146-147-148)

دوتش (Hélène Deutsch; 1972)

لقد خصص "دوتش" في كتابها سيكولوجية النساء فصلا للكلام عن المرحلة التي تمر بها الفتاة لتصل إلى الأنوثة و حاولت أن تبين التطور الجنسي عندها و انعكاساته النفسية، و لقد اعتبرت أن مرحلة المراهقة تتصف بالنسبة للفتاة بأنها مرحلة:

- النشاط المفرط و مواجهة العالم تدعيما "الأنا". (مريم سليم، 2002: 385-386)

- الانفصال عن الأهل و الأسرة بشكل متجاذب عاطفيا و نقصد منها الانفصال العاطفي.
- التماهي بالمثل العلية: هذه المثل قد تتجسد في معلمة أو صديقة أو أخت كبرة.
- التحالف مع صديقات من جنس واحد و إنشاء جماعة مقفلة تقوم على مبادئ من السرية التي غالبا ما تتركز على الاهتمام بالجنس و الحمل و الولادة و يصبح كل شيء له دلالة جنسية (الإماءات- الكلمات)
- الانتقاد العنيف خصوصا الأهل و الابتعاد عن الأم رغبة في تأكيد الذات. (مريم سليم، 2002: 385-386)

من خلال ما سبق نجد أن "فريد" فسر المشاكل التي تحدث في مرحلة المراهقة بالغرائز الأتية من "الهو" أين تحاول هذه الغرائز الخروج لكن "الأنا الأعلى" بموانعه يرفض ذلك فيكون الأنا هنا المحقق للاتزان و ذلك من خلال الحيل الدفاعية المختلفة، و يؤكد أيضا أن المراهق لكي يصل إلى مرحلة النضج الجنسي يمر بعدة مشاكل و ذلك من الناحية النفسية و الاجتماعية. و هناك "دوتش" التي تفسر لنا التغيرات التي تطرأ على المراهقات من تغيرات جسمية و جنسية و كذا انفعالية.

2-4- نظرية النفسية الاجتماعية :

تعد نظرية أريكسون امتداد لنظرية التحليل النفسي لفرويد، إذ ركز فيها على نمو الأنا و فاعليتها مؤكدا على أهمية الجوانب الاجتماعية و البيولوجية و النفسية بكونها عوامل محددة للنمو. و يقسم "أريكسون" أزمة نفسية دورة الحياة على ثماني مراحل تبدأ بظهور اجتماعية. و تسعى الأنا جاهدة لحل هذه الأزمة و لكل مرحلة أهدافها و اهتماماتها و مخطرها. (سعد جلال، 1998: 34)

و لهذا نجد أن أركسن يعالج مشكلة المراهقة من زاوية أزمة الهوية و ذلك مركزا على خطورة ما يسمه الدور و غموضه الذي يصل في هذه المرحلة إلى حد إحساس المراهق بالعجز التام الذي تصاحبه في أغلب الأحيان مشاعر الحيرة و الضياع، فأزمة الهوية الذاتية هي كما يقول أركسون: "هي هذه الانطباعات عن ذاتنا و أفكار الآخرين عنا" و تحقيق الهوية مرهون بشعور الكائن بالانتماء إلى مجموعة. (مريم سليم، 2002: 385-384)

و يرى أريكسون أن المراهق يحقق الإحساس بالهوية عبر مراحل تطور النفسي الاجتماعي، و تشمل هذه المرحلة ما يلي:

المرحلة الأولى: الثقة مقابل عدم الثقة من (الميلاد الى سنة)

المرحلة الثانية: الاستقلال الذاتي و يقابلها الشعور بالعار و الشك من (02 إلى 03 سنوات).

المرحلة الثالثة: المبادرة مقابل الشعور بالذنب من (4 إلى 5 سنوات).

المرحلة الرابعة: الإجتهد مقابل الشعور بالنقص (06 إلى 11 سنوات).

المرحلة الخامسة: الذاتية مقابل تشتت الدور من (12 - 18) سنة

المرحلة السادسة: التألف مقابل العزلة (الرشد المبكر).

المرحلة السابعة: التوالد في مقابل الركود (مرحلة الكهولة).

- المرحلة الثامنة: تكامل الأنا في مقابل الشعور باليأس. (سعد جلال، 1998:

(34)

نجد أن أريكسون في نظريته النفس الاجتماعية ركز في تفسيره للمراهقة على دور العلاقات الاجتماعية في نمو الأنا و مركزا على أزمة الهوية لدى المراهق كون هذه المرحلة يحاول المراهق البحث عن ذاته و تكوين هويته في ضوء خبراته مع الغير ما يسمه أريكسون

بمرحلة تطور النفس الاجتماعية فكل المراحل التي يمر بها الفرد في حياته مرتبطة بالحياة النفسية و الاجتماعية و كيفية تجاوزه لهذه المراحل.

3- مرحلة المراهقة:

3-1- مرحلة المراهقة المبكرة من 12-13-14 سنة:

في هذه المرحلة يتضاءل السلوك الطفلي، و تبدأ المظاهر الجسمية و الفيزيولوجية و العقلية و الانفعالية و الاجتماعية المميزة للمراهقة في الظهور، و لا شك أن من أبرز مظاهر النمو في هذه المرحلة النمو الجنسي إذ يحدث البلوغ الجنسي عند الذكور و الإناث إذ تعتبر نقطة تحول و علامة انتقال من الطفولة إلى المراهقة. (حامد عبد السلام زهران، 2005: 346)

و يعتبر بروز الثديين أولى علامات البلوغ عند الإناث، و التي تظهر في المتوسط في الفترة بين (10 الى 11) سنة و ما يلبث الارتفاع و الاتساع مع تقدم الأنثى في العمر و يتزايد نمو الثديين في الفترة التي تسبق حدوث الطمث الأول أو الحيض، و يذكر لاهي (2001) Lahoy إن الطمث أو العادة الشهرية تحدث عند الإناث لأول مرة في المتوسط عمر قدره (12.5) سنة، و بذلك فإن إنتاج الحيوانات المنوية عند الذكور يتأخر من توقيت حدوث الدورة الشهرية عند الإناث بمقدار عامين. (صالح محمد علي جادو، 2004: 412-413)

مما سبق نجد أن مرحلة المراهقة المبكرة تتراوح ما بين (12-14) سنة و تتميز هذه المرحلة ببداية الخصائص الجنسية الثانوية المتمثلة في نمو الثديين لدى الإناث مع بداية الحيض، أما عند الذكور تتمثل أو قذف منوي و تقابل هذه المرحلة التعليم المتوسط.

3-2- المراهقة الوسطى: (15-16-17) سنة:

تمتاز هذه المرحلة بشعور المراهق بالهدوء و السكينة و زيادة القدرة على التوافق كما يميل الى اقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، و تتميز هذه المرحلة بالاستقلالية و التخلص من الاعتماد على الآخرين. (خليل مخايل عوض، 1994: 150) هذه المرحلة تقابل المرحلة الثانوية اين يعلق المراهقون و المراهقات في هذه المرحلة اهمية كبيرة على النمو الجسمي و يتضح الاهتمام بالمظهر الجسمي و الصحة الجسمية و من ابرز مظاهرها تتباطأ سرعة النمو الجسمي نسبيا عن المرحلة السابقة و يزداد الوزن عند كل من الجنسين و تزداد الحواس دقة و ارهافا كاللمس و الذوق و السمع و تتحسن الحالة الصحية للمراهق (حامد عبد السلام زهران ، 2005: 368).

3-3- المراهقة المتأخرة : (18-19-20-21) سنة:

تمتد هذه المرحلة من 18 الى 21 سنة هناك من يطلق عليها مرحلة الشباب، تتميز هذه المرحلة بالتوازن و اتخاذ القرارات، اذ يتميز المراهق بالقوة و الشعور بالاستقلالية و وضوح الهوية والاستقرار في اتخاذ القرارات.(احمد محمد الزغبى، 2001: 323)

و فيما يخص النمو الانفعالي نجد أن المراهق في هذه المرحلة يتجه بسرعة نحو الثبات الانفعالي، و النزوع نحو المثالية ، زيادة الولاء و الواقعية لفهم الآخرين و إعادة النظر في الأمل و المطامح. أما الجانب الاجتماعي نجد المراهق هنا قادر على التصرف في المواقف الاجتماعية، بالإضافة الى السعي لتحقيق التوافق الشخصي و الاجتماعي و نمو القيم نتيجة تفاعل المراهق مع البيئة الاجتماعية. (حامد عبد السلام زهران، 1986: 372-373)

المراهقة المتأخرة تبدأ من (18-12) سنة أين يكون المراهق هنا قد وصل الى حالة من الاتزان في كافة النواحي، إذ في الجانب الانفعالي تتغير اتجاهاته و نظرتة الى ذاته و

الى غيره بالإضافة إلى اتخاذه لقرارات مبنية على الوعي. أما الجانب الاجتماعي يكون قادر على التفاعل و احترام الغير.

4- أنواع المراهقة:

هناك أربعة أنواع من المراهقة:

4-1- المراهقة المتوافقة:

وتتماز بما يلي:

- الاعتدال و الهدوء النسبي و الميل إلى الاستقرار و الخلو من العنف و التوتر الانفعالي.
- التوافق مع الأسرة و الولدين و كذا التوافق الإجتماعي.
- الرضا عن النفس.

- الاعتدال في أحلام اليقظة أو الخيال.

و من العوامل المؤثرة فيها نجد.

المعاملة الأسرية السمحة التي تتسم بالحرية و الفهم و احترام رغبات المراهق و توفير جو الاختلاط بالجنس الآخر في حدود الأخلاق الذين و حرية التصرف في الأمور الخاصة و الاستقلال النسبي.

- شغل و قت الفراغ بالنشاطات الاجتماعية و الرياضية. (حامد عبد السلام زهران، 1968:

(446

4-2- المراهقة الانسحابية المنطوية:

من أهم مميزاتها نذكر ما يلي:

- المراهقة بهذا الشكل مكتئبة أي أنه يعاني من الاكتئاب.
- الميل إلى العزلة و الشعور بالنقص. (جدو عبد الحفيظ، 2014: 25)
- يركز المراهق على أنواع النشاطات التي تدور حول انفعالاته كالقراءة و كتابة مذكرة.
- يكون كثير التأمل و النقد للقيم و النظم الاجتماعية.
- تتتاب المراهق الهواجس الكثيرة و أحلام اليقظة التي تدور حول حرمانه من الملابس و المأكّل و الجنس و المركز المرموق.
- يسرف هذا المراهق بالاستمراء ليتخلص من الكبت و الضيق الذي يشعر به.
- و من الأسباب المسؤولة عن هذا النوع من المراهقة ما يلي:
- التربية الخاطئة الضاغطة المتزنة مما ينتج عنها شخصية منطوية على نفسها.
- التأخر الدراسي.

سواء في الأسرة أو في المدرسة. (جدو عبد الحفيظ، 2014: 25)

4-3- المراهقة المحرفة:

يتسم هذا النوع بالانغماس في ألوان السلوك المنحرفة كالإدمان على المخدرات و الكحول و السرقة، و الانحلال الأخلاقي و غالبا يكون أفراد هذا النوع قد تعرضوا إلى خبرات شاذة و قسوة في المعاملة و صدمة عاطفية كبيرة و يسهم رفاق السوء في ظهور هذا النوع من الأفراد. (عقل محمود، 1997: 327)

من خلال ما سبق نجد أن الأشكال المتباينة من المراهقة تعود أساسا إلى طريقة تعامل الأسرة مع الأطفال و أسلوب تربيتهم لهم، فهناك الأسرة التي تستعمل العقاب أو التي يكون فيها الأولياء متساهلين تؤدي إلى إنشاء مراهق يتجه إلى السلوك العدواني، بالإضافة إلى جماعة الرفاق التي تلعب دور مهم في هذا الجانب أين يتعلم منهم السلوكيات و يتأثر بطريقة تفكيرهم. أم الأسرة المتسامحة الديمقراطية أين يترك الأطفال حرية الاختيار في حدود المعقول نجد المراهق هنا يتميز بالتوافق، أما الأسرة التي تستعمل التدليل المفرط يكون المراهق يتميز بالانطواء و العزلة عن الجماعة بسبب عدم قدرته على تحمل المسؤولية الذاتية، بالإضافة إلى الخبرات التي عشاها الفرد في طفولته.

5- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

في مرحلة المراهقة تحدث لدى الفرد مجموعة من التغيرات التي تمهد دخوله إلى مرحلة الرشد و تشمل هذه التغيرات النمو البيولوجي، الجسمي، العقلي، و الإنفعالي.

5-1- النمو الفزيولوجي:

يعتبر النمو الفيزيولوجي في فترة المراهقة من أهم جوانب النمو في هذه المرحلة من خلال ما يظهر على - المراهق من تغيرات نمائية بارزة. و من هذه المظاهر نذكر:

- **نمو المعدة:** يتسع حجمها ويزداد قدرتها على هضم المواد الغذائية و تحويلها إلى العناصر الأولية، تنعكس أثرها على سلوك المراهق، تزداد رغبته في تناول الطعام بكميات أكبر من السابق.

- **نمو القلب:** يتسع حجمه و تزداد قدرته على مد الخلايا بما يلزمها من الطاقة المناسبة حيث يرتفع ضغط الدم إلى (120 ملم) في بداية هذه المرحلة. (بدر إبراهيم التبان، 200، : 204)

- **الغدة النخامية:** التي تقع أسفل المخ و التي تستثير هرمونات المشاعر الجنسية و الدورة الجنسية، و تستثير الخصيتين عند الذكور و المبيضين عند الأنثى في العمل و النشاط. و كذلك تؤثر الغدة الكظرية أو الفوق الكلية خاصة القشرة بهرموناتا في النمو الجنسي بوجه عام إذ يسبب زيادة إفرازها زيادة و إسرار النمو الجنسي. و يلاحظ أيضا ظهور الغدة التيموسية التي تقع في التجويف الصدري و يسبب نقص إفرازها البكر الجنسي. (حامد عبد السلام زهران، 1986: 299)

مما سبق نجد أن النمو الفيزيولوجي للجسم يتمثل في نمو الأجهزة الداخلية منها المعدة أين يزداد حجمها مما يجعل المراهق يتناول كميات أكبر من الطعام من ذي قبل، بالإضافة إلى نمو القلب و ذلك ليتمكن من ضخ الكمية اللازمة لكافة أجزاء الجسم كون حجم الجسم يزداد أيضا و يحتاج إلى طاقة أكثر وصولا إلى نمو الغدد منها الغدة النخامية التي تمثل الغدة الرئيسية التي تؤثر بورها و بهرموناتها على الغدة الكظرية و التيموسية. بهذه الغدتين يبدأ النمو الجسمي و الجسم من الطوا و الحجم و الخصائص الجنسية الثانوية.

5-2- النمو الجنسي:

علامات النمو الجنسي لدى الأنثى:

- نمو حجم الثديين و بروز الحلمة

- انتشار كمي و نوعي للشعر على الجسم.

- تبدأ الدورة الشهرية و نزول الحيض في حوالي الثانية عشرة تقريبا.

- نعومة الصوت و رفته.

- علامات النمو الجنسي لدى الذكور.

- ازدياد في حجم الخصيتين.

- ازدياد كمي و نوعي للشعر على الجسم.
 - يبدأ أول قذف أو احتلام في حوالي الرابعة عشرة تقريباً.
 - تضخم نبرة الصوت. (بدر إبراهيم الشيباني، 2003: 207-208)
 - يدرك العلاقة القائمة بينه و بين الافراد الاخرين.
- اين يلمس ببصرته اثار تفاعله مع الناس فينفذ ببصرته الى اعماق و يلائم بين الناس و بين نفسه.
- التمرد : حيث يتحرر من سيطرة الاسرة ليشعرها بفرديته و نضجه و استقلاله و يعصي و يتمرد و يتحدى السلطة القائمة في اسرته. (محمد مصطفى زيدان، 1972: 116)
- فيما سبق نستنتج ان النمو الاجتماعي لدى المراهق يتمحور حول يحته عن الاستقلالية من خلال البحث عن جماعات ينتمي اليها خارج الاسرة و تمرد عن قوانين الاسرة ، و يبدأ بالتعرف على العالم المحيط به و يتأثر بهم و يتعلم القيم الاجتماعية السائدة من كيفية التعامل مع الغير و تقبله لهم و الميل للجنس الاخر ليتمكن بهذا الوصول الى حالة من التوافق الشخصي و الاجتماعي.

5-3- النمو العقلي

تتسم فترة المراهقة بالتطور الفكري و العقلي حيث يرى الباحث "ترامان" (1916) ان التغيرات في النمو الجسمي و الفيزيولوجي في مرحلة المراهقة تقترن بالتغيرات في النمو العقلي، فالقدرات العقلية لا تستمر طول الحياة لكنها تصل الى ذروتها في السادسة عشر (16) تقريباً ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي كما بين كل من الباحث بالتر (1973) وكذلك "رشي" (1974) ان الذكاء لا ينخفض مع التقدم في العمر الزمني لكنه قد يتحسن و يتمر في الازدياد خلال سن النضج. (فؤاد الباهي السيد، 1977: 64)

اذ يبدأ بعض الاطفال في سن (11) سنة تقريبا بالانتقال في تفكيرهم من العمليات المادية الى العمليات الشكلية، في الوقت الذي لا يبدأ فيه آخرون بالانتقال الى هذا الشكل التفكير في مثل هذا الوقت المبكر و تتصف مرحلة العمليات الشكلية بالقدرة على استخدام المفاهيم المجرد، و يذهب التفكير.(صالح محمد علي ابو جادو، 2004: 430-444) المنطقي في هذه المرحلة الى ما وراء التفاصيل الملموسة في كل حدث او مشكلة و يهتم بدلا من ذلك بالمبادئ الاساسية المجردة المتضمنة في الموقف، و يمكن تقسيم التقدم الذي يحدث في عملية التفكير إلى الجوانب التالية:

1- تطوير مهارات متقدمة في الاستدلال، و تتضمن هذه المهارات القدرة على التفكير في العديد من الخيارات و الاحتمالات، انها تتضمن عمليات تفكير أكثر منطقية، و القدرة على التفكير في الاشياء بطريقة افتراضية، إنها تتضمن القدرة على توجيه الاسئلة التي تحتوي على ماذا لو...؟ و الإجابة عنها.

2- تطوير مهارات التفكير المجردة ،و يعني التفكير المجرد حول الاشياء التي يمكن رؤيتها او سماعها او لمسها ،و من الامثلة على ذلك التفكير في مفاهيم الايمان و الثقة و المعتقدات و الجوانب الروحية.

3-تطوير القدرة على التفكير حول التفكير في عملية تعرف باسم وراء المعرفية و تسمح هذه القدرة للأفراد بالتفكير حول الطريقة التي يشعرون بها ،و ما يفكرون به ،انها تتضمن القدرة على التفكير بالطريقة التي يتم بها ادراك الفرد من قبل الآخرين ، و يمكن ان تستخدم ايضا كمساعدات للتذكر وتحسين عملية التعلم.

اذ يرى "بياجه" ان التغيرات الداخلية و الخارجية في حياة المراهقين هي المسؤولة عن النضج المعرفي حيث ان نضج الدماغ و اتساع البيئة الاجتماعية يمدان الفرد بمزيد من فرص التجديد، مما سبق نستنتج ان النمو العقلي في هذه المرحلة يصل الى مرحلة العمليات

الشكلية و ذلك حسب "بياجيه" اين يكون لدى المراهق قدرة التفكير المجرد و استخدام المنطق و الاستدلال و يكونون قادرين على تنظيم افكارهم للوصول الى حل لمشكلة ما بالإضافة الى الاهتمام بالمفاهيم المجردة مثل الحرية والمساوات و كل هذا يتطور بوجود محيط داعم لذلك.(صالح محمد علي ابو جادو، 2004: 430-444-445) .

5-4- النمو الانفعالي:

يمثل النمو الانفعالي جانبا رئيسيا في بناء شخصية المراهق و محورا رئيسيا لتوافقه او عدمه، فتغير المعالم الادراكية للبيئة المحيطة به من جهة ، و التغيرات النمائية الجسمية الغدية المتسارع من جهة اخرى تتحرك اثر انفعالي كبير في الشدة و العمق، و ما يصاحبها من استثارة للدوافع و الميول و الرغبات تؤثر في شخصيته و سلوكه و تتضح مظاهر النمو الانفعالي لمرحلة المراهقة في ما يلي:

1- مشكلة الذات: لا يمكن القول أن الأنا تبرز هكذا فجأة في المراهقة لأن ليس صحيحا أن الفرد يعي فجأة في مرحلة المراهقة ذاته و يدرك أنه موجود و أنه شخص ما، أن الوعي الذاتي يتهيأ في مرحلة الطفولة، و هذا الوعي يتأكد و يتوضح في المراهقة حيث يبحث المراهق في اكتساب تقدير الآخرين و إعجابهم و خصوصا اهتمامهم فهو بحاجة إلى اعتراف الآخرين به لكي يعترف بذاته. (مريم سليم، 2002: 113)

2- يميل المراهق الى المثالية و لهذا نستطيع أن نستثيرهم بالأعمال و الكلمات العظيمة، و لوسائل الإعلام المختلفة كالسينما و التلفزيون و الإذاعة أثر كبير عليهم.

3- قد يحتاج المراهق إلى أن يحصل على العزلة لبعض الوقت و يجب إتاحة هذه الفرصة لهم للتأمل و التفكير مع مراعاة عدم الإسراف الذي يؤدي إلى أحلام اليقظة.

4- الحياة مع المراهق صعبة لميلهم الى حدة الطبع و الكأبة و شدة الحساسية و كثرة النقد و المبالغة و الشعور بالذات و الحيرة.

5- تختفي في هذه المرحلة جماعات الأطفال التي توجد أثناء مرحلة المدرسة الابتدائية و يحل محلها اتخاذ المراهق لنفسه أصدقاء من نفس الجنس و تدريجيا ينمو الاتجاه نحو مصاحبة الجنس الآخر. (عصام نور، 2006: 124)

يتميز النمو الانفعالي لدى المراهق بالمبالغة في انفعالاته و ردود أفعال حادة مثل الكأبة و الإحباط و العصبية مما يجعل التعامل معه شيء صعب بالإضافة الى ميله للمثالية و نقد المستمر للواقع و انغماسه في أحلام اليقظة إلا أن كل هذا يساعد المراهق في سعيه للبحث عن الذات أين يكتسب خبرات جديدة من خلال تعرفه على جماعات رفاق جدد و احتكاكه بالأفراد الآخرين للتعرف على اتجاهاتهم و ميولهم.

5-5- النمو الاجتماعي:

مرحلة المراهقة هي مرحلة التنشئة الاجتماعية الحقة، لأنها المرحلة التي تتبلور فيها اتجاهات الفرد الاجتماعية و العقلية نحو العمل و الإنتاج و المجتمع و التقاليد و العلاقات مع الجنسين و السلطة و القيم الخلقية و غيرها من موضوعات الحياة. (علاء الدين الكفافي، 2015: 368) أين تتضح الرغبة في توجيه الذات، و تبدو واضحة في محاولة المراهق كسر أي قيود توضع على نشاطه و محاولاته المستمرة لتحقيق الاستقلال، و ترى المراهق يتحدث كثيرا عن حقوقه و يدافع جاهدا عن مكانته.

كما يلاحظ السعي لتحقيق التوافق الشخصي و الاجتماعي و تنمو القيم نتيجة تفاعل المراهق مع البيئة الاجتماعية، و تتضمن القيمة النظرية لأي اهتمام الفرد و ميله لاكتشاف إلى اكتشاف الحقيقة و اتخاذ إتحافه معرفي من العالم المحيط به، و القيمة الاقتصادية أي اهتمام الفرد و ميله الى ما هو نافع و اتخاذه من العالم المحيط به وسيلة للحصول على الثروة و زيادتها. (حامد عبد السلام زهران، 1986: 372-373)

و من مظاهر النمو الاجتماعي نصف:

الميل الى الجنس الاخر: يؤثر هذا الميل على نمط سلوكه و نشاطه و يحاول ان يجذب انتباه الجنس الاخر بطرق مختلفة.

الخضوع لجماعة النظائر: حيث يخضع لأساليب اصدقائه و يتحول بولائه الجماعي من الاسرة الى النظام. (محمد مصطفى زيدان، 1972: 159)

نستنتج مما سبق أن النمو الاجتماع لدى المراهق يتمثل في اهتمامه بالعلاقات الاجتماعية و أهمية الحفاظ عليها، بالإضافة الى سعيه للاستقلال من حيث الجانب الاقتصادي و ينتمي الى جماعة معينة فيحترم القوانين السائدة فيها مع الاهتمام بتكوين علاقات مع الجنس الآخر.

5-6- النمو الديني:

يلخص عبد المنعم المليجي و حلمي المليجي (1973) ملامح النمو الديني في المراهقة على النحو التالي:

- اليقظة الدينية العامة: حيث يسود روح التأمل و النشاط الديني العملي (العبادة أو الجهاد في سبيل الله) و تجريد ذات الله من التشبيه و التجسيم و تصويره سبحانه تصورا معنويا سبحانه تصورا معنويا مجرد، و الانشغال بشكله و صورته.
- ازدواج الشعور الديني: قد يوجد لدى المراهق شعور ديني مركب مزدوج يحوي عناصر متناقضة، حيث يوجد حب الله إلى جانب الخوف منه و قد يوجد الإيمان بالموت الى جانب كرهه كنهاية لا مفر منها.
- تعدد الاتجاهات الدينية: إذ منهم إيمان تقليدي و آخر متحمسين و منهم من يساورهم الشك منهم من يكونون ملحدون... إلخ.

- الحماس الديني: يلاحظ الحماس الديني الذي يلاحظ الحماس الديني الذي يحل محل الاتجاه الديني التقليدي و يتكون الحماس الديني بالسمات الغالبة عن شخصية المراهق فهناك التحمس المصحوب بالتححرر من البدع و قد يصاحب ذلك نقد لاذع. و هناك الاندفاع

الى النشاط الخارجي و الاجتماعي والديني و الانضمام الى جماعات أكبر و الاحسان و هناك الاقتصار على المستوى الشخصي و التصوف الزائف و قد يلجأ البعض الى الدين

كوسيلة لإعلاء الجانب الجنسي. (حاميد عبد السلام زهران، 1986: 391-392)

- الاتجاه الى الله: قد يشعر المراهق بالذنب المرتبط بانبعاث الدافع الجنسي فيتعلق بالدين و يتجه إلى الله و يتضرع إليه ليعينه على غرائزه.

- الشك: حيث يلاحظ ميل بعض المراهقين إلى الشك بإخلاف شخصية المراهق فيتزاح بين النقد العابر و الارتياب الحاد في كل العقائد.

- الالحاد: و هو إنكار وجود الله، و يصاحب هذا عادة صراع و قلق و قد يتباهى بعض المراهقين بالإلحاد و لكن هذا ليس بالإلحاد حقيقياً. و لكنه في الغالب يعبر الرغبة في الاستقلال. (حاميد عبد السلام زهران، 1986: 391-392)

من خلال ما سبق نجد أن المراهق في هذه المرحلة تختلف اتجاهاته الدنية العقائدية التي تتمثل في اليقظة الدنية أي يكون المراهق هنا في حالة من التأمل لفهم قدرة الله و فيما تتجسد. بالإضافة الى ازدواجية الجين يكون هنا المراهق في حالة خوف و حب الله و هناك تعدد الاتجاهات الدنية من مؤمن من مشكك و ملحد أو هناك مراهق يتجه للتحمس الديني المتمثل في المشاركة في الأعمال الخيرية و التصوف و هناك من يتجه الى الله هروباً من الرغبات التي تتميز بها هذه المرحلة.

6- حاجات المراهقة:

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ التغيرات في حاجات المراهقين و لأول وهلة تبدو حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، الا ان المدقق يجد فروق واضحة خاصة المراهقة اين تصل الاحتياجات في هذه الفترة الى اقصى درجة من التعقيد، و يمكن تخيص حاجات المراهق فيما يلي:

6-1- الحاجة البيولوجية:

هناك مجموعة من الحاجات البيولوجية الفطرية لدى الانسان و لدى المراهقين لكونه انسانا، و يظل المراهق كغيره من الافراد في حاجة الى اشباع هذه الحاجات ذات الاصل البيولوجي كالجوع و العطش و الراحة و الجنس و درجة حرارة الجسم و التخلص من الفضلات و هذه الحاجات رغم انها مشتركة (عباس محمد عوض، 2003: 142) بين ابناء البشر جميعا، الا ان طريقة الاشباع تختلف من فرد الى آخر، و من مجتمع لمجتمع، و من طبقة اجتماعية الى طبقة اجتماعية الى اخرى. (عباس محمد عوض، 2003: 142)

6-2- الحاجة الى تحقيق الذات:

ان السعي الى تحقيق الذات وظيفة يمارسها الانسان في كل المراحل العمرية ، كل مرحلة بما يناسبها فالإنسان يقوم بالوظائف الملائمة لقدراته، و يمارس الادوار المناسبة له و المتوقعة منه و يشعر جلاء ذلك بالقيمة و الاهمية، او ما يسمى بتحقيق الذات و المراهق يعيش مرحلة انتقالية من الطفولة الى الرشد مما يتطلب وظيفته الاسرية و الاجتماعية لما يتمشى مع طبيعة المراهق الجديد فهذا الاخير يريد تحقيق الذات عن طريق اختبار قدراته و تفريغ طاقته و بممارسة دوره الاجتماعي، فالحاجة الى تحقيق الذات مطلب نفسي مهم للمراهق حيث ينبع من داخله من احساسه و افكاره المدعومة بالتحولات العضوية و المعرفية و الانفعالية التي يمر بها جسده و عقله و انفعالاته و هو لا يحس بالتنفيس عنها الا اذا قام بدور اجتماعي مناسب. (خولة عبد الله، 2004: 38-39)

6-3- الحاجة الى الأمن:

و تتضمن الحاجة الى الامن الجسمي و الصحة الجسمية، الحاجة الى الشعور بالأمن الداخلي الحاجة الى البقاء حيا، الحاجة الى تجنب الخطر و الالم، الحاجة الى الاسترخاء و الراحة، الحاجة الى الشفاء عند المرض او الجرح الحاجة الى الحياة الاسرية

الآمنة المستقرة السعيدة، الحاجة ضد الحرمان من اشباع الدوافع، الحاجة الى المساعدة في حل المشكلات الشخصية.

6-4- الحاجة الى الحب و القبول:

و تتضمن الحاجة الى الحب و المحبة، الحاجة الى القبول و التقبل الاجتماعي، الحاجة الى الاصدقاء، الحاجة الى الشعبية، الحاجة الى الانتماء الى الجماعات، الحاجة الى اسعاد الاخرين. (حامد عبد السلام زهران ، 1986: 401)

6-5- الحاجة الى الاستقلال:

يمثل الاستقلال او الاعتماد على الذات خاصية يمكن ملاحظتها في وقت مبكر من حياة الفرد و تعتبر رغبة المراهق للاستقلال من ابرز مظاهر حياته النفسية، فهو يسعى الى الاعتماد على ذاته و الاستقلال عن أسرته، فالتغيرات الجسمية التي تطرأ ت عليه اشعرته بانه لم يعد طفلا يجب ان يحاسب اوان يخضع لسلوكه الى الرقابة و الوصاية من قبل الاسرة في اشباع حاجته الاقتصادية و في توفير الامن و الطمأنينة.

6-6- الحاجة الى النمو العقلي و الابتكاري:

و تتضمن الحاجة الى التفكير و توسيع قاعدة الفكر و السلوك، الحاجة الى تحصيل الحقائق، الحاجة الى تفسير الحقائق، الحاجة الى تنظيم الحاجة الى الخبرات الجديدة و المتنوعة، الحاجة الى اشباع الذات عن طريق العمل، الحاجة الى النجاح و التقدم الدراسي، الحاجة الى التعبير عن النفس، الحاجة الى المعلومات و نمو القدرات و الحاجة إلى التوجيه و الإرشاد العلاجي و التربوي و المهني و الأسري. الحاجة الى الإشباع الجنسي: و يتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية، الحاجة إلى اهتمام الجنس الآخر و حبه، الحاجة إلى التخلص من التوتر، الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري. (حامد عبد السلام زهران، 2005: 444)

7- مشكلات المراهقة:

7-1- مشكلة المراهقة الجنسية:

إدراك أهمية المعلومات التي يحصل عليها المراهق أصبحت ضرورية في وقتنا الحاضر و ذلك لتكوين اتجاهات سلمية نحو كل ما يتصل بأمور الحياة و الأسرة و التكاثر الجنسي. و من خصائص مشكلات المراهقة المرتبطة بالعوامل النفسية و الاجتماعية التي يترتب عليها اكتسابه اتجاهها عقليا خاطئا ازاء مسائل و مواضيع الجنس مثل مشكلة العادة الشهرية و مشكلة الحيض لدى الفتاة، فخلج الاباء للتطرق لمواضيع الجنس مع المراهقين و عدم معرفة من يقوم بهذه التوعية الجنسية كلما تدفع (بدر ابراهيم الشيباني، 2003: 215) المراهق الى اكتساب معلومات غير دقيقة من الاصدقاء و الاقران مما يزيد في تأصيل معارفه المغلوطة و الشعور بالقلق والخوف و الأوهام المتصلة بالجنس.(بدر ابراهيم الشيباني، 2003: 215)

و يقول دوجلاس توم(1957) هذا الصدد أن الكثير من أشكال الصراع العقلي و أنواع الشذوذ التي تشاهدها الكبار و الصغار على السواء تعود ترجع مباشرة الى أو تصطبغ بالمواقف و الخبرات السيئة في الأمور الجنسية . و من أعراض الشذوذ التي يمكن أن يعاني منها المراهق نذكر ما يلي:

- نحو نفس الجنس: الجنسية المثالية (الواط و الساحق)
- نحو موضوعات مادية: الفتيشية(التعلق الجنسي للأشياء التي يستعملها الجنس الآخر بدلا من الشخص نفسه كاللباس أو جزء من جسمه كالشعر مثلا.
- نحو الذات: النشاط الجنسي الذاتي المفرط (العادة السرية)، و النرجسية (عشق الذات)
- انحراف الدرجة: الإفراط الجنسي و الشبقية المرضية (الشهوة المرضية).
- مظهرية: الاستعراض الجنسي: و الرغبة في لبس ملابس الجنس الآخر و التشابه به.
- إجرائية: السادية (حب التعذيب للمحبوب)، و الماسوكية (حب العذاب من المحبوب). (حامد

عبد السلام زهران، 1986: 445)

7-2- مشكلة نظرة المراهق إلى نفسه:

تقود التغيرات الجسدية المراهق الى تعديل الصورة التي كونها عن جسمه و عن صفاته الجسدية، تظهر بوضوح خشية المراهقين من ان يكون لديهم جسم غير متناسق، و يركزون على بعض اجزاء الجسم بسبب التباين بين التطور الفيزيائي (تطول الذراعان و الساقان بشكل اسرع من الجذع و الرأس، الامر الذي تتجم عنه هيئة متخلعة) او بسبب عيوب خيالية (انا متأكد ان اذني و ركبتي بشعنتين. (أنيس فلوران، 2013: 120).

ف في المراهق بذاته يتطور من خلال مستويين: مستوى العلاقات بالآخرين و مستوى حياته الخاصة، و هذان المستويان يؤديان الى اختلاف بين تصرفات المراهق الخارجي وتصرفه الخارجي و تصرفه الداخلي تجاه ذاته(مريم سليم، 2002: 413) فالوعي الذاتي يدفع المراهق الى العزلة و الانطواء على الذات، مع الميل الى السرية و الى موقف دفاعي يحمي به اسراره، و هدف هذا الانطواء هو الذات فهو يريد ان يعرف من هو ومن سيكون عليه، (مريم سليم، 2002: 413)

7-3- مشكلة الصراع بين الأجيال:

الصراع بين جيل الالباء و جيل الابناء صراع ثقافي معقد ينشأ بين طرفين كل منهم حركة مجتمع سريع التطور، و يعود هذا الصراع الموجود في الخارج او تعرضه لوسائل الاعلام بمختلف انواعها، ما يجعل المراهقون يعيشون صراعات و توترات عنيفة بين تحقيق رغباتهم الداخلية و بين المحرمات الخارجية، فالمراهق يرغب في الاستقلال والانطلاق و يود الاعتماد على نفسه و ان تدخل ولديهم فيها تدخل في شؤونهم الخاصة، بذلك تظهر مشكلات اسرية.(الدوري، 1984: 259).

7-4- مشكلة تأثير الأقران:

يرتبط المراهق في هذه المرحلة برباط قوي اساسه الاخلاص و الولاء لمجموعة الاقران، فهو يختار ما يريد من الاصدقاء بنفسه و يرفض اي تدخل من والديه في ذلك الاختيار، و كثيرا ما يخطئ المراهق في اختيار شلته بعد خبرته و تعامله معهم فيجد ان الكثيرين منهم

غير جديرين بصداقته، و هنا ينشب النزاع بينه و بينهم، و تكون علاقة المراهق بالأقران قائمة على الود و الاحترام و التقبل مما يساعده في ايجاد جو من الحرية، كما قد لا تشكل هذه الجماعة نوعا من التهديد المباشر ولمعايير الالباء و قيمتهم، لكن ولاء المراهق لجماعة الاقران و خضوعه لمؤثراتها مثل ملبسه و تصرفاته و طريقة كلامه و مصروف جيبه و خروجه على السلطة الضاغطة سواء الاسرة او المدرسة او المجتمع كلها تدفع اولياء (بدر إبراهيم الشلبي، 2003: 219)

الامور لاتخاذ مواقف هي في الواقع اكثر تصعبا وحدة و مواجهة مع المراهق. (بدر إبراهيم الشلبي، 2003: 219)

7-5- مشكلة الجنوح في المراهقة:

ان المراهقة بطبيعتها مرحلة مؤاتة للسلوك الجانح لما فيها من فورة الغرائز (من جنس و عدوان)، و لما تبديه من رغبة في التحرر من سلطة الكبار و التمرد عليها و لما فيها من عدم استقرار عاطفي و من صعوبة في التكيف مع التغيرات الجسمية و النفسية و مع الآخرين، و من اسبابها التنشئة الاجتماعية الخاطئة و التقص في اكتساب القيم بالإضافة الى سوء التربية الجنسية و نقص وسائل الترفيه و مشكلات وقت الفراغ و الجهل و المرض و كأسباب عامة، بالإضافة الى المعاملة القاسية في البيت من شأنها و ازدياد روح العدوان الذي يردد على الذات في شكل رغبة لا واعية بالعقاب الذاتي او في شكل عنف ضد الآخرين. (مريم سليم، 2002: 433-434)

7-6- مشكلة تعاطي المخدرات:

طرق كحولية مبتكرة ظهرت في الآونة الاخيرة من خلال سعي المراهق لتهرب او حتى الدخول في غيبوبة عابرة، اين يتناول الكحول بإفراط و ذلك للوصول الى حالة من النسيان و فقدان الوعي، و هذه السلوكات تمس المراهقين في مراحل مبكرة من عمرهم و حتى المراهقات، و لكن بنسبة اقل من الذكور اين لا يستعملون المخدرات او الكحول بصفة خاصة لإثبات وجودهم مثلما هو معروف، و انما من اجل الهروب بسرعة من انفسهم ،و يستعمل

لهذا عدة وسائل منها تناول المخدرات او مواد تنظيف او مواد كيميائية مماثلة لتحذير انفسهم وحتى الشراهة العصبية لدى البنات. (David Le Breton ,2016: 56)

7-7- مشكلة شغل وقت الفراغ:

هي مشكلة تواجه المراهقين نتيجة فهم المجتمعات التي يعيشون فيها بأهمية شغل وقت الفراغ بالنسبة للمراهق و تبنيها لنظام و قوانين تحد من توظيف و استثمار قدراتهم مثل انخراطهم في الاعمال الوظيفية المختلفة فهذا يساهم في عدم اهتمام المراهق بوقته التمين و اللجوء الى الخمول و كثرة انمو او التسكع في الشوارع و الاستهزاء بالقوانين و الجنوح، وتعود مشكلة وقت الفراغ الى ضعف التوجيه ابراهيم الشباني، 2003: 227) و الارشاد المنزلي و المدرسي في كيفية استثمار المراهق لوقته بالإضافة الى شعوره بانه عديم الفائدة او مشاغب مما يعزز الشعور بالنقص لديه، او تأثير الاقران و الصحبة البيئية في شغل وقت الفراغ بما لا يفيد. (بدر ابراهيم الشباني، 2003: 227)

7-8- مشكلة عدم التوافق النفسي:

يعد عدم التوافق النفسي من أهم المشاكل التي يتخبط فيها المراهق و المراهقة، و يترتب عن ذلك أحساس و مشاعر سلبية مثل: القلق و الضيق، الارتباك، و الحزن و البكائية، شدة الانفعال النفسي و عدم الأمان و غياب الاستقرار و اضطراب علاقتهما مع الأفراد و كثرة المخاوف الذاتية و الموضوعية. و لا شك أن هذا الاضطراب يولد الانعزال الوجداني و الفقر العاطفي، و يقوي الإحساس بفراغ الحياة، و فقدان التوازن النفسي، الذي بدوره يشعر المرء نتيجة لذلك بأنه قلق في سلوكه و مهدد في حياته. و يعني هذا أن المراهق يعاني من مشاكل عدم التوافق النفسي الذاتي الذي يؤثر مبرشة في الأنواع الأخرى من التوافق مثل التوافق الاجتماعي و التوافق العضوي و التوافق التربوي بينما المطلوب هو تحقيق التوافق التوازن الذاتي و النفسي و المجتمعي عبر عمليات التطبيق و التكيف و التأقلم و التنشئة الاجتماعية. (جميل حمداوي، فاطمة بو لحوش، 2018: 63)

من خلال ما تم التطرق اليه فيما يخص مشكلات مرحلة المراهقة نجد ان المراهق خلال سعيه للوصول الى حالة من التوافق النفسي و الاجتماعي يكون امام مجموعة من المشكلات منها المتعلقة بالمشكلات الجنسية الراجعة إلى التغيرات الهرمونية أين يحاول إشباع حاجاته و أيضا تساؤلاته إلا أن غياب الإرشاد سواء الأسري أو الاجتماعي يجعله في حالة من القلق و الحيرة فيما يخص مواضيع الجنس و هذا يؤدي بالمراهق إلى دخول في اضطرابات الشذوذ الجنسي التي تتعدد أشكاله. و أيضا بالجانب الجسمي و نظرته لذاته و للتغيرات الطارئة عليه أين يقوم المراهق بمقارنة نفسه بالآخرين فأى اختلاف يجعله في حالة من التوتر. بالإضافة إلى مشكلة العلاقة مع الأقران أين يكون المراهق يبحث عن جماعة ينتمي إليها خارج الأسرة فيؤثر فيها و يتأثر بها إيجابا أو سلبا، و هذا بدوره يمكن أن يجلب مشكلة آخر مثل مشكلة شغل وقت الفراغ أين نجد هذه المشكلة خاصة في الدول التي لا تعير اهتمام كبير للمرافق الاجتماعية والثقافية و النوادي الرياضية و الثقافية بالإضافة الى عدم اهتمامهم بتوجيه المراهقين للاستفادة من طاقاتهم، أين يتجه بذلك إلى أفات اجتماعية منها مشكلة تعاطي المخدرات ومضافا لذلك مشكلة الصراع بين الأجيال أين لا يجد المراهق من يتفهم سلوكه و ردود أفعال.

8- المراهق في المجتمع الجزائري:

تختلف المراهقة من مجتمع إلى آخر و من ثقافة إلى أخرى و هذا ما أكدته الباحثة الاجتماعية الأنثروبولوجي "مرغريت ميد Margaret Mead"، و يمكن ملاحظة هذا خاصة في كل المجتمعات، ففي المجتمعات التقليدية مثلا بمجرد ظهور القدرة على الإنجاب يمكن للفرد أن يتزوج، و بالتالي يصبح في نفس مستوى الراشدين حيث يصبح هو كذلك مسؤولا عن العائلة و بالتالي يصبح مضطرا أن يعمل لكسب من أجل استمرار حياته و حياة عائلته الجديدة. فالانتقال هنا يكون مباشر من سن الطفولة إلى مرتبة الراشد بمجرد ظهور أول سمات البلوغ بخلاف المجتمعات الحديثة التي نلاحظ فيها طول مدة المراهقة و ذلك بسبب

التحولات الاجتماعية و الاقتصادية. (صندلي ريمة، 2011: 101)

فوحده المجتمع من ثقافته و مؤسساته التنظيمية قادر على جعل المراهقة مرحلة التغيرات الكبرى مرحلة كغيرها من مراحل النمو، و ربما أبعد من ذلك فيحاول استثمار تلك الطاقة الحيوية في قنوات مفيدة للمراهق و لمجتمعه، و لكن الواقع يظل أبعد من ذلك، متفاوت من مجتمع لآخر.

فإذ تكلمنا مثلا عن المراهقة في المجتمع الجزائري يتطلب منا التطرق إلى جانب مهم و هو الفضاء الذي يعيش فيه المراهق، و خاصة مميزاته و خصوصياته. (صندلي ريمة، 2011: 101)

إن الفضاء الذي يعيش فيه المراهق هو العائلة حيث تعتبر العائلة الجزائرية بصيغة عامة عائلة مكتظة العدد أي مجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم البعض في بيت واحد مشكلين أسرة واحدة يشرف عليهم فرد واحد وهو الأكبر، هذا التنظيم يركز كليا على السلطة الأبوية و التي تنتظر للطفل بوصفه امتداد لأبيه أي أنه عندما يكبر يباشر أعماله بنفس السلطة لأنه ذكر.

و في هذا الصدد يوضح مصطفى بوتفنوشت Boutefnouchet بقوله: "إن الأب ينتظر من ابنه أن يكون تابع له كليا، و يجب على الابن أن يعتزى بالدم الذي أعطى له و يحترم سلطته في كل المواقف، و أن يقدم عائلته تبعا للقيم التقليدية للعائلة" و لي تحقيق هذا فإن العائلة تعمل على تحقيق الظروف و الإمكانيات ليستلما الفرد المسؤولية في وقت مبكر عن طريق تعليمه و نصحه مباشرة في عالم الشغل و تزويجه من داخل الأقارب، ليس إلا ليضل تابع للسلطة الأبوية، أما الفتاة المراهقة فتكون أقل حضا إذ قد تحرم من التعليم في وقت مبكر لتشغل في تعليم نشاطات الزوجية و ربة البيت مستقبلا كما تحاط برقابة شديدة و دائمة من طرف أفراد كل العائلة. (صندلي ريمة، 2011: 101)

من خلال ما سبق نستنتج أن المراهق في المجتمع الجزائري لا يتمتع بالاستقلالية و الحرية مثلما هو الحال لدى المراهقين في المجتمعات المتقدمة كون المجتمع الجزائري ذو طابع تقليدي أين يكون أفراد الأسرة تحت سلطة الفرد الأكبر في العائلة فيلزم للذكر إتباع

مجموعة من القوانين و الالتزام بالمسؤولية و بدوره يكون في المستقبل ذو سلطة . فبمجرد ظهور علامات البلوغ يستعد المراهق أو المراهقة للدخول في حياة الراشد أين يتعلم كل من الجنسين المهام الوجب إتقانها و أدائها للدخول في الحياة الزوجية.

خلاصة:

المراهقة مرحلة حرجة نظرا للتغيرات التي تطرأ على الفرد، و الأهم الانعكاسات التي تحدث على الجانب الانفعالي و النفسي له، فالفرد من خلال هذه المرحلة يحاول تكوين هويته و الوصول بذلك إلى حالة من التوافق عند وصوله إلى مرحلة الرشد و لكن خلال سعيه لذلك يمر بمجموعة من المشاكل و التجارب، لذى تناولنا في هذا الفصل أهم تعريفات المراهقة و التقسيمات التي وضعت لهذه المرحلة و مظاهر النمو فيها و أشكال المراهقة و المشكلات البارزة لدى المراهق في هذه المرحلة، و أخيرا المراهقة في المجتمع الجزائري.

الفصل الثالث: الإعاقة الحركية

تمهيد

1- تعريف الإعاقة

2- تعريف الإعاقة الحركية

3- أسباب الإعاقة الحركية

4- خصائص المعاقين حركيا

5- تصنيفات و أشكال الإعاقة الحركية

6- احتياجات المعاقين حركيا

7- تأهيل المعاقين حركيا

7-1- التأهيل الطبي

7-2- التأهيل النفسي

7-3- التأهيل الاجتماعي

7-4- التأهيل التربوي

7-5- التأهيل المهني

8- الوقاية من الإعاقة الحركية

9- المعاقين حركيا في الجزائر

خلاصة

تمهيد:

تعتبر مشكلة الإعاقة عموماً و الإعاقة الحركية خصوصاً من المشكلات التي تواجه معظم مجتمعات العالم نظراً لتزايدها المستمر، بالإضافة إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة. ففي هذا الفصل سنتناول مفهوم الإعاقة الحركية من حيث تعريف الإعاقة، تعريف الإعاقة الحركية، أسباب الإعاقة الحركية، خصائص المعاقين حركياً، تصنيفات و أشكال الإعاقة الحركية، احتياجات المعاقين حركياً، تأهيل المعاقين حركياً، الوقاية من الإعاقة الحركية و المعاقين حركياً في الجزائر.

- تعريف الإعاقة:

1-1- التعريف اللغوي:

عرفها ابن منظور كالتالي: إِعَاقَةُ الشَّيْءِ يَعْوقُهُ عَوْقًا، وَ التَّعْوِيقُ يَعْني الْمَنعُ فِي الْإِسْتِعْمَالِ الْوَاسِطَةِ يُطْلَقُ مَفْهُومُ التَّعْوِيقِ عَلَى كُلِّ مَنْ يَعْوقُ أَمَامَ الْمَوْءِ.

مَنْ يَمْنَعُهُ عَنْ أَدَاءِ نَشَاطِهِ بِكَيْفِيَّةٍ عَادِيَّةٍ، سَوَاءَ كَانَ هَذَا الْعَاقِقُ مَادِيًا أَوْ حِسِّيًّا أَيْ كُلُّ الْعِقَبَاتِ وَ الْوَائِقِ وَ أَوَاقِ الْعُجْزِ الَّتِي تَقِفُ فِي طَرِيقِ الشَّخْصِ سَوَاءَ دَاخِلِيَّةٍ أَوْ خَارِجِيَّةٍ.
(ابن منظور، 1983: 25)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

يعرف زهير أحمد السباعي (1987) الإعاقة بأنها كل ما يحد من قدرات الإنسان العقلية أو الجسدية و يجعله غير قادر على أن يمارس حياته الطبيعية المتوقعة منه، في حدود عمره و جنسه و ظروفه البيئية. (رشاد علي عبد العزيز، 2008: 23)

كما يعرفها القريطي (2001) بأنها الأثر الانعكاسي النفسي و الاجتماعي أو الانفعالي، أو المركب الناجم عن العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من مقدرته على أداء دوره الاجتماعي

المتوقع منه، و الذي يعد طبيعياً بالنسبة لسنه و نوع جنسه و تبعاً للأوضاع الاجتماعية و الثقافية(عبد المطلب أمين القريطي، 2001: 18)

كما تعرف المنظمة العالمية للصحة (2006) أن الإعاقة هي الاثر المترتب لدى الفرد عن عجز الذي يحد المعني في أداء دوره الطبيعي و ذلك تبعاً لسنه و جنسه و العوامل الاجتماعية و الثقافية.(OMS.2006)

من خلال التعاريف نجد أن الإعاقة عبارة عن فقدان الفرد لإحدى أجزاء من قدراته سواء على المستوى العقلي أو الحركي و يمنعه ذلك من أداء أدواره المنتظر منه بالنظر لسنه و جنسه و ثقافته والأوضاع الاقتصادية له.

2- تعريف الإعاقة الحركية:

يقصد كل من الشخص والدماطي (1992) بالإعاقة البدنية نوع من الإعاقة ينتج من عيوب بدنية أو جسمية و خاصة تلك العيوب المتعلقة بالعظام، و المفاصل و العضلات و يطلق على الفرد المصاب بمثل هذه العيوب: معاق بدنياً أو حركياً. كما تعرف الإعاقة الحركية أيضاً حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي حيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي و الانفعالي و يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.(عصام حمدي الصفدي، 2007: 42)

كما يعرف محمد صالح (2006): الإعاقة الحركية بأنها حالات الأشخاص الذين يعانون من إشكال في قدراتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك على نموهم الانفعالي و العقلي، و الاجتماعي، و تنطوي حالات الاضطراب أو الإعاقة العقلية تحت هذا المفهوم مما يتطلب الحاجة الى التربية الخاصة. (إبراهيم محمد محمد صالح، 2006: 16)

حسب التعاريف السابقة الذكر نستنتج أن الإعاقة الحركية عبارة عن إصابة عضوية تؤدي بالفرد إلى حالة من العجز الحركي فيصبح بذلك غير قادر على القيام بالنشاطات التي

يقوم بها غيره من نفس العمر، أين يؤثر ذلك على الجانب الانفعالي و النفسي له، و يكون بهذا بحاجة لتربية خاصة.

3- أسباب الإعاقة الحركية:

3-1- الأمراض الخلقية و الإضطرابات التكوينية

فيصبح قاصرا على أداء مهامه بصيفة طبيعية مما يجعل المريض عاجز عن الحركة، و حتى عن القدرات الحسية. و بعد عدة دراسات تأكد أن هذه الأمراض سببها الزواج بين الأقارب أي تصيب بنسبة كبيرة الأطفال الذين لديهم الأبوين من نفس النسب و نذكر على سبيل المثال مرض ارتخاء العضلات. و هم ما أكده أحد الأخصائيون. كما يمكن ذكر أسبا بأخرى مثل:

- ناقلات العاهات الوراثية

- الأسباب البيئية كالأشعة و الأدوية

- سوء أو بطئ نمو الجنين. (محمد رمضان القذافي، 1994: 37)

3-2- التصلب المتعدد:

هو مرض التهابي مزمن يصيب الجهاز العصبي المركزي و ذلك بسبب خلل في الجهاز المناعي للإنسان مما يؤدي إلى قيام الجهاز المناعي للجسم بمهاجمة أنسجة الخاصة به مما يسبب بظهور أعراض المرض و الإعاقة فيما بعد، و تعد الالتهابات الفيروسية إلى جانب الاستخدام الخاطئ للعمود الفقري و الرقبة كالجلوس البعيد عن ظهر الكرسي أو الانحناء للأمام أثناء العمل المكتبي و القراءة من أهم الإصابات بالتصلب المتعدد. (عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي، 2012، ص87)

من أعراضه:

- الضعف في عضلات اليدين و الساقين.
- فقدان الإحساس و إصابة الأعصاب الحسية. الإحساس بالألم في الوجه و اليدين و الرجلين و الألم أسفل الظهر و الساقين.
- خلل في الاتزان و التوافق الحركي. (عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي، 2012، ص87)

3-3- إصابة الام الحامل: ما يمكن أن يحدث للام الحامل مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية أ وتعرضها للإشعاع أو استعمال الأدوية و كذلك السموم التي قد تؤدي إلى حدوث حالات شلل دماغي. (السيد علي فهمي محمد، 2008: 32)

3-4- ما يمكن أن يحدث أثناء الولادة:

أين قد تهدد بعض العوامل الخطيرة صحة الطفل و نموه أثناء عملية الولادة ذاتها، فإذا حدثت إصابة جسمية في هذه المرحلة أو إذا أحدث اختناق بسبب نقص الأكسجين الذي يصل إلى مخ المولود (جمال الخطيب، 2006: 21) نتيجة لتعسر الولادة أو التقاء الحبل السري حول الرقبة او حالات ملخ الولادة التي يحدث فيها شلل بالذراع نتيجة جذبه بشدة أثناء الولادة (السيد فهمي علي محمد، 2008، ص35).

3-5- ما يمكن ان يحدث بعد الولادة :

فقد تتجم الاعاقة الجسمية عن عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة في هذه الحالات يولد الطفل طبيعيا و لكنه يتعرض لحادث أو يصاب بمرض ما، فيصبح لديه إعاقة جسمية. (جمال الخطيب، 2006: 21) و ذلك كتعرضه لإصابة بمرض شلل الأطفال أو الحمى

المخية، أو الإصابات المختلفة الناتجة عن السقوط و الحوادث البيئية (الكوارث الطبيعية و الحروب) و التي تصيب الأطراف أو العمود الفقري. (السيد فهي علي محمد، 2008: 32)

مما سبق نجد أن أسباب الإعاقة الحركية تعود أساسا إلى إصابات إما على مستوى الجهاز العصبي أو العضلي أو العظمي. و هذه الإصابات بدورها تعود إلى أمراض خلقية أين تصيب أحد الأجهزة بعيب خلقي أو التهابات مزمنة تصيب الجهاز العصبي، و خصصنا بالذكر التصلب المتعدد أين تهاجم الفيروسات الأنسجة و تقوم بإتلافها و هذا النوع من الإصابات تعود إلى الاستعمال الخاطئ للعمود الفقري، بالإضافة إلى إصابة الأم الحامل بأمراض التي تؤثر بدورها على الجهاز العصبي للجنين و تناول الأدوية و العقاقير. نصف إلى ذلك الحوادث التي يتعرض لها الطفل أثناء الولادة خاصة فيما يخص عسر الولادة التي تؤدي إلى نقص الأكسجين و إلى تلف خلايا المخ، التفاف الحبل السري. و حوادث بعد الولادة كتعرض لحوادث التي تتلف أحد الأجهزة.

4- خصائص المعاقين حركيا:

4-1- الخصائص الجسمية: يتصف الأشخاص المعاقين حركيا بنواحي العجز المختلفة في اضطراب و نمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين و الأصابع و القدمين و العمود الفقري، و الصعوبات تتصف بعدم التوازن في الجلوس و الوقوف و عدم مرونة العضلات الناتجة أمراض مثل: الروماتيزم و الكسور و غيرها. و قد تكون ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي. و من المشاكل الجسمية أيضا: هشاشة العظام، إلتوائها و مشاكل في الجسم و شكل العظام و مشاكل في عضلات الجسم ، كالوهن العضلي، عدم وجود توتر مناسب في العضلات و ارتخائها الأمر الذي يترتب عليها عدم قدرته على حمل الأجسام الثقيلة مثل الأسوياء. (عبد المنصف حسن رشوان، 2006: 17)

4-2- الخصائص النفسية:

أثبتت الدراسات أن الإعاقة على اختلاف أنواعها ذات تأثير واضح على سلوك الفرد و تصرفاته، فالشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوي يصبح عاملاً مستمراً و فعالاً في نمو الفرد.

و لذلك يقول عالم النفس "أدلر" أن الشعور بالنقص العضوي يدفع الإنسان إلى البحث عن وسائل تخفف عن شعور بالمذلة و الضعف. وهكذا تعمل النفس جاهدة تحت ضغط الشعور الذي يعانيه الفرد من فكرته عن ضغطه زيادة القدرة على الإنتاج.

و قد تم تلخيص السمات السلوكية التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة الحركية في ما يلي:

- الشعور الزائد بالعجز.
- عدم الشعور بالأمن.
- عدم الإلتزان الفعلي.
- سيادة مظاهر السلوكي الدفاعي.
- احتمال إصابة الشخص بالهروب و المشاعر العدوانية تجاه غيره أو بعض المظاهر العصبية أحياناً.
- احتمال إصابة الشخص بالاكتساب مع شعوره بشدة الحساسية و خاصة في فترة المراهقة. (رشاد علي عبد العزيز، 2008: 222)

4-3- الخصائص الاجتماعية:

يتسم المعاق حركيا بالخلل و الانطواء، و يعاني من مشكلات هامة توجهه في الطعام و أيضا في التبول، و يمتازون بالضعف الاجتماعي و الأفكار المحبطة لذواتهم و نظرتهم إلى المجتمع نظرة دونية لأن هذا المجتمع من منظورهم ينظر إليهم على أنهم عجوزون و لا يستعطون القيام بالأعمال بشكل صحيح، و شعورهم الذاتي بعدم قدرتهم على المشاركة الاجتماعية و اعتمادهم على الآخرين، عدم تحملهم المسؤولية تجاه أنفسهم و من مظاهر فقدان الشهية أيضا أو الإفراط في الطعام مما يؤدي إلى السمنة و هذا يؤثر تأثيرا عكسيا على أجسامهم. (صالح حسن الداهري، 2005: 63) بالإضافة إلى المشكلات الترويحية أين تؤثر على الإعاقة على قدرة المعاق في الاستمتاع بوقت فراغه سواء النشاط التروحي السلبي. (رشاد علي عبد العزيز، 2008: 223)

5- تصنيفات الإعاقة الحركية:

تعتبر فئات الأفراد المعاقين حركيا فئة غير متجانسة و ذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسميا، وعلى أية حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقة الجسمية الحركية إلى حسب موقع الإصابة و الأجهزة المصابة على النحو التالي:

- أولا: إصابات الجهاز العصبي المركزي:

- الشلل الدماغي.

- الشق الشوكي.

- إصابة الحبل الشوكي.

- الصرع. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 30)

- إستسقاء الدماغى.

- شلل الأطفال.(السيد فهمى على محمد، 2008: 30)

- انحلال و ضمور عضلات النخاع الشوكى. (مصطفى نور القمش، 2006: 143)

6- أشكال الإعاقة الحركية:

تتعدد أشكال الإعاقة الحركية و ينتج عن إصابة الأجهزة الحركية أو الإصابة العضوية مما يؤثر تأثيرا بالغا على النواحي النفسية و الانفعالية و الاجتماعية للمعوق و فيما يلي أكثر أنواع الإعاقة الحركية انتشارا:

6-1- إصابة الجهاز العصبى المركزى:

6-1-1- الشلل الدماغى:

و هو عبارة عن اضطراب حركى يرتبط بالتلف الدماغى و غالبا ما يظهر على صورة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركى، و الشلل الدماغى إعاقة للنمو الطبيعى و يؤثر سلبا على مختلف مظاهر النمو لدى الطفل، و نسبة انتشاره المعتدلة (3 لكل 100) طفل، و تصل فى الدول النامية إلى (5 لكل 100) طفل. (رشاد عبد العزيز، 2008: 220)

و من أسبابها من تعود إلى مرحلة الولادة مثل نقص الأكسجين، و تعرض الأم لالتهابات مختلفة. مثل الحصبة الألمانية أو عدم توافق عامل الريزيسى. بالإضافة إلى عوامل مرتبطة بمرحلة الولادة. مثل الإصابة بالأورام الدماغية أو التعرض لحادث فى الرأس. (جمال الخطيب، 2006: 64-65-66)

و لا يعتبر الشلل الدماغى إصابة وراثية باستثناء بعض الحالات النادرة و هو ليس مرض معدي، أو متطورا أى أن الحالات لا تزداد سوءا بعد مرور الوقت.

للشلل الدماغي مظاهر خاصة تميزه عن غيره من الإصابات و قد ذكر كل من بيك و ناجل (1982) Belk et Nagal الأنواع المشتركة لأنواع الشلل الدماغي و هذه المظاهر هي الشلل الحركي- الاضطراب الحركي- الضعف الحركي- ضعف التأزر الحركي- الاضطراب الحركي.

و من بين تصنيفات الشلل الدماغي نجد تصنيف (هنهان و كوفمان Halhan et (1981) (Kauffman; أين يوجد تصنيف حسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي:

6-1-2- الشلل النصفي الطولي Hémiplégie: و تشمل شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم و تمثل حوالي 40% من الحالات.

6-1-3- الشلل النصفي العرضي Diplégie (Paraplégie bilatérale): و تشمل الشلل النصفي السفلي أو العلوي للجسم. (مصطفى نور القمش، 2007، ص145)

6-1-4- الشلل السفلي Paraplégie: و هذا النوع يقتصر الشلل على الأطراف السفلية فقط.

- الشلل الرباعي Quadriplégie : تصاب الأطراف الأربعة بشلل إلا أن شدة الإصابة في الأطراف العليا في العادة تكون أكبر من الأطراف السفلي

6-1-5- الشلل في طرف واحد Monoplégie: و تمثل شلل واحد من الأطراف و هي حالة نادرة.

6-1-6- الشلل في ثلاثة أطراف Triplégie: و هذه الحالة نادرة أيضا عند الاطفال المشلولين دماغيا. (جمال الخطيب، 2006: 68-69)

6-2- العמוד الفقري المفتوح:

يعتبر تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم إنسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي، و نسبة انتشاره (2 لكل 100) طفل. (رشاد علي عبد العزيز، 2006: 221)

إن الأسباب المباشرة للشق الشوكي أو العמוד الفقري المفتوح غير معروفة إلا أن هناك بعض الأدلة التي تؤكد أن إصابة الأم الحامل بالالتهابات و الأمراض و تسمم الحمل. بالإضافة إلى أي عوامل تؤثر على الجنين. و يمكن التنبؤ بالإصابة و كشفها قبل الولادة عن طريق إجراء فحوص مخبرية للسائل الأمني المحيط بالجنين. و يمكن تصنيف الإصابة حسب شدتها إلى ثلاثة أقسام:

6-2-1- الشق الشوكي Occulter: و هو أكثر الحالات شيوعاً، و فيه لا تحدث نتوءات أو تشقق في الحبل الشوكي (مصطفى نور القمش، 2007: 148) و بالتالي لا يؤدي إلى إعاقة الجهاز العصبي. لا يوجد دلائل واضحة على الإصابة فيما عدا بروز كتلة من الشعر في مكان الإصابة.

6-2-2- الشق الشوكي المتوسط Meningocele: هنا تكون الفتحة في العמוד الفقري كبيرة بحيث يسمح بالغشاء الذي يغطي الحبل الشوكي بالتدفق خارج هذه الفتحة حيث يقوم بدفع الجلد و يقوم بتشكيل كيس في مناطق الإصابة.

6-2-3- الشق الشوكي الشديد Myelomeningocele: و يحد هذا النوع من الشق الشوكي نتيجة وجود فتحة كبيرة تسمح للسائل الشوكي و الأعصاب نفسها بالتدخل إلى الخارج على هيئة كيس مما يؤدي إلى شلل الجزء السفلي. (مصطفى نور القمش، 2007: 148)

6-3- إصابة الحبل الشوكي :

يتعرض مئات الالاف من الاشخاص لإصابات النخاع الشوكي التي ينجم عنها حالات الشلل السفلي او الرباعي، و من الملفت للانتباه ان العدد الاكبر من هؤلاء المصابين من المراهقين، (رشاد علي عبد العزيز، 2006، ص221) فالإصابة في المنطقة العنقية و الجزء الصدري الاول تؤدي الى ضعف حسي و حركي في الاطراف الاربعة و هي تسمى بشلل رباعي Quadriplégie، اما الإصابة في المواقع السفلي من الحبل الشوكي فهي تترك تأثيرا على الوظائف الحسية و الحركية في الاطراف السفلية، فالإصابات في الحبل الشوكي من مستوى الجزء الصدري الثاني فما دون غالبا ما تنتهي بشلل سفلي Paraplégie و هكذا فان شدة فقدان الوظيفي و الاجزاء المصابة تتقرر في ضوء الإصابة و شدتها.

اما اسباب إصابات الحبل الشوكي الرئيسية في حوادث المرور كذلك فإن من الاسباب الشائعة حوادث السقوط و الإصابة الرياضية.

اما ما يخص العلاج ففي المراحل الحادة الاولى يتم تثبيت الحبل الشوكي بالشدات و احيانا اجراء العمليات الجراحية (جمال الخطيب، 2006: 96-97).

و قد تستغرق عملية التأهيل الطبي من (3-6) شهور ، و في هذه الفترة تقدم لمريض خدمات العلاج الطبيعي و العلاج الوظيفي، و بما ان اصابات النخاع الشوكي لا تحدث صدمة جسمية فقط و لكن تحدث صدمة نفسية شديدة، فثمة حاجة واضحة الى تقديم خدمات الارشاد النفسي والتأهيل النفسي.(جمال الخطيب، 2006: 96-97).

6-4- الصرع Epilepsie:

الصرع حالة عصبية تحدث من وقت لآخر نتيجة لاختلال وقت في النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ، و هذا الاختلال يكون بسبب انطلاق شحنات كهربائية شاذة متقطعة لها تأثير كهربائي اقوى من تأثير الشحنات العادية، و يكون لهذه الشحنات تأثيرات على وعي الانسان و حركة جسمه و احساسه مدة قصيرة من الزمن، و هذه التغيرات الفيزيائية تسمى تشنجات صرعية و لذلك يسمى الصرع احيانا بالإضطرابات التشنجية (السيد فهمي علي محمد، 2008: 223).

وتتفاوت نوبات الصرع التي يتعرض لها الفرد من حيث شدتها فقد تكون للأعراض محدودة او كبيرة و احيانا تكون نفسية، و نوبات الصرع المحدودة تشيع بين الاطفال من سن (4 - 9) سنوات و بعد ذلك و بالتدريج يتم التخلص من اثرها و أعراضها.

اما النوبة الصرعية الكبيرة فتكون اكثر شدة و تأثيرا فمن الملاحظ زمن استمرار النوبة الواحدة يصل الى دقيقة واحدة الى نصف الساعة، و ايضا الاعراض تصل الى درجة التشنج في عضلات و مفاصل الجسم و يسيل اللعاب من الفم و تضطرب حركات التنفس مع ميل الوجه و الشفتين الى اللون الأزرق. (حسن محمد النواصرة، 2006: 85 - 86).

اما النوبات الصرعية النفسية فيمكن التعرض لها في نهاية مرحلة المراهقة تقريبا و تكون اثناءها الحركات عنيفة مع فقدان الاتزان و حدوث تقلصات للفق و الحركة الا ارادية تزداد عنفا من الاطراف و التخلص من الملابس و تمزيقها يعتبر من انهم أعراضها.

اما تأثير النوبات الصرعية على جسم المصاب حركيا، فيحدث اضطراب و تشوه و في حركة شكل زاوية الفم و الاصبع الكبير بكل من اليد و القدم و كذلك في جانب الوجه، و قد تتأثر بوضوح الاطراف بحيث تضطرب حركة و وظيفة الساق و الذراع في احد الجانبين (حسن محمد النواصرة، 2006: 85 - 86).

6-5 - الاستسقاء الدماغي:

تجمع غير طبيعي للوسائل المخي الشوكي في الدماغ و يؤدي الى توسع حجيرات الدماغ ، والضغط على الخلايا العصبية و بالتالي تلف الدماغ مما يؤدي الى التخلف العقلي ، الشلل والنوبات التشنجية ، (رشاد علي عبد العزيز 2016: 221) بالإضافة الى حدوث الاعاقة السمعية و البصرية و تعتمد شدة الاصابة على مقدار الضغط الذي يتركه السائل على خلايا الدماغ و ذلك على منطقة الاصابة سواء بمرور الوقت خاصة اذا لم تتم معالجتها في مراحلها الاولى و بشكل عام فان الصعوبات التي تصاحب الاصابة باستسقاء الدماغ تكون على النحو التالي:

- مشكلات تربوية متعلقة في الفهم و الاستيعاب.
- صعوبات في التأزر و التناسق البصري.
- صعوبات حسية كالإعاقة السمعية و البصرية.
- صعوبات لغوية حيث تكون قدرتهم على التعبير الصحيح محدودة.(مصطفى نور القمش، 2007: 153)

6-7 - شلل الأطفال:

اعاقة تنتشر بين الاطفال و بصفة خاصة بين سن (1 - 15) سنة و تقل نسبة الاصابة فيما بعد هذا السن و اثبتت الدراسات العلمية ان شلل الاطفال يرجع الى اضطرابات نيروولوجية عصبية (رشاد علي عبد العزيز، 2008: 220) فشلل الاطفال من الامراض المعدية الفيروسية التي تصيب القرون الامامية للنخاع الشوكي، الخلايا القرنية للحبل الشوكي و يمتاز انه يدمر الخلايا الحركية في الحبل الشوكي و الدماغ و ساق المخ،

و الاعضاء التي تتعطل من جراء غزو الفيروس ينعدم فيها الاحساس و تصير كالجزء الميت.

ففيروس شلل الاطفال ينتمي الى مجموعة الفيروسات المسحوبة التي تنتقل عن طريقا تلوث الطعام و الشراب بالبراز. لما يمكن أن ينتقل و لاسيما الأوبئة عن طريق الزاز المتطاير من أنف المصاب و حلقه و حيثما لا يوجد صرف صحي أو مياه نقية و حيثما تتعدم النظافة. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 28)

يصاحب الطفل في حالة شلل الأطفال بأعراض مشابهة لأعراض الأنفلونزا مصحوبة بالحمى و ألآم في الظهر و و الرقبة و صداع و قيء و إسهال، ثم يعاني الطفل من ارتفاع مفاجئ في درجة الحرارة تختفي بالتدريج خلال ثلاثة أيام ثم فجأة تظهر أعراض الشلل على شكل ألآم بالعضلات و الأطراف تنتقل الإصابة إلى النخاع الشوكي بعد مهاجمة الخلايا العصبية للنخاع الشوكي فتتورم و تفقد قدرتها على العمل. (مصطفى نور القمش، 2007: 153)

تم تصنيف الإعاقة الحركية وفقا لموقع الإصابة و الأجهزة المصابة من ثم كل صنف يتفرع إلى عدة أشكال. نذكر منها إصابة الجهاز العصبي المركزي أين نجد فيه الشلل الدماغي و هو عبارة عن تلف دماغي سببه يعود إلى مرحلة الولادة بسبب أمراض تصيب الأم الحامل مما يؤثر على الجهاز العصبي للجنين أو بسبب تعسر الولادة و عدم وصول الأكسجين إلى الدماغ، أو إصابة رأس الطفل بسبب الأجهزة الطبية المستعملة أثناء الولادة الذي يسبب تلف على مستوى الدماغ مما يؤدي إلى ولادة الطفل يعاني من شلل سواء على مستوى الأطراف السفلية أو الأربعة أو شلل في طرف واحد أو ثلاثة أطراف. و هناك العمود الفقري المفتوح و يتمثل في خروج السائل النخاعي أين يكون كتلة أو كيس يلاحظ على الجلد، و هذا يكون بسبب عدم انسداد القنوات العصبية الناقلة للسائل

النخاعي. و هناك عدة أنواع منه كالشق الشوكي، الشق الشوكي المتوسط و الشق الشوكي الشديد، و أسبابه غير معروفة إلى حد الآن.

و هناك شكل آخر المتمثل في إصابة الحبل الشوكي الذي يعود إلى يعود تعرض الفرد إلى حوادث على مستوى النخاع الشوكي، و يمس هذا النوع من الإعاقة خاصة الشباب.

بالإضافة الاستسقاء الدماغ و هو عبار عن تجمع غير طبيعي للسائل النخاعي في الدماغ، أين يلاحظ على الطفل تضخم حجم الرأس، و يؤدي هذا التجمع الغير الطبيعي إلى احداث ضغط على الأعصاب المخية و الذي يؤدي إلى عدة اضطرابات منها أمراض عقلية، سمعية، بصرية، شلل.... إلخ هذا يتوقف على درجة الضغط و المنطقة التي يحدث عليها الضغط.

و هناك شلل الاطفال و هو عبارى عن إصابة فيروسية تمس الأطفال ينتقل بوسطة الطعام و المياه الملوثة ، أين تقوم الفيروسات بمهاجمة القرون الأمامية للنخاع الشوكي الذي يؤدي بدوره إلى تلف الأعصاب الحركية النخاعية و الدماغية مما يسبب شلل فتصبح الاطراف فاقة للإحساس و أعراضه لدى الأطفال مماثلة لأعراض أنفلونزا.

7- إصابة الهيكل العظمي:

7-1- تشوه القدم:

تظهر هذه التشوهات نتيجة لالتهاب المفاصل و القدم، مما يؤدي الى عدم توازن العضلات و العظام، و بالتالي انحرافها الى الداخل أو الخارج . هذا ويغلب على هذه الإصابة الأسباب الوراثية و تزداد الإصابة عند الذكور عنها عند الإناث. (مصطفى نور القمش، 2005: 155) و بالرغم من الاعتقاد بوجود سبب وراثي إلا أن هناك أسباب خارجية المنشأ و هي الأكثر شيوعا و تفسر كالتالي: في أثناء الحمل و نتيجة لزيادة الضغط الناتج من تقلبات

الرحم، فسوف تضغط على سقي و قدمي الطفل، و بذلك يواجه القدم ضعفا شديدا من الغلاف الرحمي. فيؤدي الى تقوس القدم و تشوهها، و هناك تفسير آخر هو اصابة القدم ببعض الامراض نقص في كمية الدم الواصل الى العضلات في الساق و القدم، و بالتالي يؤدي الى تقلصها و تشوهها، بالإضافة الى اسباب اخرى منها

- نقص في كمية السائل "الامينوسي" داخل الرحم اثناء الحمل

- نقص بعض الفيتامينات مثل فيتامين D.

- خلل في عملية الجنين، مثل التفاف الحبل السري بالجنين و الضغط عليه

- شلل الاطفال: يؤدي الى شلل تام في عضلات الساق و يرافق هذا الشلل عاهات اخرى خاصة في تقوس اصابع القدمين و انحنائها.

- تعرض الطفل لمرض لين العظام او الكساح (السيد فهمي علي محمد، 2008، 106-107)

7-2- البتر Amputation:

يتمثل البتر في قطع و استئصال احد اطراف الجسم او اي جزء من ذلك الطرف و يتم ذلك سواء من خلال التعرض لتدخل جراحي او خلال حادث او صدمات، و من اسباب البتر نجد ثلاثة، منها:

أ- **الاسباب الصدمية:** (حوادث المرور ، حوادث منزلية، و حوادث العمل، حروق صاعقات

كهربية... إلخ (حسين محمد الأطرش، (بدون سنة): 194)

ب- **الأسباب المتعلقة بالأمراض:** و ذلك مثل السرطان و الأورام الخبيثة و التهاب العظام و الأنسجة، أمراض الشرايين كالقصور الشرياني للأطراف السفلية، الناتج أساسا عن كل من السكري و التبغ... إلخ

ج - **الاسباب الخلقية Congénitale**: أين يؤدي الغياب الخلقي للنسيج أو الطرف إلى إصابة معادلة للبتر، و غالبا ما يؤدي ذلك إلى نشوء عضو مشوه.

و من أنواع البتر نجد:

أولا: بتر القدم:

- بتر أصبع القدم أو أكثر من أصبع.
- بتر منتصف القدم.
- بتر القدم بأكمله.
- بتر الساق Transtibial: و يشمل على أي بتر من الركبة إلى الكاحل:
- فصل الركبة.
- بتر الفخذ: و يشمل على بتر أي جزء من الفخذ من عند الحوض حتى مفصل الركبة.
- فصل الحوض: يكون عند مفصل الحوض مع الفخذ بأكمله.

. (السيد ع فهمي علي محمد، 2008: 109- 110)

ثانيا: البتر في الأطراف العلوية:

- و يكون إما ببتر طرف واحد أو الاثنين معا و يشمل على:
- بتر اليد أو جزء منه بما فيها الأصابع و الإبهام أو جزء من اليد تحت الرسغ.
- حسين محمد الأطرش(بدون سنة): 198**

- بتر عظمة الساعد و ذلك الذي يحدث تحت الكوع حتى الرسغ.

- فصل الرسغ يتم بتر العضو عند مستوى الرسغ.

- بتر عظمة العضد و ذلك الذي يحدث فوق الكوع حتى الكتف.

- فصل الكتف يتم البتر عند مستوى الكتف مع بقاء الكتف. (حسين محمد

الأطرش (بدون سنة): 198)

7-3- هشاشة العظام:

يسمى تلين العظام حيث يولد الطفل و أطرافه مليونه أو مكسورة، أو يولد سليما ثم تأخذ العظام بالتكسير فيما بعد. فالعظام الغير المكتملة قابلة للكسر بسهولة، و تطلق أسماء أخرى على هذا المرض منها مرض الجبنة السويسرية و العظام اللينة. (إبراهيم محمد صالح، 2006: 94) يحدث لين العظام بسبب نقص تركيز الكلس Calce نسبة إلى هرمون كالسي تونين Calcitonine الذي يرسب الكالسيوم بالعظام فيعطيه الصلابة في العظام الناتج عن اضطراب في استقلاب الكلس مما يجعل العظام هشة قابلة للانحناء.

و من أنزاع لين العظام نجد:

1- لين العظام الناتج عن نقص فيتامين D هو النوع الغالب في بلدنا بحيث لا يتعطى

الطفل الكمية اللازمة من فيتامين D.

2- و قد يكون النقص في فيتامين D ناتج من سوء امتصاصه من الأمعاء بالرغم من

تعاطي الطفل الكمية اللازمة منه و ذلك ناتج من الاضطرابات المعوية أو النتيجة سوء

امتصاص الدهون. (السيد ع فهمي علي محمد، 2008: 109 - 110)

3- هناك النوع المعاند لفيتامين D بالرغم من إعطاء الطفل الكميات اللازمة منه و ذلك

راجع إلى عيب خلقي في الجسم و عدم استجابة الخلايا لهذا الفيتامين.

4- هناك النوع الخاص بالكلى و يسمى لين العظام الكلوي و يظهر في سن متأخر، و العيب الأصلي في هذا النوع من الكساح أو لين العظام يقع في الكلى التي تفرز فرسفات الكالسيوم في البول و يقل نسبته في الدم. (السيد ع فهمي علي محمد، 2008: 109-110)

و من أعراضه: - فقدان الشهية و نقص الوزن.

- الألم في الطرفين السفليين و الظهر.

- الضعف العظمي.

- تشوه العظم الطويلة.

7-4- خلع الورك الولادي:

الخلع هو خروج رأس العظام و خاصة عظم الفخذ من منطقة تمفصله مع الجوف الحقاني الموجود في عظمة الورك، و بالتالي يحدث التشوه و تظهر هذه الحالات منذ لحظة الولادة، حيث يلاحظ وجود تشوه في منطقة الحوض. (إبراهيم محمد صالح، 2006: 94-95)

و تعرف هذه الحالة عند فحص الطفل في مركز الحضانة بعد الولادة مباشرة، أو عن طريق أم واعية يقظة تلاحظ ظهور بعض التغيرات في إحدى فخذي طفلها بعد ولادته، حيث تكثر ثنايا الجلد في أعلى الفخذ من الداخل، في الوقت الذي تقل فيه هذه الثنايا في الفخذ الآخر (إذ كانت الإصابة في ناحية واحدة). و عندما تبدأ مرحلة المشي تلاحظ أن مشي الطفل غير طبيعية. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 168)

أما عن أسباب حدوث خلع الورك الولادي فيمكن ايجادها بما يلي:

- تلعب العوامل الوراثية دور اساسي في هذه الحالة.
- تعرض الطرف السفلي للجنين اثناء الولادة للضغط الزائد.
- نقص السائل "الامينوسي" له اثار واضحة على هذه الحالة.(مصطفى نور القمش،

(2006: 157)

7-5- ميلان و إنحراف العمود الفقري (الجفن):

هو عبارة عن انحناء أو تقوس جانبي في العمود الفقري و تحدب في الأضلاع أو إرتداء خلقي يسبب خلل الفقرات العمودية و العضلات والأعصاب و بالتالي يصبح أحد جنبيين الجسم أعلى من الجانب الآخر.

أما ما يخص أسباب هذا المرض يمكن تلخيصها كالتالي:

- الأوضاع الجسمية الخاطئة.
- قصر أحد الرجلين. . (إبراهيم محمد صالح، 2006: 89)
- خلل في العمود الفقري.
- بسبب مرض سابق.
- كما قد يكون وراثيا. (إبراهيم محمد صالح، 2006: 89)

و يمكن تصنيف الجنف كما يلي:

أولاً: الجنف الغير التركيبي و ينقسم إلى:

- جنف وضعي. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 87-88)

- جنف تعويضي.

ثانيا: جنف حركي مؤقت ينقسم إلى:

- جنف وركي.

- جنف هستيري.

- جنف التهابي.

ثالثا: الجنف التركيبي أو البنائي ينقسم إلى:

- جنف ذاتي يحدث لدى الغالبية العظمى من مرضى الجفن و نسبته تتراوح بين)

(70-80 %)

- جنف ولادي و هو وراثي بطبيعته.

- جنف عصبي عظمي.

- أورام ليفية عصبية.

- الإضطرابات اللحمية المتوسطة أو النسيج الأوسط. (السيد فهمي علي محمد،

2008: 87-88)

7-6- التهاب المفاصل الرثيائي (الروماتيزمي):

التهاب المفاصل المزمن هم المسمى العام و الشائع لما أطلق عليه حديثا، التهاب

الروماتيزمي Reumatoid Arthirtis و تتعرض المفاصل ثم الأنسجة الأخرى المحيطة بها

بالتهاب و الذي قد يؤثر على شكل المفاصل ثم الأنسجة الأخرى المحيطة بها للالتهاب

و الذي قد يؤثر على شكل المفاصل ثم الأنسجة الأخرى المحيطة بها للالتهاب و الذي قد

يؤثر على شكل المفاصل و حجم أسطح الاتصال المفصلي من حيث حجم العظام بهذه المناطق في شكل تضخم و ورم في المفاصل. (حسن محمد النواصر، 2006:98)

و من أسباب الإصابة بمرض التهاب المفاصل الرثيائي نجد:

أ- **العوامل الوراثية:** إذ هناك استعداد وراثي في بعض العائلات للإصابة بهذا المرض، إلا أن نمط الوراثة للمرض لا يرث المرض من جيل إلى جيل الذي يليه مباشرة.

ب- **العوامل البيئية:** و تتمثل البكتيرية و الفيروسات مثل مكروب الميكرو بلازم الدفتريا. الديفتريويد... إلخ فالفيروسات العامل الرئيسي لبداية حدوث الخلل المناعي، بالإضافة إلى الهرمونات أي بسبب وجود خلل هرموني و التدخين.

ج- **الولادة أو الإجهاد:** إذ تزيد نسبة حدوث الروماتويد بعد التعرض للعمليات الجراحية.

د- **التغيرات الجوية:** إذ وجد أن المرض بالأعراض الروماتيزمية بصيفة عامة يعانون من حدوث انتكاسات في فترة تغير الجوي من فصل إلى آخر. (فهيم علي محمد، 2008: 167-168)

و من أعراضه:

- تيبس اليدين عند الصباح لمدة معينة تتراوح بين (10 دقائق)

- ألأم المفاصل أثناء الحركة و حين الضغط على المفاصل مع عجز عن تحريك المفاصل.

- إصابة مفاصل اليدين بنفخات.

- ظهور غدد كروية تحت الجلد عند الأكواع و اليدين.

- فقدان في الشهية و ارتفاع درجة الحرارة. (إبراهيم محمد صالح، 2006: 93)

- ازدياد معدل ضربات القلب.
- سوء الحالة العامة و ظهور حالة من الإعياء.
- تشوه مفصالية قد تؤدي الى تشوه في اليدين و القدمين.(ابراهيم محمد صالح، 2006:

(93)

يوجد عدة إعاقات متصلة بإصابة الهيكل العظمي منها تشوه القدم الذي يحدث بسبب التهاب على مستوى المفاصل فيؤدي إلى اعوجاج القدم الى الداخل أو الخارج و له أسباب وراثية و أخرى متصلة بمرحلة الحمل أين يحدث ضغط على قدمي الجنين في رحم الأم مما يؤدي إلى اعوجاجها و نقص السائل الأمين في الرحم، أو بسبب أمراض تصيب الطفل بعد الولادة.

و هناك البتر و هو قطع أحد أطراف الجسم بسبب مرض ما يصيب العضو أو حديث أو يلد الفرد و هو بعضو مبقر. و هناك عدة أنواع من البتر و ذلك حسب منطقة البتر طرف علوي أو سفلي ثم حسب الجزء المبتور منها بتر اليد، بتر الساق بتر الأصبع... إلخ

هشاشة العظام و يتمثل في ولدة الطفل و لديه عظام لينة أو مكسورة كما يمكن أن يظهر بعد الولادة و ذلك باختلاف الأسباب من وراثية إلى نقص كمية الفيتامين D في العظام و يمثل السبب الرئيسي لهذا المرض و هذا النقش إما راجع لعدم تعاطي الطفل الكمية المناسبة من الفيتامين "D" أو بسبب عجز الخلايا على امتصاصه، بالإضافة إلى أسباب تعود للكلية و يعرف بالين العظام الكلوي أين يفرز الفيتامين D "في البول مما يؤدي إلى نقصه في العظام.

أما خلع الورك الولادي فهو انفصال عظم الفخذ من منطقة تمفصله مع الجوف القاني و تعود أسبابه إلى عامل الوراثة بالإضافة إلى تعرض الجنين إلى ضغط في القدمين.

و هناك انحراف العمود الفقري، سببه يعود إلى الاستعمال الخاطئ للعمود الفقري مثل عدم الاستقامة الظهر أثناء الجلوس أو الكتابة، بالإضافة إلى قصر أحد الرجلين مما يؤثر على العمود الفقري و يسبب اعوجاجها ، كما أن لعامل الوراثة دور في ظهور هذه الإعاقة.

و هناك شكل آخر من الإعاقة و هو التهاب المفاصل الرثائي و هو تعرض الأنسجة لالتهابات الذي يؤثر بدوره على المفاصل مما يسبب تورمها و تضخمها. و ما يخص أسباب هذا المرض نذكر عامل الوراثة و عوامل بيئية مثل التلوث و التغيرات الجوية بالإضافة إلى التعرض لعمليات جراحية.

8- اصابات الجهاز العضلي:

8-1- ضمور العضلات:

ان مصطلح الضمور العضلي يشير الى مجموعة من الامراض او الاضطرابات التي تتميز او يكون مظهرها الاساسي انحلال او تفسخا Dégénérative لمجموعة معينة من العضلات التي تتميز بانها تضعف تدريجيا و يحدث تشوه في عضلات الهيكل العظمي و احيانا لعضلات القلب و التنفس. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 194)

و هناك صور مختلفة لضمور العضلات منها:

- الضمور الوراثي للعضلات: و يتسبب فيه مجموعة من الامراض التي تنتقل وراثيا للأبناء حيث تبدأ المعاناة من الضمور من الطفولة. (حسن محمد النواصرة، 2006: 103-104)

- التوتر العضلي الخلقي: و يصاحب هذا النوع زيادة غير طبيعية في حجم العضلات الهيكلية بما يوحي بقوام رياضي الا ان ذلك يصاحبه ضعف و وهن شديد العضلات و ببطء في قدرة العضلات.

- التوتر و الضمور العضلي: وهو من الامراض الوراثية النادرة و لا يتوفر له علاج من الان، حيث يتعرض المصاب به الى ضمور العضلات الهيكلية بالأطراف و عضلات الوجه و الرقبة مع خلل في القدرة العقلية و ضمور في الخصيتين.

- الالتهاب و الضمور العضلي: يؤثر هذا المرض على القدرة الحركية بشكل عام و في حركة الوقوف من الجلوس و ذلك نتيجة الضعف و الضمور في عضلات الرجلين خاصة الفخذين مع عضلات الكتف و الرقبة. (حسن محمد النواصرة، 2006: 103-104)

يرجع الضمور العضلي إلى أسباب ناشئة عن شذوذ في الجينات و هذا الشذوذ يكون ناشئاً عن أحد الوالدين أو كليهما. كما يمكن أن يكون سببه غيان أنزيم في خلية العضلة أو بعض العيوب في عملية التمثيل الغذائي للعضلة ناتجة عن عدم القدرة على تسرب المواد الضرورية لعملها بشكل عادي. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 195)

8-2- ضمور العضلات الشوكية:

تنتج الإصابة بهذا المرض تحلل و تلف للخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع مما يؤدي الى الوفاة المبكرة او الاصابة المزمنة، و يمكن ان تحدث الاصابة لدى الاطفال بحيث تؤدي غالبا الى الوفاة المبكرة او انها تصيب الافراد في مرحلة متأخرة من العمر.

و في الغالب يؤثر ضمور العضلات الشوكية تماما على الانشطة الحركية و تصيب الفرد بالعجز الحركي، و ربما يمتد تأثيرها ليأثر على عضلات البلع و التنفس لكن المصابين بضمور العضلات الشوكية لا تتأثر قدراتهم العقلية و نسبية ذكائهم و كذلك قدرتهم على الاحساس بكل ما حولهم (السيد فهمي علي محمد، 2008: 202)

و اسبابه تعود الى عوامل وراثية اين تنتقل بواسطة العوامل الوراثية (الجينات المرسومة على الكروموسومات)، و حيوية و لها علاقة بالعمليات الحيوية في الجسم او

الالتهابات في الجسم بالإضافة الى استعمال بعض الادوية.(ابراهيم محمد صالح، 2006: 117)

إصابة الجهاز العضلي يتمثل في وجود خلل في بعض من عضلات الجسم و نذكر منها الضمور العضلي و الذي يتمثل في انحلال عضلات معينة في الجسم مما يسبب صعوبة في استعمال العضو الذي تعاني عضلاته من الضمور، و يوجد عدة أنواع منه و تختلف درجة الضمور حسب النوع، أما اسبابه إما وراثية أو راجعة لالتهابات. بالإضافة الى ضمور العضلات الشوكية أين يكون أخطر من النوع الاول إذ يؤدي الى تلف الخلايا العصبية للنخاع الشوكي الى حالة الوفاة غالبا أما الحالات الاخرى يحدث للفرد إعاقة للجانب السفلي أو العلوي حسب درجة الضمور.

9- تأهيل المعاقين حركيا:

لقد أشارت منظمة الصحة العالمية و منظمة العمل الدولية اليونيسكو على أهمية و ضرورة تحسين حياة ذوي الاحتياجات الخاصة لذي نجد أن معظم دول العالم تسعى إلى تحقيق ذلك انطلاقا من توفير حق التعليم، الصحة و الأنشطة الاجتماعية و الثقافية و المهنية وفي هذه الدراسة نخص بالذكر المعاق حركيا.

فلسفة تأهيل المعاق حركيا تقوم على أساس أن الاهتمام الأساسي يتركز على الإنسان لأنه الشخص المستهدف في عملية التأهيل و لا يستطيع العيش في معزل عن بقية الأفراد الآخرين حيث أنه يعيش في مجتمع إنساني يؤثر فيه و يتأثر به، و تعتبر عملية التأهيل مسألة اجتماعية عامة تتطلب التخطيط و العمل و الدعم الاجتماعي على كافة المستويات، و كذلك فإن فلسفة التأهيل تؤكد على دور الانتقال بالمعاق حركيا من قبل فكرة الاعتماد على الآخرين على ضرورة الاعتماد على الذات و ذلك عن طريق الاستقلال الذاتي و الكفاية الشخصية و الاجتماعية و المهنية و استعادة الشخص المعوق لأقصى درجة من

درجات القدرة الجسمية أو العقلية و الحسية المتبقية لديه. (عزة نادية عبد الطاهر، 2012: 99)

9-1- التأهيل الطبي:

و يقصد بذلك تأهيل الأفراد المعوقين جسميا و صحيا من الناحية الجسمية و ذلك من خلال تزويدهم بالأطراف الصناعية المناسبة، أو استخدام العلاج الطبيعي، و الذي يعاني من الألم جراء الإصابة، استخدام المساج و التدليك و العلاج بالماء لبعض حالات الإعاقة. (مصطفى نور القمش، 2007: 164) فالتأهيل الطبي ينبغي أن يسترد الفرد جزء من الأداء الحركي الذي كان يقوم به قبل حدوث الإعاقة الحركية، و الذي يكون هدف في النهاية تمكين الفرد على السير و لو بأدوات مساعدة أو الجلوس بعد الشلل الكامل أو شبه الكامل أو النصفي أو الاستخدام الجزئي لعضو من أعضاء الجسم، و من أهداف التأهيل الطبي نذكر منها:

- مساعدة الفرد على أن يمارس حياته وفق ما تبقى له من أعضاء سليمة لم يصيبها العون الحركي.

- إعداد أجهزة تعويضية يكون من شأنها التقليل من نسبة العجز الحركي.

- إرشاد المعوق حركيا و أسرته و كل من يتعامل مع المعوق حركيا إلى الأسلوب الأمثل الذي يتناسب و نوع العجز الحركي لدى العوق.

- منع الإعاقة الحركية من التفاقم عن طريق التدخل الجراحي أو غير الذي يسعى إلى إصلاح أو تعديل و تحسين مقدار العجز لدى المعوق. (السيد فهمي علي محمد،

2008: 325-326)

- وضع تصور نهائي للحالة المرضية يبدأ بعده القيام بأنواع التأهيل الأخرى مثل التأهيل النفسي و الاجتماعي و غيره.

- تبصير المعاق بحالته و الدور المطلوب منه كي يحافظ على ما تبقى لديه من أعضاء سليمة و بالتالي سلامة صحته الجسمية ككل.(السيد فهمي علي محمد، 2008: 325-326)

التأهيل الطبي يتمثل في مساعدة الفرد على استعمال القدرات الجسمية المتبقية لديه و ذلك من خلال توفير الأطراف الصناعية و استعمال العلاجات المختلفة للتخفيف من الألم مثلما هو الحال لدى مبتوري الأطراف أين يتم بتر طرف معين قصد منع انتشار المرض، بالإضافة إلى مساعدة المريض على فهم إعاقته و كيفية الاعتناء بذاته للتكيف الجيد مع الإعاقة.

9-2- التأهيل النفسي:

يقصد بالتأهيل النفسي تلك الخدمات التي تهدف لمعونة المعوق في مقاومة الشعور بالنقص نتيجة لنظرة بعض أفراد المجتمع إليه و مقارنة نفسه بالآخرين كما تساعده في التغلب على الحالة النفسية التي تصاحب الإعاقة الحركية.

إن خدمات العلاج النفسي تعتبر هامة و أساسية كجزء أساسي من برامج التأهيل النفسي الخاصة و برامج إعادة التأهيل بشكل عام مرتبطة بكافة أشكال التأهيل المهني و الأكاديمي و الاجتماعي و الطبي و من أشكال العلاج النفسي: العلاج بالموسيقى، العلاج بالرياضة و العلاج بالعمل أ، ما يعرف بالعلاج الوظيفي. (عبد الطاهر عبد الباقي، 2012: 102)

و هنا أيضا يجب أن يكون دور التأهيل النفسي ينبغي أن يتم سريعا، لأنه و أخطر خطورة في حياة الانسان المعوق، و لا شيء يفوق تلك الخطوة أو ينبغي أن يتقدم عليها، فالتعامل سيكون مع المعوق حركيا الذي صار معقدا أو عاجزا، و التأهيل هنا ليس برنامجا صلا ما يكن لازما فيه على المعوقون يقوم بتنفيذه إنما هي خطوة يجب أن يحسب جدا لأن التعامل فيها يكون مع كائن نريده إلى أرض الواقع، نساعد على تقبل إعاقته و أنه يجب أن يتعايش مع كل المتغيرات التي فرضتها ظروف الإعاقة الحركية، لذى ينبغي أن يكون التأهيل النفسي مرنا و دوريا و متمشيا مع العمر و مع الإعاقة، فكل عمر تأهيله و لكل درجة إعاقة حركية تأهيلها و الهدف في النهاية إنقاذ إنسان. (السيد علي فهمي محمد،

(2008: 349)

يأتي التأهيل النفسي بعد التأهيل الطبي و ذلك لمساعدة الفرد على تقبل إعاقته و التغيرات التي طرأت على حياته جراء هذا العجز، و كذا مساعد المعاق على التغلب على الشعور بالنقص الذي تكون من خلال مقارنته لذاته مع الغير و نظرة الغير له، و التغلب على مشاعر الإحباط كونه فقد فقدى جزء من قدرته التي تعويقه على تحقيق أهدافه. كما أن التأهيل النفسي عبارى عن تمهيد لفتح المجال للفرد للقيام بالتأهيلات الأخرى التي ستمكنه من الإدماج في الحياة الاجتماعية بسهولة من خلال إتباع برنامج علاجي معين، الذي سيتم وضعة انطلاقا من تحديد درجة تأثير الإعاقة على نفسية المعاق.

9-3- التأهيل الإجتماعي:

يتضمن التأهيل لاجتماعي للمعوقين حركيا في مساعدة الفرد على التوافق و التكيف مع المجتمع بكل أفراده، و يكون هذا التكيف متمشيا مع قدرات الفرد البدنية. (لتباين الإعاقة الحركية و اختلاف درجاتها)، فالتكيف المطلوب من المشلول بشلل الاطفال في ساق أو سقين، أو الفرد الذي فقد ساقا أو قدما...إلخ. (السيد علي فهمي محمد، 2008: 349)

كما يتضمن أن يقوم المجتمع بدوره من حيث تقديم كل التسهيلات الممكنة مع تذليل كل العقبات التي قد تعوق عملية التأهيل الاجتماعي. (السيد علي فهمي محمد، 2008:

(349)

تتمثل أهداف التأهيل الاجتماعي في:

إن توفير خدمات التأهيل الاجتماعي للمعوقين و خاصة المعوقين حركيا من شأنه أن يخفف حدة المشكلات و الألم التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، و يقلل من الآثار الاجتماعية و النفسية و التربوية عليها، و تحقيق لهم الشعور بالأمن و السعادة بين أقرانهم و ذويهم. لذي يمكن تلخيص أهداف التأهيل:

- توفير المتطلبات الأساسية (الحقوق) للفرد المعاق في المجتمع.
- مشاركة المعاقين و الأسر في برنامج التأهيل.
- توفير الخدمات التأهيلية لأكبر عدد ممكن من المعاقين في المجتمع.
- الحث على دمج المعاقين في المجتمع. (العلام عبد النور، 2008: 102)
- تحويل المعاقين إلى مواطنين منتجين. لا يعتبرون علة على ذويهم بل يساهمون قدر المستطاع وفقا لقدراتهم في زيادة الإنتاج. (العلام عبد النور، 2008: 102)
- يهدف التأهيل الاجتماعي في مساعدة الفرد المعاق حركيا للتكيف في الحياة الاجتماعية العادية مع توفير الإمكانيات اللازمة ليتمكنوا من الإدماج في مجال العمل و السكن و التدريس والمشاركة في مختلف الأنشطة التي يقوم بها أقرانهم. بالإضافة إلى أهمية توعية الأسرة و المجتمع فيما يخص حالات المعاق واحتياجاتهم فيشاركوا في ذلك في تحسين نوعية حياتهم.

9-4- التأهيل الأكاديمي:

لقد تحقق في مجال تربية المعاقين حركيا تقدم كبير في تقنية التعليم، كما حدث تجديرات تربوية مهمة للحاجة الملحة لمساعدة المعاقين في التعليم، إذ نجد من المسلمات التربوية أن لكل طفل. (السيد فهمي علي محمد، 2008: 344-345-346)

الحق في الحصول على تربية لا فرق في ذلك بين سوي و معوق كما أن أغراض التربية و أهدافها متماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال بالرغم من اختلاف التقنيات اللازمة للمساعدة التي تقدم لكل طفل على حدة و ذلك على حسب نوعية الطفل ودرجة الإعاقة، أين يكون تأهيل الطفل المعاق حركيا أكاديميا عن طريق تعليم المهارات المختلفة من بداية كشف الإعاقة و ذلك من خلال الأسرة و في المراحل التالية:

أولاً: مهارات ما قبل المدرسة أو الروضة، و فيما يتم توفير تعليم أكاديمي بسيط أو من أجل توفير تأهيل حركي مناسب للطفل من خلال توفير قدرات على التكيف مع المحيط. .

(السيد فهمي علي محمد، 2008: 344-345-346)

ثانياً: مهارات المدرسة العادية هنا يجب أن نعلم الطفل:

- كيفية التنقل من و إلى المدرسة و داخل المدرسة.
- استخدام وسائل المساعدة إذ كان ضرورياً.
- تعليم المهارات الأكاديمية و المطلوب منه لمدرسة عادية و لتعليم هذه المهارات يجب توفير شروط منها ما تتعلق ب:
- توفير مشرف في المكان.
- أن يكون المدرسون و المدراء ذوي خبرة للتواصل مع ذوي الإعاقة الحركية.

- توفير المرافق العامة في المدرسة و الأمن. (السيد فهمي علي محمد، 2008:

(346-345-344)

من خلال ما سبق نجد أن التأهيل الأكاديمي يهدف الى تعليم الطفل المهارات الأكاديمية و ذلك حسب نوع الإعاقة و شدته أين يتبع الطفل المعاق حركيا نفس البرنامج الذي يتبع الطفل العادي مع أهمية تعليمه المهارات الأولية مثل كيفية التنقل في المدرسة و إلى البيت، مع العمل علي تذليل العقبات و توفير المدرسين المكونين لتعليم المعاقين حركيا.

9-5- التأهيل المهني:

ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسميا من الناحية المهنية و ذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة. (مصطفى نور القمش، 2007: 164)

و لتشغيل المعاقين يجب أخذ بعين الاعتبار بعض العوامل الخاصة و نذكرها كالتالي:

أ- عوامل تتعلق بالمعاق نفسه:

- درجة أو شدة الإعاقة. (عصام حمدي الصفدي، 2007: 201)

- سبب و زمن حدوث الإعاقة.

- درجة التكيف مع الإعاقة.

- القدرات العقلية و الجسمية و العملية المتبقية.

- التشخيص الطبي و المهني.

- نوع التدريب الذي تلقاه و مستوى هذا التدريب. (عصام حمدي الصفدي، 2007:

(201)

ب- عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة المعوق:

- بعد البيت عن مكان العمل و وسائل المواصلات.
- ظروف الأسرة و نظرتها إلى المعوق و عمله.
- اتجاهات أصحاب العمل و العمال نحو المعوق و عمله.
- تنظيم العمل في المؤسسة و إمكانية استيعاب المعوقين في هذا التنظيم.
- ظروف العمل في المؤسسة. (عصام حمدي الصفدي، 2007: 201)
- إمكانية التدريب أثناء العمل.
- طبيعة القوانين و التشريعات التي تحكم تشغيل المعاقين. (عصام حمدي الصفدي، 2007: 201)

9-6- أهداف التأهيل المهني:

يمكن تلخيص الأهداف التي يسعى إليها التأهيل المهني في الأهداف الاجتماعية و الاقتصادية:

الأهداف الإجتماعية.

يعد التأهيل المهني عملية ترمي إلى تحقيق العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع وبالتالي تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص و بالتالي إعطاء فرصة لهذه الشريحة للعيش حياة كريمة و لا يعيشون علة على غيرهم.

الأهداف الاقتصادية:

ان التأهيل المهني يعمل على زيادة الانتاج الاقتصادي و بالتالي زيادة الدخل القومي فإن توجيه هؤلاء المعاقين و تدريبهم على مهنا يشتغلون فيها، (أحمد بوذراع، 1995: 147)

يكسبون من خلالها راتبا شهريا يجعل منهم أشخاص منتجون اجتماعيا و يصبحون من دافعي الضرائب، بدلا مما يصرف لهم من مساعدات و إعانات اجتماعية. (أحمد بوذراع، 1995: 147)

التأهيل المهني للمعاق حركيا يتمثل في تعليم المعاق مهنة معينة تمكنه من الحصول على فرصة عمل و دخل اقتصادي. وللقيام بعملية التأهيل المهني يجب الأخذ بعين الاعتبار نوع و درجة الإعاقة و التعرف على القدرات الأخرى المتبقية لديه و كيفية تنميتها. و هناك عوامل متعلقة بالبيئة التي سيشغل فيها المعاق أين يجب أن تكون قريبة من مقر سكنه و توفير الإمكانات المادية لتسهيل تشغيل هؤلاء الأفراد في المؤسسات المهنية.

10- الوقاية من الإعاقة الحركية:

1- على الأم فحص الدم عند بداية الحمل، و في الأشهر الثلاث الأخيرة لتجنب ضغط الدم و معرفة فيئة الدم.

2- الامتناع عن الإجهاض المفتعل، باستعمال الأدوية و الطرق الشعبية. (إبراهيم محمد صالح، 2008: 19-20)

3- التأكيد على دور الأساليب التربوية و النفسية المناسبة في الوقاية من الإعاقة السلوكية و الانفعالية و في الحد من المشكلات المصاحبة للإعاقات الأخرى، فهذه الأساليب قد تكون أكثر فاعلية على المدى الطويل من العقاقير النفسية.

4- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد المهني من حيث أهدافه و أساليبه و الجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة إلى الأسر التي أنجبت معوقين في الماضي، فالإرشاد الجيني ضروري لتحديد ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم لا. (إبراهيم محمد صالح، 2008: 19-20)

5- على الأم الحامل أن تتجنب التعرض لأشعة أكس خلال فترة الحمل إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.

6- بذل جهود مكثفة لإعداد الشباب و البنات للأبوة و الأمومة، فالوقاية تتطلب التوعية حول التدابير الاحترازية قبل الزواج و مرحلة ما قبل الحمل و لا تقتصر على فترة الحمل فقط، بالإضافة إلى الوقاية من الحوادث و المحافظة على سلامة الأطفال. (إبراهيم محمد صالح، 2008: 19-20)

للووقاية من الإعاقة الحركية يتطلب من الأم الحامل خاصة القيام بفحوصات دورية و ذلك فيما يخص فيئة الدم و الحالة الصحية للجنين و أيضا المتابعة الصحية لها لتجنب الإصابة بالأمراض و الالتهابات الفيروسية، و تجنب تناول العقاقير و تجنب زواج الأقارب كونه من الأسباب الأولى المؤدية إلى انتشار الإعاقة. كذلك تجنب الإجهاد المفرط، بالإضافة إلى ضرورة القيام بحصص إرشادية للأبوين الجدد لاستقبال الطفل في العائلة و كيفية التعامل و التربية السلمية له لتجنب الحوادث و الإصابات التي قد يتعرض إليها الطفل.

11- المعاقين حركيا في الجزائر:

11-1- إحصائيات عن المعاقين حركيا في الجزائر:

حسب المنظمة الوطنية للإحصاء (ONS) هناك ما يقارب 2 مليون معاق في الجزائر و عدد المعاقين حركيا هو 284,073 و نفس الإحصائيات تؤكد أن عدد المعاقين

حسب عامل السن هو 131.955 طفل في سن (5-19 سنة) فعددهم يقدر ب 319.945 و نفس المصدر يقر أن أكبر نسبة من المعاقين تمس ذوي الإعاقات الحركية ب نسبة 44%.

أم ما يخص أسباب هذه الإعاقة في الجزائر فتؤكد الإحصائيات أن 28.5% من الإصابات جنية أو وراثية أو حوادث و إصابات. و % 14.2 ترجع إلى أمراض انتنائية (EL

. Moudjahid. Le 01-12-2010)

11-2- حقوق المعاق في ظل القانون الجزائري و الإجراءات المتبعة للتكفل بهم:

كون الأشخاص المعاقين هم فئة لا تقل عن الأفراد العادين فإن الضمانات القانونية التي يقرها الدستور الجزائري هي نفسها التي يتمتع بها أي طفل أو بالغ عادي في المجتمع. فإن المادة 59 فقد كان مضمونها عاما يعبر عن قيام الدولة بتوفير ظروف معيشية للمواطنين الذين لم يبلغوا سن العمل أو لا يستعطون القيام به و الذي عجز عنه نهائيا بسبب عجز يصبه.

ففي ظل قانون 85/5 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بالصحة و ترقيتها فقد أقر جملة من الحقوق المتصلة بفئة المعوقين من المادة 89 إلى 96 منه الفصل السابع بعنوان "تدابير حماية الأشخاص المعوقين"، " بحيث جعل للأشخاص المعوقين الحق في التمتع بالحماية الصحية والاجتماعية و احترام شخصيتهم و مراعاة كرامتهم و حساسيتهم، و الانتفاع من العلاج الدائم (حميدي بن عيسى، 2015-2016 : 65-66)

و إعادة التدريب و الأجهزة المعدة لهم. و التكفل بهم من طرف المستخدمون الطبيون مع مراعاة المقاييس المتعلقة بالنظافة و الأمن في المؤسسة المخصصة للأشخاص المعوقين. (حميدي بن عيسى، 2015-2016 : 65-66)

و في نفس المرسوم أي رقم 81-338 المؤرخ في 12 ديسمبر 1981 و المتضمن إنشاء المجلس الوطني للاستثماري لحماية المعوقين، و لتغير تسميته فيما بعد بموجب المرسوم التنفيذي رقم 318-92 المؤرخ في 13 أكتوبر 1992 لتصبح المجلس الوطني للاستثماري للحماية الاجتماعية للأشخاص المعوقين و إدماجهم. كما استفادت فئة المعاقين من التأمين الاجتماعي وهذا وفقا لما جاءت به المادة الخامسة (05) فقرة "ب" من القانون رقم 83-11 المؤرخ 02 يوليو 1983 و المتعلق بالتأمينات الاجتماعية. (العمرى عيسات، 2014: 08)

و لي تطوير عملية التكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة قامت وزارة الحماية الاجتماعية (MPS) بإنشاء عضو لمساندة هذه الفئة، و التي تعرف بالصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي (CNAS) وضع أجهزة للأشخاص الذين تتكفل بهم و في هذا الإطار تم إنشاء ديوان وطني للأعضاء الاصطناعية للأشخاص المعوقين و لواحقها (ONAAPH) و هذا حسب مرسوم رقم 88-27 المؤرخ في 09 فبراير 1988. ([www. Fahm.dz](http://www.fahm.dz)).

بحيث يوجد ما يقارب 580000 مرضا يستفيدون من الضمان الاجتماعي و في أغلبهم من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة أين تتكفل بهم أساسا الدوان الوطني للأعضاء الاصطناعية للمعوقين و لواحقها (ONAAPH). بحيث في 2017 الدوان قام بتوزيع ما يقارب 1.673.476 أجهزة من أعضاء اصطناعية و لواحقها، منهم 91.817 أجهزة متعلقة بتقويم الأعضاء أو العظام و 13.185 مساعد تقنية و عكازات، و 11.380 أعضاء استماعيه و سمعية. (WWW.aps.dz)

بالإضافة إلى ذلك اهتمت أيضا بتعليم و تكوين فئة المعوقين سعيا منها لإعدادهم بغية إدماجهم اجتماعيا ومهنيا، و هكذا قد قامت بإصدار قانون خاص بهذا المجال في الجريدة الرسمية تحت رقم 80-59 الصادر ب 08 مارس 1980، و يهدف هذا القانون

إلى إنشاء مراكز طبية تربوية و مراكز متخصصة في تعليم المعوقين. (عبد الله كبار، 2004: 87-88)

حيث أوضح المدير الفرعي المكلف بالإدماج المدرسي في الوسط العادي أن عدد المؤسسات التربوية و التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة خلال السنة الدراسية (2016-2017) وصلت ل 236 مؤسسة تتكفل بحوالي 25 ألف طفل معاق على المستوى الوطني، منهم (08) مراكز نفسية للأطفال المعاقين حركيا تتكفل بحوالي 400 طفل. (وكالة الأنباء الجزائرية، 2016-11-29)

أما ما يخص الإعفاءات المقدمة لهم، فقد حظيت هذه الشريحة من الإعفاء الضريبي على المراتب و الأجور وفق المادة 31 من القانون رقم 89-26 المؤرخ في 21 ديسمبر 1989. بالإضافة إلى إنشاء مديريات النشاط الاجتماعي بكل ولاية من ولايات الوطن أين تصهر على تطبيق برامج التعليم و إعادة التربية و التكفل بهم و متابعة و تقييم بصيغة دائمة التسيير من الجانب البيداغوجي و الإداري للمركز و ترقية نشاطات الإدماج، و إحصاء الأشخاص المعاقين و تنظيم جهاز منح بطاقات المعاق، و قد خصصت منحة 4000 دج لكل معاق كل شهر و للذي تقدم نسبة عجزه % 100 و يبلغ من العمر 18 سنة فما فوق. (العمرى عيسات، 2014: 09)

أما ما يخص تشغيل المعاقين فقد قامت بإصدار قوانين في هذا المجال أهمها قانون رقم 82-180 الصادر بتاريخ 5 ماي 1982 و الذي يدعو إلى تخصيص نسبة من مناصب العمل للأشخاص المعوقين. كما أن القانون رقم 90-11 الصادر في تاريخ 21 أفريل 1990 المتعلق بعلاقات العمل الذي ينص على إلزامية تخصيص جميع الهيئات و المؤسسات الإنتاجية لمناصب العمل للأشخاص المعاقين، و هذا ما يلاحظ أن المؤسسات لم تلتزم بشكل كبير بتطبيق هذا القرار. (عبد الله كبار، 2004: 87-88)

في ضوء ما سبق عرضه نجد أن في الجزائر نسبة معتبرة من فئة المعاقين حركيا،

كونهم يمثلون 44 % من نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة، فلي التكفل بهذه الفئة و حماية حقوقهم قائمة الدولة الجزائرية باتخاذ مجموعة من التدبير، ففيما يخص الجانب التشريعي أين وضعت عدت مراسم شملت من خلاله كافة الجوانب الاجتماعية و التربوية، المهنية و الصحية و ذلك سعيا لحفظ حقوق المعاقين من خلال توفير مراكز صحية على الصعيد الوطني، بالإضافة إلى مجموعة من المؤسسات التعليمية و دمج التلاميذ المعاقين الذين يمكن أن يتلقوا التعليم مع أقرانهم العاديين. بالإضافة الى الامتيازات المقدمة لهم فيما يخص الإعفاء الضريبي، و منحهم بطاقة المعاق التي تمكنهم من الاستفادة من المساعدات المالية و حتى توفير الأجهزة التي يحتجون إليها. بالإضافة إلى قوانين تلزم أصحاب المؤسسات في تخصيص عدد من مناصب الشغل لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة .

خلاصة:

المعاق حركيا هو فرد فقد بعض من قدراته الجسمية، كما أن أسباب هذه الإعاقة يمكن أن ترجع إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي او إصابة الجهاز العظمي أو العضلي. إلا أن الشخص المعاق لديه قدرات أخرى تحتاج إلى تنميتها، و ذلك من خلال التأهيل و الإدماج بمختلف أنواعه، ليتمكن بذلك للوصول إلى حالة من الاتزان النفسي و تقبل لجسمه، و يتمكن من الاعتماد على ذاته في المجتمع.

الجانب الميداني



تمهيد:

بعد التطرق للجانب النظري للبحث الذي شمل الإطار العام للإشكالية و فرضيتها، أهداف و أهمية الدراسة، قمنا بعرض المفاهيم الأساسية المتمثلة في صورة الجسد، الإعاقة الحركية و المراهقة. نصل إلى الجانب التطبيقي الذي نجد فيه الإجراءات المنهجية، التي اتخذت في سبيل اختبار فروض الدراسة.

- **التذكير بفرضية الدراسة:** تتميز الصورة الجسدية للمراهق الذي يعاني من إعاقة حركية بالسلبية و الهشاشة.

1- منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد في دراستنا هذه التي تناولت صورة الجسد لدى المراهق المعاق حركيا، على المنهج العيادي، الذي يعتبر من المناهج الأكثر استخداما في الدراسات النفسية كونه يمكن من الدراسة الدقيقة و المعمقة لموضوع الدراسة خاصة. "فيركز المنهج العيادي على دراسة حالة الفرد بصورة شاملة، كما يساعد في الحصول على أكبر قدر ممكن من البيانات عن المفحوص، و يتم ذلك من خلال الملاحظة و الفحوص الطبية و الاختبارات النفسية، باعتبارها كثيرة التعمق في الحالة، و تعطي صورة إكلينيكية عنها". (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: 152)

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من الخطوات المهمة في البحث العلمي كونها تمكننا من التأكد من إمكانية تطبيق أدوات البحث مع العينة التي نحن بصدد القيام بالدراسة عليها، و إمكانية جمع المعلومات الكافية التي تمكننا من تأكيد الفرضية أو نفيها، فيعرف رجاء محمود (2006) الدراسة الاستطلاعية بأنها أول خطوة يلجأ إليها الباحث للتعرف على ميدان بحثه و على الظروف و الامكانيات المتوفرة، كما تمكننا من التعرف على الصعوبات

التي قد تعيق عملية جمع المعلومات و بالتالي محاولة تخطيطها تمهيدا للدراسة الأساسية.
(رجاء محمود، 2006: 92)

من خلال ما سبق نجد أن الدراسة الاستطلاعية هي الخطوة التي تسمح للباحث للتأكد من قابلية القيام بالبحث الميداني من حيث أدوات الدراسة و أفراد العينة إذ خلالها يتمكن من التعرف على مجتمع البحث و تطبيق الأدوات عليهم، للتعرف على المصاعب التي يمكن أن تواجهه في ميدان بحثه و بالتالي العمل على تخطيطها.

2-1- استطلاع ميدان الدراسة:

بعد تحديد موضوع الدراسة بدأنا في البحث عن عينة الدراسة (المراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية تمس الأطراف السفلية) و ذلك في شهر (نوفمبر إلى أكتوبر 2018) فقمنا بالتنقل إلى مديرية التربية لولاية "تيزي وزو"، أين لم يتم الإبلاغ عن حالات التلاميذ المعاقين على مستوى المدارس. بعد ذلك تم الاتصال ببعض الجمعيات الخيرية أين أكدوا أن أفراد العينة المرغوبة ليسوا من ضمن الفئة التي تحظى بمساعدات تلك الجمعيات، كونهم يتابعون دراستهم في المدارس العادية، و يتوجهون إلى الجمعية فقط الذين تم فصلهم من المدارس للبحث عن تكوين معين. بعد ذلك توجهنا للمؤسسات التعليمية الثانوية و قابلنا مراهقة في ثانوية "رابح سطمبولي بتيزي وزو" و التي رفضت المشاركة بعد ذلك عند زيارتها للتمرن على تطبيق أدوات البحث. كما قابلنا مراهق آخر في ثانوية "الإخوة عباس" و في "متوسطة مالكي مقران و أبنائه ببلدية مقلع" بالإضافة إلى متوسطة "مترك أعمر بتيزي راشد.

2-2- التعريف بمكان إجراء الدراسة: تمت الدراسة بكل من متوسطة مالكي مقران و متراك أعمر التي سنعرفها كالتالي:

متوسطة "متراك أعمر" الواقعة ببلدية "تيزي راشد" تم بنائها في سنة (1980) و ثم تم إنشائها في سنة (1983) على مساحة مقدرة ب(6000000) أين تحتوي ملعب رياضة و 03 مخابر، 03 ورشات، قاعة علاج، 30 قاعات دراسة عادية، بالإضافة إلى مكتبة.

متوسطة "مالكي مقران و أبناءه" ببلدية مقلع تم إنشائها في سنة (1954) أين كانت ثكنة عسكرية إبان الثورة التحريرية، من ثم تم افتتاحها كمؤسسة تعليمية سنة (1975). تحتوي على ملعب رياضي، 02 مخابر، 02 ورشات، مخبر إعلام ألي، 17 أقسام عادية و مكتبة .

2-3- مجموعة الدراسة:

2-3-1- معايير اختيار عينة الدراسة:

تتمثل معايير عينة الدراسة في:

- مراهقين و مراهقات يعانون من إعاقة حركية.
- أن تمس الإعاقة الأطراف السفلية.
- أن يتراوح سنه بين (12 إلى 18) سنة.
- أن يكون المراهق يدرس في المدارس العادية.

2-3-2- إختيار مجموعة الدراسة:

قمنا خلال تنقلنا لميدان البحث بمقابلة (07 حالات)، الحالة الأولى تم مقابلتها في ثانوية "سطمبولي بتيزي وزو" و بعد المقابلة الثانية رفضت الحالة المشاركة لأسباب غير مذكورة. أما الحالة الثانية تم مقابلتها في ثانوية "الإخوة عباس ببلدية مقلع بتيزي وزو" أين تم

إجراء المقابلة النصف الموجهة و تطبيق اختبار الرورشاخ، لكن تم استبعاده من مجموعة الدراسة كونه لم يجيب على ثلاث لوحات متتالية في اختبار الرورشاخ.

بعد ذلك تم مقابلة الحالة الثالثة و الرابعة و الخامسة في متوسطة مالكي مقران و أبنائه ببلدية مقلع، أين تم إجراء المقابلة النصف الموجهة مع احدى الحالات و لكن رفضت الإجابة على اختبار الإسقاطي لأسباب غير مذكورة أيضا.

من ثم تم مقابلة حالتين في متوسطة "متراك عمر ببلدية تيزي راشد" و في الاخير تم تحديد العينة الأساسية في (04 حالات) للمشاركة في الدراسة.

2-3-3- خصائص مجموعة البحث الأساسية:

الجدول رقم(01): يوضح خصائص مجموعة البحث:

الحالة	الاسم	السن	المستوى التعليمي	نوع الإعاقة
01	م	14 سنة	الأولى متوسط	الاستسقاء الدماغى) (شلل سفلى)
02	ر	13 سنة	الثالثة متوسط	كسور في الرجل
03	أ	12 سنة	الثانية متوسط	إعوجاج العمود الفقرى
04	ن	14 سنة	الرابعة متوسط	جفن حركى

نستخلص من الجدول أن مجموعة بحثنا مكونة من أربعة حالات تتراوح أعمارهم بين (12-14 سنة) و هناك ثلاثة إناث و ذكر واحد ، كلهم يدرسون في التعليم المتوسط، كما نجد أن نوع الإعاقة تختلف من حالة لأخرى، إلا أن كلهم يعانون من إعاقة حركية على مستوى الأطراف السفلية.

2-3-4- التدريب على تطبيق أدوات الدراسة:

➤ التمرن على تطبيق إختبار الرورشاخ:

بدأنا بتطبيق الإختبار أين كانت الحالة يجلس على الجانب الأيمن، و من ثم قمنا بوضع اللوحات مقلوبة أمامه.

- قمنا بتقديم شرح بسيط لإختبار الرورشاخ، بأنه عبارة عن بقع حبر و أن كل الإجابات التي تقدمها صحيح و كل شخص يرى شيء معين خلال تلك البقع. بعد ذلك قمنا بإستعمال تعلية " أنزيو " باللغة الأمازيغية كونها لغة أفراد العينة و تتمثل التعلية في: "ما نطلبه منك هو أن تقول ما الذي يمكن رؤيته في هذه البقعة".

- قمنا بحساب زمن الكمون و زمن اللوحة بالإضافة إلى زمن البروتوكول ككل.

➤ جدول رقم (02): يمثل عرض لبروتوكول الحالة "ش":

اللوحة	زمن الكمون	الاجابات	التحقيق	التنقيط
I		Refus		Refus
II		Refus		Refus
III		Refus		Refus
IV	"17"	Refus إنه مثل الخفاش "37"	خفاش (G)	GF+Aban
V	"13"	...^... تقريبا نفس الشيء لكن بوضعية مختلفة خفاش "49"	خفاش G	GF+Aban
IV	"19"	...^...	شخصين (D4)	DF+H

	(الطرفين الأسودين)	شخصين "41"		
Refus		Refus		VII
GFBot	زهور (G)	...^... زهور باقعة أزهار "53"	"18"	VIII
DF-Bot	زهور (G)	...^... نفس الشيء أزهار "33"	"12"	IX
GF-obj	تاج	...^... مم ... لا شيء أضن أنه تاج '1."7	50	X

- اللوحات المفضلة + choix : اللوحات VII و V لأن الشكل مميز.

- اللوحة المنبوذة -: choix : اللوحات X لأنني لم أفهم الشكل.

• جدول رقم (03): يمثل عرض لمخطط النفسي البسيكوغرام psychograme للحالة

ر:"

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 02 Ban=02	F+=03 F-=03 SdeF= 06	G=04 G%=66% D=02 D%=33%	R=06 R.compl=G.D Refus=04 T.Total=7mn15s

$Tp/R=1mn3s$ $C0TRI=0KH<$ النمط المنغلق الصافي $Ban= 02$ $A\%=30$ $F\%=100\%$ $F+\%=64\%$ $Choix + =V-VII$ $Choix-=VI$ $Chocs=03 : X$ $Commen=$ لا شيء أضن أنه تاج! $Succession=$ مرن			
--	--	--	--

➤ الصعوبات التي تلقينها خلال التدريب على تطبيق الاختبار:

خلال التدريب على تطبيق الاختبار صدفتنا بعض الصعوبات المتمثلة في:

- صعوبة في حساب زمن الاختبار.

- صعوبة كتابة الإجابات و ملامح الحالة أمامه كون ذلك يشتت انتباهه.

- الحالة لديه صعوبة في التعامل مع الاختبار أين كانت إجابته سريعة مختصرة جدا.
- الحالة لم تجب على ثلاث لوحات و مع ذلك لم أتوقف عن تطبيق الإختبار كوني أجهل شروط تطبيقه مما أدى بعد ذلك لاستبعاد الحالة من مجموعة الدراسة.

➤ التدريب على تطبيق دليل المقالة:

• كيفية تطبيق دليل المقابلة:

بعد بناء دليل المقابلة قمنا بالتمرن على تطبيقه على الحالة (ش)، قمنا بحساب الزمن الذي استغرقته المقابلة و من ثم بدأنا بطرح الاسئلة على الحالة، و هو كان قلقا قليلا أثناء بداية المقابلة. تم التأكد أن الأسئلة المصاغة مفهومة و ذو تعبير واضح.

كيفية تحليل دليل المقابلة:

الحالة "ش" مراهق يبلغ من العمر 18 سنة ممتدرسة في السنة الثالثة ثانوي، ينتمي إلى أسرة مكونة من الأب الذي لديه مستوى الثالثة ابتدائي و هو الآن متقاعد، و أمه ربة بيت و لها مستوى الثالثة ابتدائي أيضا. كما لديه أخ واحد و أختين و هو يحتل الرتبة الأخيرة في الأسرة. للحالة مستوى اقتصادي متوسط حسب ما صرحت به الحالة "ش" كما أن الحالة يعاني من إعاقة حركية للأطراف السفلية.

تم إجراء المقابلة العيادية في ثانوية "الإخوة عباس ببلدية مقلع" حيث وافق "ش" على إجراء المقابلة أين قال: pas de probleme ruhed melmi imihwa أي ليس هناك أي مشكلة تعالي متى شئت " بدئنا المقابلة و قمت بتقديم نفسي و أنني في صدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر. دامت المقابلة 26 دقيقة و 53 ثانية أين قدمت الحالة معلومات عن حالتها الصحية و النفسية ، فبدأنا المقابلة بالتحدث عن طفولته أين صرح ب: j'ai eu une belle enfance surtout mi id nek idamazuz n wekham hemlen iyi ak.

معناه: "عشت طفولة جميلة خاصة كوني الاصغر في الاسرة فكلهم يحبونني"، اي عاشت الحالة "ش" طفولة هادئة و كان محبوبا من طرف افراد أسرته.

و عندما تطرقنا للجانب العلائقي بدءا بالأسرة قال : "j'ai une bonne relation avec ma famille surtout vava, elle est excellent mlih un papa et un amis " : "لدينا علاقة جيدة مع عائلتي ، خاصة مع ابي ، انها ممتازة ابا و صديق ايضا." قال ذلك و هو مبتسم اذ امتازت علاقته بالتفاهم و المحبة خاصة أباه.

اما ما يخص الاصدقاء في الحي قال je suis bien entouré d'amis معناه "اني محاط بعدة اصدقاء ، و عندما سألته: هل يقوم بزيارتهم؟ قال "لا" ، فهذا يدل ان لحمزة علاقات جيدة مع اصدقائه لكن لا يقوم بزيارتهم مع رفض تفسير سبب ذلك، و اكتف بقول Akka اي "هكذا".

اما عن زملائه في المدرسة فصرح: "Normal alan des amis aken lan" ya3ddawen" فهذا يدل ان "ش" لديه بعض المشاكل مع بعض من زملائه اين اضاف بان هناك بنت تشاجر معها و انه يريد ان ينهي هذا الشجار كونه يشعر بالندم ، كما ان علاقته مع اساتذته جيدة و لا يوجد اي مشاكل و قد عبر عن ذلك بقوله: "Normal ulac akk les problèmes".

أما بالنسبة للحالة الصحية للحالة "ش" فهو يعاني من "paralysie cérébrale" اصابة الجهاز العصبي المركزي التي مسّت الأطراف السفلية، كما أجرى عمليتان جراحيّتان على مستوى الأرجل، إذ لديه صعوبة في الوقوف و يستعمل العكازين للمشي إلا أن ذلك صعب جدا عليه كونه يتعب بسرعة، بالإضافة إلى أنه يعاني من ضعف بصري خاصة العين اليمنى. خلال هذه التصريحات نلاحظ أن الحالة "ش" اعتدل في جلوسه كما أصبح لا ينظر إلي عند تحدّثه، كما تظهر على وجهه ملامح جدية أكثر مع نبرة غضب في كلامه

خاصة عند تحدثه عن ضعف بصره و عينه أين قال Aani uthwalad ara thit-iw amek "thetzilim" أي ألا ترين أن عيني عوراء . " فنلتمس خلال إجابته و ردود أفعاله أنه ينفر من الأسئلة التي لها علاقة بحالته الصحية، كما أن الحالة يعود سبب إعاقته إلى زواج الأقارب بالإضافة إلى أن أمه بمشكلة صحية خلال فترة حملها.

أما ما يخص تأثير الإعاقة على نفسيته و حالته فقال: Niqal nghigh ad tevaagh médecine apé mi hedragh ak dechikh n Idjamaa walagh bli dechariaa igelan "plus importante que la médecine." يمكن أن نستخلص هنا أن الحالة "ش" تتأثر بأراء الغير مع أنه يحلم منذ طفولته أن يكون طبيب و يختص في الإعاقات الحركية و أنه يملك المستوى الذي يسمح له بالإتجاه لتخصص الطب لكن غير رأيه بعد حديثه مع الإمام. كما أن الحالة يصرح أن إعاقته لا تأثر عليه و أن الله هو من خلقه هكذا و ذلك من خلال قوله. "Normal ad rebi id yefkan aka" . ما يخص وصفه لجسمه قال عادي كما أجاب نفس الإجاب عند سؤاله عن الأشياء التي تعجبها في جسده و التي لا تعجبها كما أنه رفع حاجبه و نظر إليها ما يدل أن الحالة ينفر من الأسئلة التي لها علاقة بظهره الجسدي. و من ثم سألته عن نظرتة لصحته الجسدية قال: ukhedmagh ara aken khedmen ak wiyad; ad reldagh lahwayedj besah ulach. vghigh ad khemagh la maconnerie معناه "لا أستطيع أن أقوم بما يفعله الجميع، أريد أن أقوم بالبناء و أرفع الأشياء لكن لا أستطيع" يمكن أن نستنتج أن الحالة "ش" يرى جيده أنه عاجز و أنه يمنعه أن يكون مثل أقرانه فيما يخص البعد الوظيفي للجسد. كما لاحظنا أثناء حديثه أنه حزين و خفض في نبذة صوته.

أما عن طموحاته المستقبلية فصرح الحالة ب: vghigh ad khemagh les étude inu di l'arabi saoudi apré ad tfagh Idjamaa dina, wa ad arnugh un autre travail comme l'infographie. أي أريد أن أواصل دراستي في الخارج المملكة العربية السعودية ثم

أكون إمام مسجد و أتزوج هناك و أقوم بعمل آخر مثل الأنفوغرافيا. مما يدل أن الحالة متفاعل من مستقبلة و لديه عدة طموحات.

• نتائج التمرن على تطبيق دليل المقابلة:

من خلال النتائج الموصلة إليها بعد التمرن قمنا بإجراء بعض التعديلات لدليل المقابلة، أين اتضح أن أفراد العينة لم يفهموا التساؤل الذي مفاده: ماهي تصوراتك عن إعاقتك؟ أين تم إلغائه و إضافة تساؤل آخر، وهو: ما لشيء الذي يعجبك في جسدك و ما لا يعجبك؟ و ما الأشياء التي تعيقها إعاقتك من القيام بها؟

3- الأدوات المستعملة في الدراسة:

3-1- المقابلة العيادية:

تم الاعتماد خلال هذه الدراسة على المقابلة العيادية لجمع معلومات عن الحالة كما تمكننا من تكوين صورة عن شخصية الفرد. فتعرف "شيلان (1983) Chiland" المقابلة العيادية بأنها عبارة عن شخصين يتبادلان الكلام أين نجد المفحوص يطلب المساعدة للفاحص الذي يعمل على جمع المعلومات من خلال دليل المقابلة. و هناك ثلاث أنواع من المقابلة العيادية: المقابلة الموجهة، المقابلة النصف الموجهة و المقابلة الحرة. (Colette

(Chiland, 1983:5-13)

نستخلص أن المقابلة العيادية عبارة عن حوار بين شخصين أين يحاول المختص جمع المعلومات عن الحالة من أجل مساعدته.

كما يعرفها عبد الستار إبراهيم(2008) أنها أداة بارزة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي، و في غيرها من العلوم، و تبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي،

من حقيقة كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجال التشخيص و العلاج النفسي. (عبد الستار إبراهيم، 2008: 108)

تستخدم المقابلة في مختلف العلوم، كما أن هناك مقابلة تختص في البحث الإكلينيكي فهي من الأدوات المهمة التي يستخدمها المختص النفسي في التشخيص و العلاج.

تم الاعتماد في هذا البحث على المقابلة النصف الموجهة التي تمكن من جمع أكبر قدر من المعلومات، إذ تعطي المفحوص حرية الحديث مع الاحتفاظ بصلب الموضوع. أين قمنا ببناء دليل المقابلة الذي تم صياغته على شكل محاور و نجد فيه:

- **محور البيانات الشخصية:** الغرض منه جمع معلومات عن الحالة نجد فيه الاسم، السن، المستوى التعليمي، مهنة الأب و الأم و مستوهم التعليمي لهم، عدد الإخوة و الأخوات، الرتبة في العائلة و المستوى الاقتصادي للعائلة.

- **محور متعلق بالحالة المرضية:** الهدف منه التعرف على الحالة الصحية للمفحوص أين نجد 05 أسئلة تتناول نوع الإعاقة و سببها، زمن الإعاقة و السوابق المرضية للعائلة إن وجدت.

- **محور متعلق بالحالة النفسية:** نجد فيه (05) أسئلة تتناول تأثير الإعاقة على الحالة و على حياته ككل بالإضافة إلى تأثير نظرة الغير على الحالة.

- **محور خاص بالعلاقات الأسرية و الاجتماعية:** الهدف منه معرفة علاقة الحالة بأقرانه و المحيطين به سواء الأسرة، الجيران ، التلاميذ و المدرسين.

- **محور خاص بالحياة المستقبلية:** الغرض منه التعرف على تطلعات الحالة و طموحاته المستقبلية.

4- إختبار الرورشاخ:

في (1920) أنشأ هرمان رورشاخ (Herman Rorschach) بقع الحبر الذي لا يسمح لنا فقط بدراسة القدرة الخيالية للفرد و لكن يساعد في وضع تشخيص نفسي لشخصية الطفل، المراهق و الراشد. (Chabert.C,1998:47) وهو: " إختبار إسقاطي يهدف لدراسة الشخصية وتشخيصها على أساس عملية الإسقاط التي تتلخص في أن يسقط المفحوص مخاوفه، وأحاسيسه على مادة الإختبار. (سي موسي وزقار، 2002، ص 43)

يتكون رائز الرورشاخ من 10 لوحات ذات أشكال مختلفة ومتماثلة النصفين خمس لوحات تتكون منها درجات مختلفة من الظلال وبطاقتين من اللون الأسود والأحمر، أما الثلاثة الباقية فهي ذات ألوان متعددة حيث أن اللوحة (I, IV, V, VI, VII) سوداء، اللوحتان (II, III) تضمان اللون الأسود والأحمر، اللوحات (X, IX, VIII) فهي ملونة. وتعرض اللوحات العشر عند التطبيق واحدة تلو الأخرى تبعا للرقم المدون خلف كل بطاقة (Anzieu.D et chabert. C, 1987, p 57) .

4-1- كيفية تطبيق إختبار الرورشاخ:

- مرحلة التطبيق:

يقوم الفاحص في هذه المرحلة " بعرض اللوحات الواحدة تلو الأخرى على المفحوصين حتى تنتهي اللوحات العشر ويقوم الفاحص بتسجيل كل إجابات المفحوص وملاحظة كل سلوك يصدر عن هذا الأخير مع تسجيل زمن الرجوع، الخاص بكل لوحة وهو الزمن المنقضي بين تقديم البطاقة وأول استجابة لها والمدة المستغرقة فيها".

- مرحلة التحقيق:

وهي لا تقل أهمية عن سابقتها حيث "يعيد الفاحص فيها تقديم اللوحات واحدة تلو الأخرى للمفحوص أو تلك التي يحتاج فيها إلى توضيحات معينة يهدف تحديد مواقع الإجابات لتتم عمليات التنقيط وتحليل البروتوكول، ويساعد هذا التحقيق على حصر الدينامية الشخصية التي دفعت الفرد لإعطاء تلك الاستجابات". (سي موسى وزقار، 2002، ص، 44)

- مرحلة اختبار الحدود:

يطبق اختبار الحدود مع من تنقصهم الطلاقة وتنتابهم الحيرة لدرجة تؤدي بهم إلى تقديم سجلات ضعيفة بالرغم من مرورهم بالمراحل الثلاث السابقة وذلك في محاولة أخيرة لاستكمال إجابات غير واضحة التي لا تقدم الدليل الكافي لتقييم أداء المفحوص بشكل دقيق في المجالات المختلفة (استجابات الحركة البشرية والحيوانية، وتكامل الشكل واللون والظل...) وأيضا عند العجز عن تقديم عدد كافي من الاستجابات الشائعة. (حسين عبد الفتاح، 2003: 21)

- مرحلة اختبار الاختيارات:

وهو جزء من التطبيق، حيث يقترح الفاحص من خلاله على المفحوص أن يختار من بين العشر لوحات اللوحات اللتان أعجب بهما أكثر من اللوحات الأخرى، ثم اللوحات اللتان لم تعجبه على الإطلاق فهذا يساعد الفاحص على معرفة التوظيفات الإيجابية و السلبية للمفحوص تجاه الاختبار. (سي موسى رضوان زقار، 2002: 45)

- تعلية الاختبار:

تقدم التعلية في اختبار الورشاخ تبعا لكل مرحلة من مراحل التطبيق المذكورة سابقا بغرض تنبيه المفحوص للإدلاء بما يراه في لوحات الاختبار ويقوم الفاحص بتقديم التعلية، وكانت التعلية هي التي وصفها " هيرمان رورشاخ " وهي: "ماذا يمكن لهذا أن يكون (Rausch de traubenberg. N, 198:12)

لكن عدلت هذه التعلية من قبل باحثين آخرين، فأصبحت لا تستخدم إلا نادرا، ونجد تعلية " أنزيو " (Anzieu) التي يستخدمها عادة المختصين النفسيين وهي كالآتي: " ما نطلبه منك هو أن تقول ما الذي يمكن رؤيته في هذه البقعة. (Chabert.C, 1983:27)

4-2- تنقيط الورشاخ:

يتم تنقيط الورشاخ اعتمادا على كتاب سيسل بيزمان (Cécile Beizman) الذي يحتوي على الموقعية، و هي عبارة عن إطار يتواجد فيه الموضوع أو الإجابة، و يتضمن الإجابات الكلية (G)، الإجابات الجزئية الكبيرة (D)، الإجابات الجزئية المصغرة (Dd)، الأماكن البيضاء (DbI)، و الأجزاء الغربية (Do)، و يظهر تطور أنماط التناول من خلال أعمال بيزمان (Cécile Beizman 1974، و دورتزي Dwortzkig (1) و كذا روش دوينبرغ (Rouche de traubenberg 1970)

4-2-1- التقييم الكمي:

كل إجابة على لوحات الرورشاخ يجب أن تقيم حسب معايير تصنيف رئيسية و ذلك على أساس الأسئلة التالية:

- ماهو نمط إدراك البقعة؟ هل أدركت كلها أو جزئها؟

- ماهو المحدد الذي أثار الإجابة؟ الشكل اللون الحركة،

- ماهو محتوى الإجابة؟ إنساني حيواني، تشريحي، جغرافي....؟ هل هي إجابات شائعة أم أصلية؟

يقوم الفاحص في هذه المرحلة بترجمة إستجابات المفحوص الى رموز و وضع مايقوله هذا الأخير في صورة مختصرة متفق عليها، و لم تدخل تعديلات كثيرة على الرموز التي وضعها هيرمان رورشاخ بنفسه و معظم هذه الرموز تشكل الطرف الأول أو مجموعة من الأحرف الأولى من الكلمة التي تصنف نمط الإستجابة و التي تمثل مكون من مكونات الإستجابة و التي تمثل مكون من مكونات الإختبار. (جلالي سليمان، 2012: 82)

4-2-2- التقييم الكيفي:

بعد الإنتهاء من تقييم الإستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم يعد مختلف النسب المئوية و ينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص منها نمط الإدراك، نمط الرجوع الداخلي، النسبة المئوية للإجابات الحيونية كل هذه التقييمات العددية و التي تضاف إليها مجموعة معايير دالة غير رقمية(الصدمة، الفض، المثابرة، الملاحظات الوصفية) تكتب في جدول من خلاله يقوم الفاحص بتكوين المخطط النفسي (جلالي سليمان، 2012: 82)

4-3- أنماط التناول: الإجابات الكلية (G) تقدر الإستجابة على أنها كلية إذا كانت تشكل البطاقة كلها.

4-3-1- الإجابة الجزئية (D): تشير إلى الإجابات التي ترتبط بتموضع جزئي للوحة في أجزائها المستعملة عادة من طرف المفحوصين، أي أن الإجابة تعتبر جزئية كبيرة عندما يعطي المفحوص إجابة تستند إلى جزء من الشكل الكلي للبطاقة.

4-3-2- الإجابات الجزئية الغريبة (Do): عبارة عن إجابات يرى فيها المفحوص شكل إنسان أو حيوان بكامله دون ذكر أجزاء إنسانية أو حيوانية و تعتبر إستجابة شائعة بالرغم من أنها بشكل معزول.

4-3-3- إستجابة DbI: وهي الاستجابات التي تتموضع داخل الفراغات البيضاء الداخلية أو الخارجية. (Chabert.C; 1983,94)

4-4- المحددات:

تتضمن هذه المحددات ما يلي:

- الإستجابات الشكلية.

- الإستجابات اللونية.

- الإستجابات الحركية.

4-4-1- الإستجابات الشكلية (F): تعطى عندما يستخدم الشكل أو المحيط الخارجي للبقعة كأساس لتكوين للإستجابة، و عندما يكون الشكل غامضا أو تجريديا شريطة أن لا يكون هناك تقديرات أساسية أخرى.

تمثل الإستجابات الشكلية الموجبة (F+) الشكل الصحيح الذي يراه المفحوص غالبا أما الإستجابات الشكلية (F-) فتدل على شكل غير صحيح و الشكل الذي لا يظهر إلا في بعض الأحيان.

أما الإستجابات الشكلية (F+-) فهذه الإجابات يظهر فيها شكل للموضوع و لكن ليس بوضوح. (Rausch de traubenberg. N, 198, p 12)

4-4-2- الإستجابات الحركية: بإستجابات الحركية تقدم مفاهيم لكائنات إنسانية أو حيوانية أو جمادات في حالة حركة و تشمل ثلاث أنواع من الحركة و هي:

- **حركة الإنسان:** يرمز لها بالرمز (KH) و تعطي للإستجابات المرتبطة بحركة إنسانية أو شبه إنسانية كلية كانت أو جزئية.

- **حركة حيوانية:** يرمز لها بالرمز (Kan) و تعطي للإستجابات المرتبطة بحركة حيوانية.

- **حركة الجماد:** يرمز لها ب (Kob) تعطي للإستجابات المرتبطة بحركة شيء.

- **أنماط الرنين الداخلي:** (TRI) يتمثل في مقارنة الإستجابات الحركية (K) و الإستجابات اللونية (C) بعد موزنتها، و قد قسمت أنماط الرنين الى أربع أنماط و هي:

4-5- النمط المتكافيء: تتساوى فيه الإستجابات الحركية و الاستجابات اللونية أي (K=C).

- **النمط المنطوي الصافي:** الاستجابات الحركية الانسانية موجودة مع إنعدام الإستجابات اللونية (K=1/C=0)

4-5-1- النمط المنبسط المزدوج: الإستجابات الحركية الإنسانية أقل من الإستجابات اللونية ($K < C$).

4-5-2- النمط المنطوي المزدوج: الإستجابات الحركية الإنسانية أكثر من الإستجابات اللونية ($K > C$). (عبد الرحمان سي موسي و زقار، 2002: 51)

4-6- تحليل الرورشاخ:

إذ كانت الإستجابات ذات محتوى إنساني (H) دل على عدم وجود كف في العلاقات الإنسانية، فظهورها ولو بقلّة ضرورية في إختبار الرورشاخ، لأنها تبين مدى قدرة الفرد على تقمص الصورة الإنسانية، و تكون نسبتها ما بين (15% - 20%) و عدم ظهور الإستجابات (H) يوحي بوجود خطر مرضي، و يجب أن لا يحتوي البروتوكول على محتويات إنسانية جزئية (Hd) لأنها تدل على غياب كامل لصورة الجسم، أو وجود قلق الإنشطار كما يمكن أن تعبر عن قلق الخصاء.

أما المحتويات الحيوانية (A) تكون ما بين (30% - 45%) حيث يدل إرتفاعه على وجود مكنزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص مما يمثل إستثمار مكثف لتكيف سطحي و صلب، كما يجب أن تكون عدد الإستجابات المبتذلة ما بين (5-7) إجابات كدليل على التكيف مع الواقع. (عبد الرحمان سي موسي و زقار، 2002: 51)

5- جدول رقم(04): يمثل شبكة تحليل الصورة الجسدية "لتروينبرغ":

ملاحظة	ملاحظة	ملاحظة	ملاحظة
تكون الصورة الجسدية محطمة و مقطعة مع تقديم إجابات تشريحية رديئة (F-) مثلا: دم، جزء من عظم، جثة، مخ بقرة مقسوم نصفين، الجانب الداخلي من جسم الإنسان، جزء من رئية.	- لا تقدم الصورة الجسدية في تصور كامل بل من خلال جزء من الجسم ساء كان داخلي أو خارجي مدرك بطريقة جيدة، و يمكن أن تتعلق أيضا بأجزاء تشريحية تمثل شكلا جيذا مثلا: ذراع(اللوحة VII)، أرجل (اللوحة IV)الرأس الصدر، الوجه، الفم، العينين، الأصابع، عضو ذكري، (اللوحةVI)، قرن حيوان.	نميز فيها حالتين: -الإجابات التي تتضمن صورة ناقصة: وجه بأنف مكسور، أو التي تعرضت للتلف: فراشة بأجنحة ممزقة. و التي تبين أساس الخصاء الثانوي. - الإجابات التي تتضمن صورة مقطوعة: إمرأة فقدت رأسها، أو صورة مشوهة، أو خلط بين الأجناس أو تحمل معنى التشوه: عروس البحر، فراشة شقراء، فراشة بحجم صغير، عملاق، قزم، امرأة سليمة تمشي و تدل كلها على الخصاء الأولى. ملاحظة:	مثلا إمرأتان ترقصان، حيوانين واقفين، ظل الشخص و كل الحيوانات ما عدا الحشرات، و تنقط الفرشات في هذه الفيئة كإجابات شائعة. (V , I , III)

		الإجابات غول عملاق، وحش المقدمة في اللوحة IV لا تأخذ بعين الإعتبار في هذه الحالة الثانية نظرا لتكرارهما. - إنه من الأحسن وضع نتائج الفئة الثانية في علاقة مع الصورة الجسدية المحطمة لتحديد إذ كان الخصاء الأولي يظهر إشكالية مرتبطة بعجز نرجسي أو تنتمي لإشكالية ذهانية.	
--	--	--	--

(Rauch de Traubnberg N et al; 1990: 245-258)

تمهيد:

بعد تطبيق أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية و اختبار الرورشاخ على أفراد عينة الدراسة سيتم في هذا الفصل عرض محتوى المقابلة و القيام بتحليله بالإضافة إلى عرض بروتوكول كل حالة على حدى.

1- عرض مضمون الحالة "أ":

الحالة "أ" مراهقة تبلغ من العمر 12 سنة تدرس في السنة الثانية متوسط تنتمي الى اسرة مكونة من (5) افراد و لديها اختين و هي تحتل الرتبة الاولى، الاب يشتغل ميكانيكي ، المستوى التعليمي له السنة الثالثة ثانوي، اما الام ربة بيت و لها مستوى الثالثة متوسط ، كما ان للعائلة مستوى اقتصادي متوسط حسبما صرحت به الحالة. تعاني الحالة "أ" من إعاقة حركية مست الأطراف السفلية لها.

1-1 - جدول رقم (05): يمثل عرض بروتوكول الحالة "أ":

اللوحه	زمن الكمون	الايجابات	التحقيق	التنقيط
I	"35"	...^... عصفوره "48"	عصفور G (هذا في الأسفل)	GDF+Aan
II	"48"	...^... أرجل طائر أضن أنه نار (اللون الأحمر) "1."23	أرجل طائر (D6) نار (D3) (البقع الملونة بالأحمر)	DF-Ad DF-Elém

DF-Ad	أرجل ذئب (D1)	...^...	"27	III
DF+ObjBan	(الشكلين على الجنين)	ممم.... هذا أرجل ذئب		
DF-A	ربطة عنق (D3)	ربطة عنق		
	تمساح (D2)	تمساح		
	(الشكلين على جانبي اللوحة)	'1."13		
GF-A	ذئب (G)	...^...	"36	VI
		ذئب		
		"58		
DF+Aban	هذا كله عصفور (G)	...^...	"22	V
		عصفور		
		"41		
DF+Ad	وجه قط (D14)	...^...	"51	IV
		وجه قط		
		'1		
DF+Aban	قطين (D2)	...^...	"43	VII
	(الجزئين في الأعلى)	قطين		
DF-Paysag	السماء (D4)	58		
	(الجزء السفلي للبقعة)			
DF+Aban	ذئاب (D1)	...^...	"52	VIII
	(الجزئين على الجانبين)	مم... لا أعرف!		
DF+Frag	صخرتين (D5)	ذئاب		
	(الجزئين في الوسط)	صخرتين		
DF-CFrag	تراب (D4)			

DCF-Elém	(الجزء العلوي) نار (D7) (الجزء في الأسفل)	تراب نار '1."30		
DCF+Bot	أزهار (D6) (في الأسفل)	أزهار أشجار	"49	IX
DCF-bot	أشجار (D11) (في الوسط)	نار		
DCF-Elém	نار (D8) (الجزء الأعلى)	ساق شجرة		
DF-Bot	ساق شجرة (D5) (في الوسط)		'1."43	
DF+Caban	أخطبوط (D12) (البقع الملونة بالأزرق على الجهتين)	أخطبوط	"54	X
DF-CBot	أوراق شجرة (D) (البقع الخضراء في الوسط)	أوراق شجرة	'1."40	

- اللوحات المفضلة: Choix + V - I لأنها جميلة.

- اللوحات المنبوذة: Choix - IX - VIII يوجد فيها نار.

1-2- الجدول قم (06): يمثل المخطط النفسي البسيكوغرام Psychogram للحالة " أ:"

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 08	F+=10	G=03	R=21
Frag=01	F-=11	G%=14%	R.compl=D.G
Elém=03	SdeF= 21	D=18	T.Total=18mn5s
Bot=04	C=08	D%=86%	Tp/R=34s
Pays=01	SdeC=08		TRI=0KH<08C
Obj=01			النمط
			الانتبساطي الصافي
			RC%=32%
			Ban= 05
			F%=100%
			F+%= 48%
			A%=33%
			Choix + =I-V
			Choix-=VIII -IX
			Chocs=03 :IX- IX
			-VII
			Commen=

لا أعرف ما هذا...! Succession= مرن			
---	--	--	--

قدمت الحالة إنتاجية مرتفعة ($R=21$) بمقارنتها بالتي قدمها سي موسي و بن خليفة في دراستهم عن المجتمع الجزائري و التي حددت ب (13) إجابة لدى المراهقين و تبقى منخفضة حسب المعايير الغربية المقدم من طرف جامعة "بارس5" التي تتراوح بين (25-35). (سي موسي و ابن خليفة، 2010: 218).

الإجابات مقدمة في زمن ($TT=18mn$) وهو ضئيل مقارنة لمعيار "باريس 5" الذي يتراوح بين (20-25) دقيقة. مما يدل على الكف و رغبة المفحوص في التخلص من الاختبار.

كما تميز البرتوكول بغياب اللوحات المرفوضة.

أما الإجابات المبتذلة فهناك ($Ban= 05$) التي جاءت متناسبة مع المعايير المحددة لجامعة "بارس5" و التي قدرت ب(5-7 إجابات) ($Chabert.c, 1983:219$) فنجد الإجابات المبتذلة فكل من اللوحة VIII - V - III - I فكلها إجابات حيوانية سليمة ما عد ربطة عنق Obz، و هي نسبة مناسبة مما يدل على التكيف مع الواقع الخارجي

يشير بروتوكول الحالة إلى إرتفاع نسبة التناول الجزئي ($D\%=86\%$) على التناول الشامل ($G\%=14\%$) كما أنه منخفض جدا مقارنة بمعايير المقدمة من طرف جامعة "بارس5" و هي ($G=70-50$) . فكثر التناول الجزئي على الشامل يدل على تجنب الوضعية المقلقة التي تثيرها اللوحات و الميل إلى تجزئة اللوحة لتجنب القلق، كما يدل على

عدم القدرة على الإدراك الكلي للموضوع فالتصورات المجزأة تدل على التشتت و عدم الاستقرار كما تدل على تشتت الصورة الجسدية ما دما المفحوصة لم تتمكن من إدراك اللوحة كاملة.

كما نلاحظ ارتفاع في ارتباط المحددات الشكلية الجزئية الكبيرة بالمحددات الشكلية السالبة ($DF=10$) و ذلك في كل من اللوحة X-IX-VIII-VII-IV-III-II. أما المحددات الشكلية السالبة ($DF=07$) و نجدها في اللوحات I-III-VI-VIII. هذا يدل على الإدراك السيء و المشوه نسبيا للواقع.

كما سجل ارتفاع المحددات الشكلية في هذا البرتوكول مقدرة ب ($F\%=100\%$) مقارنة بالمعايير المحددة من طرف جامعة "باريس5" (50-70). (Chabert.C;1997:126) مما يدل على إعتقاد المفحوص على الشكل للتجنب التعبير عن العواطف. أما المحددات الشكلية الموجبة ($F\%=48\%$). هذا يدل على نوع من الانغماس الرديء في الواقع الموضوعي مما يشير إلى إخفاق ميكانيزم التكيف الهادف و وضع الحدود بين الداخل و الخارج و إزالة الغطاء و ظهور الداخل بالتالي تفكك الصورة الجسدية و هشاشتها. (Chabert. C; 1997: 127)

كما نلاحظ في هذا البرتوكول أن رغم وجود نسبة من التنوع في الإجابات إلا أنه نلاحظ طغيان المحتوى الحيواني المقدر ب ($A\%=47\%$) الذي نجده في كل اللوحات ما عدا اللوحة IX و هذا يدل على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص و هذا ما يمثل استثمار مكثف لتكيف سطحي و صلب عند الأشخاص الذين لديهم ذات مزيف. (Chabert.C; 1997: 127) كما نجد ارتباط معظم الإجابات بمحتوى سليم و كامل ماعد اللوحة VI وجه قط، و اللوحة II أرجل قط، و اللوحة III أرجل ذئب، أين كان المحتوى عن جزء من حيوان ($Ad=03$) مع غياب كلي للإجابات بمحتوى إنساني مما يدل على صعوبة التقمص الإنساني. ثم تليها إجابات بمحتوى نباتي ($Bot=04$) التي نجدها

في اللوحة IX- X. بالإضافة لمحتوى طبيعة (Pys=01) ثم يليه محتوى متعلق بشيء (Obj=01) أما عن الدينامية الصراعية الخاصة بهذا البرتوكول فجاءت المحددات اللونية (RC=32%) و هو متكافئ مع المعايير الغربية (30-40) مما يدل على إرتباط قوي بين اللون و الجانب الإنفعالي و الوجداني، بالإضافة إلى غياب الإجابات الحركية و الإنسانية و الحيوانية.

أم عن الدينامية الصراعية فجاءت المحددات اللونية بنسبة (RC%=32%) و هي نسبة متكافئة مع معايير المحددة (30%-40%) مما يعبر على المرونة الإنفعالية . (Rauch de Traubenberg, 1983:121) كما لم ترد في البروتوكول على أي إجابة حركية مما يشير إلى عدم القدرة على إرسان الصراعات بالإضافة إلى صعوبة التقمص الجنسي للصورة الإنسانية.

ما يخص العوامل الإضافية في برتوكول الحالة "م" فإن الاختيارات الاجابية كانت في اللوحة V و I- لأنها جميلات في شكلها، و الاختيارات السلبية IX و VIII لأن فيهما نار ونمط التتابع كان منتظم.

تظهر النتائج هشاشة الإنتاج الإسقاطي بالإضافة إلى صعوبة تقمص الإنسان أين نلاحظ غياب كلي للإجابات الإنسانية بالإضافة إلى الإدراك السيء و المشوه نسبيا للوقع كما تظهر صعوبة في إظهار العواطف.

1-3- جدول رقم(07): شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "أ":

سليمة	مصابة	مجزأة	محطمة	المجموع
05	00	03	00	08
%62	%00	%37	%00	%100

بعد استخلاص التعابير التي تدل على وحدة الصورة الجسدية و حساب نسبتها المئوية بنسب لكل صنف تم التوصل من خلال الجدول أن الصورة الجسدية للحالة "أ" سليمة بنسبة (62%) لكن هذا المحتوى عبارة عن إجابات حيوانية ($A=05$) متمثلة في (ذئب، عصفور، قطين، تمساح، أخطبوط) كما أن المحتوى المتمثل في إنسان منعدم كليا في هذا البروتوكول مما يعبر عن صعوبة التقمص الصورة الإنسانية.

كما ظهرت أيضا وحدة الصورة الجسدية للحالة "أ" مجزئة بنسبة (37%) من خلال إعطاء إجابات لجزء من حيوان (وجه قط - أرجل ذئب - أرجل طائر).

1-4- يظهر من خلال التحليل الشامل لبروتوكول الحالة "أ" ما يلي:

يظهر أن الحالة ليس لديها القدرة على الإدراك الكلي إذ تميز البروتوكول بكثرة التناول الجزئي ($D\%=86\%$) على التناول الشامل ($G\%=14\%$) مما يدل على غلبة الإدراك الجزئي على الإدراك الكلي للوحدة الجسدية ما يشير إلى وجود قلق التفكك. كما نلاحظ وجود 05 إجابات مبتذلة ($Ban=05$) و هي نسبة مناسبة مما يدل على التكيف مع الواقع الخارجي و بالتالي صورة جسدية سليمة. كما يظهر بروتوكول الحالة إرتفاع المحددات الشكلية الجزئية الكبيرة ($D\%=100\%$) مما يدل على إخفاق مكنز التكيف الهادف و وضع الحدود بين الداخل و الخارج و إزالة الغطاء و ظهور الداخل و بالتالي تفكك الصورة الجسدية و هشاشتها. كما لم تظهر أي محتوى إنساني مما يؤكد عل صعوبة التقمص الإنساني و وجود كف في العلاقات الإنسانية إذ كثرة المحتوى الحيواني في بروتوكول الحالة "أ" يفسر ظهور نسبة (100%) للصورة الجسدية السليمة للحالة كون كل التعابير المستخلصة ذو محتوى حيواني سليم و غياب تام للمحتوى الإنساني، ليؤكد بذلك صعوبة التقمص الإنساني و وجود كف في العلاقات الإنسانية كما يدل الاستعمال المفرط للمحتوى الحيواني على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الاشخاص و هذا ما يمثل استثمار مكثف لتكيف سطحي و صلب عند الاشخاص الذين لديهم ذات مزيف.

كما غابت الإجابات الحركية K الإنسانية و الحيوانية، مما يدل على عدم القدرة على إدراك الصورة الإنسانية و بالتالي هشاشة الصورة الجسدية و صعوبة التقمص الجنسي لهذه الصورة و عدم إرسان الصراعات و بالتالي هشاشة الصورة الجسدية.

لذى يمكن القول أنه بالرغم من النسبة العالية التي تظهرها شبكة تحليل الصورة الجسدية إلا أن نوعية المحتوى المقدم يبقى رديء و هاش مما يؤكد على هشاشة الصورة الجسدية للحالة "أ".

1-5- تحليل دليل المقابلة:

قابلت الحالة من إجراء المقابلة معنا أين قالت: "lh normal" أي نعم عادي و قمنا بها في متوسطة ملكي مقران بمقلع أين قدمت الحالة معلومات عن حالتها النفسية و الصحية بالإضافة إلى علاقتها مع المحيطين بها.

بدأنا المقابلة بالتحدث عن طفولتها أين قالت Normal 3achaght bien vava ak ad yema hemlen iyi atas. أي: عادي عشتها جيدة، أبي و أمي يحباني كثير. نستنتج أن الحالة عاشت طفولة هادئة و حضت باهتمام جيد من طرف أبويها فكل هذا يساعد على تكوين شخصيتها في المستقبل و هذا ما يؤكد أريكسون (1957) إن قام الوالدين بمنح الطفل درجة عالية من الألفة و الانسجام و القدرة على الإستمرار فإن هذا الطفل سينمو إجتماعيا و سيتوقع من المجتمع أن يوفر له الحب و الأمان مثلما كانت رعاية الأبوين فهذا الطفل سيتعلم الثقة بالآخرين. (ناصر، 2003: 35)

أما البعد العلائقي فتحدثنا مع الحالة على علاقتها مع أسرتها خاصة أبويها أين قالت: Normal hemlen-iyi ak أي عادي يحبونني جميعا. "ما عادى علاقتها مع أختيها أين صرحت: Besah yessethma netnagh atas imi thikwal vequgh ath tewthagh mais j'ai pas le droit" أي اننا نتشاجر كثيرا حتى أنني في بعض الأحيان أريد ضربهما

لكن ليس لديّ الحق في ذلك." نستنتج أن الحالة "أ" لها علاقة جيدة مع أبويها لكن لها بعض المشاكل مع أختيها. من خلال هذه المقابلة كانت الحالة قلقة قليلا أين كانت تتحدث بصوت منخفض جدا كما أنها لا تتنظر إليّ خلال الحديث و كانت ملامحها جدية و لا تبتسم. كما أن الحالة "أ" لديها أصدقاء سواء في المدرسة أو في الحي لكن علاقتها معهم تركز على مساعدتها و ذلك من خلال سؤالي، هل لديك أصدقاء مفضلين قالت: Aala "ulach kif kif ithen ak akhatar at3awaniyi yarnu alhan ak yidi" يعني: لا لان كلهم يقومون بمساعدتي و يهتمون بي". أما عن مشاركتهم في النشاطات اللاصفية نستنتج أنها لا تقوم بأي نشاط و أنها تقضي معظم وقتها في البيت و لا تقوم بزيارة الأقارب و الاصدقاء و ذلك من خلال قولها: "Hemlagh ad qimagh deg ukham karhagh ad fghagh bezaf." أي "أحب أن أبقى في البيت و أكره الخروج كثيرا." من خلال ما سبق نستنتج أن الحالة لا تملك أي علاقات مقربة خارج عائلتها، و أن علاقتها مع زملائها سطحية لا تتعد علاقة مساعدة و لا تقوم بزيارة أحدهم. مما يدل الإنعزال و عدم استثمار العلاقات خارج الاسرة يؤثر سلبا على شخصية الفرد و تقدير الذات لديه و هذا ما يؤكد **لهيبلز و ييفر (2001) "Hyelse et Weaver"** على أنه يتولد إحساسنا بذواتنا من خلال التفاعل مع الآخرين فهم من يخبروننا من نحن .

أما الحالة المرضية ل "أ" فإنها تعاني من إعاقة حركية للأطراف السفلية التي سببها خطأ طبي في فطرة ولدتها أين أدى ذلك في تلف أنسجة على مستوى الساقين و من ثم تحسنت حالتها بعد إجراءاتها لثلاث عمليات جراحية لتصبح بذلك على الوقوف إلا أن أحد رجليها أصغر من الثاني . كما أنها سيجرى لها عملية جراحية أخرى إذ لا تستطيع المشي لوحدها و أنها تلبس أحذية ملائمة لتخفيف الفارق الموجود في رجليها. كما أنها تعاني من صعوبة في النطق.

من ثم تحدثنا عن بعد تأثير الاعاقة على حالتها النفسية فقالت "Normal ad rebi id yefk-an ayagi, en plus qaragh toujours que machi bel3ani i xedmen aken les médecins-ni"! "أي عادي الله من خلقي هكذا، و أقول دائما ان الاطباء لم يفعلوا ذلك قصدا. نلتمس من خلال تصريحاتها انها تقبلت اعاققتها و انها لا تريد ان تلوم احدا. اما عن تأثير الاعاقة عن حياتها فقالت: vghigh lukan ulach it uma ad fghegh aken bghigh wa ad xedmegh aken bghigh. لخرجت كما اريد و قمت بما اريده. وعندما سألتها عن الاشياء التي تحبها في جسمها و الاشياء التي لا تحبها قالت، "hemlegh achechuv-iw besah uhmilegh ara aln-iw uzyinet ara" "اي: احب شعري لكن لا احب عيوني لأنها ليست جميلة. من خلال ما سبق نلتمس ان الحالة بالرغم من انها ليست راضية من اعاققتها الا انها لا تعتبرها من الأشياء السلبية في جسدها.

بعد ذلك تطرقنا لبعده التطلعات المستقبلية فصرحت الحالة "أ" انها تريد ان تدرس و تصبح طبيبة.

1-6- خلاصة المقابلة:

نستخلص مما سبق ان الحالة عاشت طفولة جيدة كما ان علاقتها مع أبويها جيدة ما عادي أختيها، و علاقتها مع المحيطين بها سطحية و لا تملك أصدقاء مقربين، أما عن إعاققتها فنلتمس نوع من التناقض في إجابتها، ففي بعضها تقول أنها راضية بقدرها و البعض الأخرى تقول أنها تتمنى لو أن إعاققتها غير موجودة و أن ذلك يمنعها من عيش حياتها مثلما تريد. كما أن للحالة "أ" أهداف مستقبلية.

1-7- خلاصة الحالة:

من خلال المقابلة التي تم إجرائها مع الحالة يتضح أنها لم تتقبل إعاقته كونها تعيقها من عيش حياتها مثلما أردتها، كما أن الحالة تعتبر أن عينيها ليست جملتين مما يدل على عدم الرضا من مظهرها الجسدي.

جاءت الإنتاجية العامة للحالة مرتفعة ($R=21$) في زمن ($TT=18$) مما يدل على الكف، بالإضافة للاستثمار المفرط للتناول الجزئي ($D\%=86$) مما يؤكد وجود صعوبات على مستوى الصورة الجسدية التي لم تتمكن من إدراكها كاملة. كما أن للحالة مرونة انفعالية ما تظهره الإجابات ذات محتوى اللوني المتكافئ مع المعايير، إلا أن الغياب الكلي للإجابات الحركية و الإنسانية يدل على عدم القدرة على إرضان الصراعات بالإضافة إلى صعوبة التقمص للصورة الإنسانية. و من هنا يمكن القول أن الفرضية القائلة: الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية تتميز بالسلبية و الهشاشة. تحققت بالنسبة للحالة "أ".

2- عرض مضمون الحالة "ر":

الحالة "ر" مراهقة تبلغ من العمر 13 سنة تدرس في السنة الثالثة متوسط، تنتمي لعائلة مكونة من (06) أفراد، و لديها أخين و أخت. تحتل الحالة الرتبة الأولى، الأب يشتغل طبّاخ و لديه المستوى الثانية ثانوي، و الأم لديها المستوى الثالثة ثانوي و تشتغل خياطة كما أن للأسرة مستوى اقتصادي متوسط حسب ما سرحت به.

2-1- جدول رقم (08): يمثل عرض برتوكول الحالة "ر":

اللوحه	زمن الكمون	الاجابات	التحقيق	التنقيط
ا	"11"	...^...	الرئتين	GF+Anat

		الرئتين "45		
GF+A	كليبين	...^... كليبين 37	"22	II
	شخصين (الجزئين في الطرفين) الرئتين (D7) (الجزء في الوسط)	...^... شخصين الرئتين '1.32	"61	III
Refus		Refus		IV
GF+Aban	خفاش G	...^... خفاش "54	"46	V
DF+H	شخصين (D4) (الطرفين الأسودين)	...^... شخصين "41	"19	IV
DF+A DF-A	أرنبيين (D1) (الجزئين العلويين) كليبين (الجزئين في الطرفين في الوسط)	...^... أرنبيين '1.21	"56	VII
GF+Aat	الجسد في الداخل : (الرئتين و لأعضاء في الداخل و العمود الفقري في الوسط الأعلى قليلا)	...^... الجسد في الداخل "45	"18	VIII

DF-A	كليبين (D11) (الجزئين في الوسط)	...^... كليبين "53	"12	IX
GF++Anat	جسد (G) في الداخل الحنجرة الجزء العلوي و الرئتين و الحوض)	...^... جسد "47	"39	X

- اللوحات المفضلة: choix + : X لأنها واضحة و الجسم مثالي.

- اللوحات المنبوذة: choix - : IV كأنها حشرات

2-2- جدول رقم (09): المخطط النفسي البسيكوغرام psychograme للحالة "ر":

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 05 H=02 Anat=04	F+=07 F-=04 SdeF= 11	G=05 G%=50% D=05 D%=50%	R=10 R.compl=G.D Refus=01 T.Total=13mn Tp/R=49S COTRI=0KH< النمط المنغلق الصافي Ban= 01 A%=50 H%=9% F%=100% F+%=64% Choix + =X

Choix-=VI Chocs=03 :VIII- X Commen= لم أفهم ما هذا...! أضن أن هذا جسد في الداخل Successio= مرن			
---	--	--	--

2-3- تحليل بروتوكول الورشاخ للحالة "ر":

جاءت الإنتاجية العامة للمفحوص قليلة حيث قدرت عدد الإجابات ($R=11$) و هي منخفضة مقارنة بمعيار "باريس 5" و التي حددت ب(25-35) مما يظهر الكف، كما أنها منخفضة مقارنة بالنسبة للمعايير التي توصل إليها "سي موسي و بن خليفة" في دراسة لهما عن المجتمع الجزائري و التي حددت ب (13) إجابة لدى المراهقين. (سي موسي و ابن خليفة 2010: 218) إذ يمكن القول أن الإنتاج الإسقاطي للحالة يتميز بالكف.

كما أن زمن الإجابة ($TT=13$) قليل مقارنة بمعيار جامعة "بليس 5" الذي يتراوح بين (20-25 دقيقة)، كما قد ظهرت إجابات إضافية في هذا البروتوكول خلال مرحلة التحقيق في كل من اللوحة VII - III و هي إجابات مرتبطة بمحدد سلبي الأولى تشريحي و الثانية حيواني.

أما بالنسبة لطرق التناول المستخدمة نجد أنها متساوية حيث الإجابات الجزئية الكبيرة ($D\%=50$) و الإجابات الشاملة التي بلغت ($G=50\%$) و عند مقارنتها بنتائج معايير المقدمة في جامعة "باريس 5" و هي (50-70) نجد أن G منخفضة. (Simoussi et All, 2004:345).

و عند تناولنا لنوعية الاجابات الجزئية (D) من حيث إرتباطها بالمحددات الشكلية نجد أنها إرتبطت أكثر بمحدد شكلي إيجابي ($DF+=5$) و ظهرت في اللوحات VI - VIII. مقارنة للمحدد الشكلي السلبي ($DF-=02$) و ظهرت في اللوحات: IX - VII مما يدل على الادراك السليم للموضوع.

كما تميز هذا البرتوكول بارتفاع نسبة المحددات الشكلية ب ($F\%=100\%$) مقارنة بالمعايير المحددة (50-70). (Chabert.c;1997:121) فهذا الارتفاع يدل هشاشة ضمنية في الرقابة و عدم التكيف مع العالم الخارجي.

كما سجل البرتوكول لجوء للمحتويات حيث نجد بالدرجة الأولى إجابات حيوانية ($A\%=45\%$) أين ظهرت في كل من اللوحات IX - VII - V - II و كلها إجابات سليمة. أما الإجابات الإنسانية ($H\%=9\%$) و نجدها في اللوحات VI - III و هي قليلة مقارنة بمعايير "بارس 5" المقدرة ب (15-20) وقلتها في هذا البرتوكول يدل على صعوبة التقمص الإنساني للمفحوص.

كما وجدت إجابات تشريحية مقدرة ب ($Anat=04$) التي نجدها في كل من اللوحة I-VIII-X.

بالإضافة الى وجود إجابة مبتذلة ل ($Ban=01$) التي جاءت إجابة حيوانية سليمة في اللوحة V.

كما هناك رفض للوحة IV بقوله: "Thagi utefhimagh ara أي هذه لم أفهمها" . فهذه اللوحة مرتبطة بصورة القدرة، و رفضها يدل على الكف و الصدمة. (CHabert.c, 1997:5)

أما عن الدينامية الصراعية فجاءت المحددات اللونية منعومة " ففي المعايير المحددة جاءت (30%-40%) فغيابها يدل على غياب الوجدان و العواطف من النوع المرضي. (Chabert.c, 1997:118)

كما لم ترد في البروتوكول أي إجابة حركية (K) و هذا يشير إلى عدم القدرة على إرصان الصراعات بالإضافة إلى صعوبة الإسقاط النزوي.

جاء نمط الصدى الداخلي في البروتوكول متكافئ فلقد جاء (TRI=0K/0C) إنعدام الإجابات الحوانية و الحركية يدل على إستعمال ميكنيزم الكف، الأمر الذي يؤكد أن الديناميكية الصراعية تتجه نحو الإعتماد على العالم الخارجي.

أما فيما يخص إختبار الإختيارات فإن الإختيارات الايجابية كانت في اللوحة X لأنها واضحة و الجسم مثالي. أما الإختيارات السلبية فجاءت في اللوحة IV :أنها حشرات. جاءت 02 صدمات و ذلك في اللوحة X. و كان التعليق: لم أفهم.

و في اللوحة IV أين قالت: أضن أن هذا جسد في الداخل.

ونمط التتابع في هذا البروتوكول كان مرن.

2-4-جدول رقم(10): شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "ر":

سليمة	مصابة	مجزأة	محطمة	المجموع
04	00	02	00	08
%50	%00	%25	%25	%100

بعد استخلاص التعابير التي تدل على الصورة الجسدية و حساب نسبتها المئوية بنسبة كل صنف تم التوصل من خلال الجدول أعلاه أن الصورة الجسدية للحالة "ر" سليمة بنسبة (50%)، رغم ذلك فإن المحتوى المتمثل في إنسان غير معرف (شخصين) ما يدل على صعوبة تقمصية جنسية. بالإضافة إلى تعبير الحالة على ثلاث إجابات حيوانية (A=03) تتمثل في (خفاش، أرنبين، كلبين) ما يدل على وجد ميكانيزم دفاعي لربط العلاقات مع الأشخاص.

كما ظهرت أيضا الصورة الجسدية للحالة "ر" مجزئة بنسبة 25% من خلال إعطاء إجابات لمحتوى تشريحي (رئتين، و الجسد في الداخل) الذي يدل على وجود قلق. كما أن شبكة الصورة الجسدية تظهر أن للحالة صورة جسدية محطمة بنسبة 25% لإعطائها إجابات تشريحية (الجسد في الداخل، الرئتين)

2-5- يظهر من خلال تحليل الشامل لبروتوكول الحالة "ر" بأنه يتميز بما يلي:

يتضح من خلال البروتوكول ظهور ميكانيزم الكف أين نجد عدد الإجابات قليلة إذ تقدر ب (R=11) كما يظهر تساوي بين الإجابات الجزئية الكبيرة (D%=50%) و الشاملة (G%=50%).

في حين ظهرت المحددات الشكلية مرتفعة بنسبة (F%=100%) مما يدل على هشاشة ضمنية في الرقابة و عدم التكيف مع العالم الخارجي.

ظهور المحتوى الإنساني بنسبة (H%=09%) في هذا البروتوكول معرف مما يشير إلى مقارنة بالمحتوى الحيواني الغالب بنسبة (A%=45%) مما يدل على صعوبة التقمص الإنساني للحالة بالإضافة إلى صعوبة في إدراك الصورة الإنسانية، و بالتالي هشاشة الصورة الجسدية لها. كما نجد انعدام الاجابات اللونية لدى الحالة (RC%=00%) مما يدل على غياب الوجدان و العواطف من النوع المرضي. كما لم تظهر إجابات حركية سواء ذات

المحتوى إنساني أو حيواني مما يدل على عدم القدرة على إرضان الصراعات بالإضافة إلى صعوبة التقمص للصورة الإنسانية .

فالنسبة التي أظهرتها شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "ر" سليمة ب نسبة (50%) ذات محتوى رديء و هش مما يدل على هشاشة الصورة الجسدية للحالة .

2-6- تحليل دليل المقابلة:

تم إجراء المقابلة في متوسطة بتيزي راشد أين استغرقت (23 دقيقة) أين تحدثت الحالة عن حالتها النفسية و الصحية بالإضافة الى علاقتها مع الأشخاص المحيطين بها و طموحاتها المستقبلية.

بدأنا المقابلة بالتحدث عن طفولة الحالة أين قالت: "S3edaghet tres bien, ak akham nagh hemelen iyi أي: عشتها جيدا فكل عائلة تحبني. هذا يدل أن الحالة عاشت طفولة هادئة و محاطة برعاية أسرتها.

من ثم تطرقنا للبعد العلائقي أين بدأنا بعلاقتها مع أبويها فصرحت الحالة ب: Bien thelan deg nagh besah yema kthar akhat meskit ad netath ikhedmen koulech yrna thesgharayagh besah vava la3mar idisaqssa ma neqar nagh ala. أنها جيدة فهم يهتمون بنا خاصة أُمي فهي تقوم بكل شيء كما أنها تقوم بتدريسنا أما أبي فلا يهتم إذ درسنا أم لا" . كما أن علاقتها مع أخويها أيضا جيدة.

أما علاقتها مع أشخاص المحيطين بها فنقول أن هناك أشخاص يحسدونها و أن سبب سقوطها من شرفة منزلها كان بسبب جاريتها التي ضربتها بالعين، و الآن لا تتحدث معهم و أنها لديها صديقة واحدة، كما أضافت أن حتى زملائها في المدرسة يحسدونها.

ما يخص علاقتها مع أساتذتها قالت: Alhan ak en plus nek daghen harchagh . أي كلهم جيدين معي، و أنا أيضا مجتهدة. قالت ذلك و هي تبسم. ومن هنا نستنتج أن الحالة "م" ليس لديها علاقات جيدة مع المحيطين بها.

أما الحالة المرضية للحالة "ر" فهي تعاني من كسور في رجلها الأيمن ذلك بسبب سقوطها من الطابق الأول من منزلهم الذي أدى بها أن تصبح مقعدة لمدة سنتين، كما قد أجرت الحالة عملية جراحية لمعالجة الكسور لكن حدث خطأ طبي أدى الى حدوث كسر آخر في عظامها أين أكدوا الأطباء أن العظمة المنفصلة لا يمكن معالجتها أو ترميمها، و الان أصبحت تمشي بالعكازين. و الحالة لا تعاني من أمراض أخرى.

بعدها تحدثنا عن تأثير الإعاقة على حالتها النفسية فقالت: Normal udewqa3 ara

khas zrih qaren ak aka aqimagh a vie besah udewqa3ra nek zrih ad hlugh nchallah. أي: لا أبالي بذلك لأنني أعرف بأنه سيأتي يوما سأشفى منه إنشاء الله. أما تأثير

إعاقتها على حياتها فقالت: Normal bessah lekan adeksagh ti3kazin agi khir

أي: عادي لكن لو أستطيع التخلص من العكازين سيكون أفضل.

أما عن نظرة الغير إليها قالت: Udewqaa ara meme si zrih que meden qaren aka aka aqimagh toute ma vie"

معناه: لا أبالي بالرغم أنني أعرف أن الجميع يقول بأنني سأبقى على هذه الحالة كل حياتي لكن لا أبالي فأنا أعرف أنني سأشفى. نلتمس من خلال هذا أن الحالة متفائلة من شفائها بالرغم من تأكيد الأطباء على عدم قدرتهم على إصلاح الكسر الناتج عن الخطأ الطبي فهي لا تتقبل إمكانية بقائها معاقة كل حياتها. الحالة "ر" منذ بداية المقابلة فهي مرتاحة تتحدث بكل راحة و هي تبسم. كما أنها قبل بداية المقابلة كانت قد شاركت في حصة الرياضة أين قامت بنشاطات بسيطة بالرغم من وجود العكازين. أما عن الأشياء التي تعجبها في جسدها

من خلال ما قالته الحالة "ر" نستنتج أنها راضية من جسدها و يعجبها كما هو، كما أنها لا تهتم بنظرة الغير لها فالفرد الراضي من جسده يساعد على تكوين شخصية سوية في كافة النواحي و هذا ما نجده في قول (A et Dion 1972) أن الشخص الذي يشعر بالجاذبية الجسمية و يكون راضيا عن الصورة الجسمية شخص سعيد يتمتع بقبول إجتماعي من قبل الآخرين و ناجح في علاقته الإجتماعية" (علاء الدين كفاي و جهاد علاء الدين، 2006: 106). كما أن رايس و دولجين (Rice et Dolgine 2005) يؤكدان بأنه عندما تكون مشاعر الأفراد إيجابية نحو أنفسهم فإنهم يتجنبون السلوكيات المؤذية بينما لا يمكن أن يقوم بذلك من لا يملك هذه المشاعر. (رغد شريم، 2006: 48)

2-7- خلاصة المقابلة:

145

2-8- خلاصة الحالة "ر":

نستخلص من خلال المقابلة أن الحالة "ر" تنفي إعاقته بقولها بأن إعاقته لا تؤثر على حالاتها النفسية و لا على أداء ما تريده، كما أنها متأكدة من شفائها بالرغم من قولها في بداية المقابلة أن الكسر الناتج من خطأ طبي لن يشفى كون الأطباء لم يتمكنوا من معالجة الكسر العظمي. ففي الإختبار الإسقاطي ظهرت الإجابات الانسانية قليلة جدا مقارنة بالمحتوى الحيواني الذي يؤكد على صعوبة التقمص الإنساني للحالة ، بالإضافة إلى غياب الإجابات الحركية التي تدل على عدم القدرة على إرصان الصراعات و صعوبة التقمص للصورة الإنسانية، كما نجد أن المحددات الشكلية مرتفعة جدا مما يدل على عدم التكيف مع العالم الخارجي. بالإضافة إلى استعمال الحالة لميكانيزم الكف و التجنب الظاهر من خلال قلت الإنتاجية. و من هنا يمكن القول أن الفرضية القائلة : الصورة الجسدية لدى المراهق الذي يعاني من إعاقة حركية تتميز بالسلبية و الهشاشة تحققت بالنسبة للحالة "ر".

3- عرض مضمون الحالة "ن":

الحالة "ن" تبلغ من العمر (14 سنة) تدرس في الرابعة متوسط تنتمي لأسرة مكونة من 06 أفراد، لديها أختين و أخ، فيها الأب الذي يشتغل سائق لديه مستوى السادسة ابتدائي و أمها ربة بيت لها المستوى الثانية ثانوي ، و تحتل الحالة "ن" الرتبة الثالثة في الأسرة و المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط حسب ما صرحت به الحالة و هي تعاني من إعاقة حركية مست الاطراف السفلية.

3-1- جدول رقم (11): يمثل عرض لبرتوكول الحالة "ن":

اللوحه	زمن	الاجابات	التحقيق	التنقيط
	الكمون			

DKH	رجلين يمسكان سيف (D2)	رجلان يمسكان سيف 46 ...^...	"31	I
GKpAd	دبابة يقومان بضرب كفيهما (G)	دبابة يقمان بضرب كفيهما '1."07 ...□...	"51	II
GF-A	عنكبوت (G)	عنكبوت "57 ...□...	"42	III
DF-A DF-A	حصان (D5) جملين (D7)	لا أعرف ما هذا...! حصان هذا جملين '1."20 ...□...	"54	IV
GF+Aban	خفاش (G) (كل اللوحة)	خفاش "56 ...^...	"43	V
	REFUS	REFUS		VI
DF-obj DF+A	قرنين (D5) فراشة (D4)	ضحكت قالت قرنين لا انتظرني...! هذا كأنه فراشة '1."20 ...^...	"50	VII

DF+Aban	قندس (D1) (الجزئين على الطرفين)	...^... -اضن ان هذا قندس هذا فراشة	"58	VIII
DF-A	فراشة (D5) (الجزء السفلي الملون بالوردي و البرتقال)	"1.51		
DF-A	فراشة (D3) (الجزء العلوي)	...^... -كأنها فراشة لم افهم.....	"56	IX
DCF-Bot	شجرة (D11)	اضن انها شجرة و في الأسفل حشيش		
DCF-bot	حشيش (D4)	'1.53		
	REFUS	REFUS		X

اللوحة المفضلة + Choix : IX أجبتني الألوان

اللوحة المنبوذة - Choix : VII شكلها ليس جميل غير منظم عشوائي.

3-2- جدول رقم (12): يمثل عرض للمخطط النفسي البسيكوغرام Psychogramme
للحالة "ن":

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
-----------	----------	---------------	---------

R= 13	G=03	F+=03	A= 09
R.compl=D.G	G%=23	F-=08	Bot=02
Refus=02	D=10	SdeF= 11	Obj=01
T.Total=18mn	D%=77%	Kan=01	H=01
Tp/R=45s		Kp=01	Ad=01
TRI=0KH<2C		Sdek=02	
النمط المنغلق الصافي		C=02	
RC%=31%		SdeC=02	
Ban= 02			
F%=85			
F+%= 23%			
A%=69%			
Choix + =IX			
Choix-=VII			
Chocs=03 :IX- IX			
-VII			
Commen=			
لا أعرف ما هذا...!			
أضن أن هذا قندس			
لم أفهم...!			
Succession= مرن			
Persév..= Planches			

IX-IIIIV- VII الاجابة فراشة			
-----------------------------------	--	--	--

قدم الحالة إنتاجية جيدة ($R=13$) مقارنة للمعايير التي قدمها سي موسي و بن خليفة في دراستهم عن المجتمع الجزائري و التي حددت ب 13 إجابة لدى المراهق الجزائري. إلا أنها تبقى ضئيلة بالمقارنة مع معايير باريس 5 و التي حددت ب (25-35) (سي موسي و بن خليفة، 2010، ص:118). كما أن زمن الإجابات ($TT=18$) قصير مقارنة بمعيار "باريس 5" الذي يتراوح بين (20-25) دقيقة مما يظهر الكف.

أما اللوحات المرفوضة فنجد ($Refus=02$) و المتمثلة في اللوحة VI و X، فحسب "سي موسي" تعتبر اللوحة VI من اللوحات الأكثر صعوبة في مجتمعنا خاصة عند الأطفال و المراهقين حيث تثير تصورات خيالية مرتبطة بالتشريح و الاعتداءات على الحدود و على الغشاء الجسدي " (سي موسي، 2007: 220). بالإضافة إلى رفض اللوحة X التي تدل على تفكك الصورة الجسدية أو غيابها إلا أنها لم تذكر من ضمن اللوحات الأكثر رفضا في المجتمع الجزائري،

أما عن الإجابات المبتذلة فهناك ($Ban=02$) التي جاءت أقل من المعايير المحددة لجامعة باريس 5 و التي قدرت ب (5-7) إجابات (Chabert.C, 1983:219) فنجد الإجابات المبتذلة في اللوحة V خفاش و اللوحة VIII قندس فكلها إجابات حيوانية. و هذا يدل على أن للمفحوص صعوبات علائقية و صعوبات في تقمص الآخر كما أن قلت الإجابات المبتذلة يدل على عدم التكيف مع الواقع.

يشير بروتوكول المفحوص إلى إرتفع نسبة التناول الجزئي الكبير ($D\%=77\%$) على التناول الشامل ($G\%=23\%$) كما أنه يبقى منخفض جدا مقارنة بمعايير المقدمة من جامعة باريس 5 و هي ($G\%=50-70\%$) (سي موسي و بن خليفة، 2010: 118)

فإنخفاض النمط الشامل على الجزئي يدل على تجنب الوضعية المقلقة التي تثير اللوحات و الميل إلى تجزئة المادة لتجنب القلق كما يظهر عدم القدرة على الإدراك الكلي للموضوع فالتصورات المجزئة تدل على التشتت و عدم الاستقرار النفسي كما تدل على تشتت الصورة الجسدية و عدم وحدتها ما دم المفحوص لم يتمكن من إدراك اللوحة كاملة.

كما نلاحظ ارتباط الإجابات الجزئية الكبيرة (D) بالمحددات الشكلية بالمحددات الشكلية السالبة خاصة (DF-%= 61%) أين نجدها في كل من اللوحات III- IV- VII- IX أما المحددات الشكلية السالبة المتعلقة بالجزئيات الكبيرة فنجدتها ضئيلة (F+%= 23%) في اللوحات VII- V- VII مما يدل على الإدراك السيء المشوه نسبيا للواقع.

جاءت المحددات الشكلية مرتفعة إذ تقدر ب (F%=85%) مقارنة بالمعايير المحددة من طرف جامعة "باريس5" (70-50). (Chabert.C,1997:126) مما يدل على اعتماد المفحوص على الشكل لتجنب التعبير عن العواطف .

ما يخص المحددات الشكلية الموجبة (F+%=23%) فهي منخفضة جدا مقارنة بالمعيار المقدم و هي (70-80). (Chabert.C,1997:126) و هذا يدل على نوع الإنغماس الرديء في الواقع الموضوعي مما يشير إلى إخفاق ميكانزم التكيف الهادف و وضع الحدود بين الداخل و الخارج.

ارتبط عدد كبير من الإجابات في هذا البرتوكول بالمحتوى الحيواني (A%=69%M) أين ظهرت في كل من اللوحة IX- VIII- VII- V- IV- III- II و كلها جاءت سليمة أما عن الإجابات الإنسانية فهي ضئيلة جدا (H%=08%) فقلتها تبين صعوبة التقمص الإنساني. بالإضافة إلى وجود إجابات متعلقة بالأشياء و هي أيضا قليلة جدا (Obj=01%).

أما الدينامية الصراعية في هذا البرتوكول فجاءت المحددات اللونية بنسبة ($RC\%=31\%$) و هي متكافئة مع معايير المحددة من قبل جامعة "باريس5" مما يدل على إرتباط قوي بين اللون و الجانب الإنفعالي و الوجداني. كما وردت في هذا البرتوكول إيجابيتين حركيتين، واحدة ذات محتوى حيواني ($Kan\%= 08\%$) و أخرى ذات محتوى إنساني ($kp\%=08\%$) بالرغم من أنها قليلة مقارنة بالمعايير المحددة إلا أن إحتواء البروتوكول على حركة إنسانية واحدة يعبر عن الجانب الإسقاطي الدال على عمل الخيال الفكري و قدرة الفرد على إرسان الصرعات. (Chabert.C, 1983:156)

بالنسبة للعوامل الإضافية فنجد أن الاختيارات الإيجابية كانت في اللوحة IX ذلك لإعجابها باللون، أما الإختيارات السلبية تتمثل في اللوحة VII بسبب عدم إعجابها بالشكل و كما أنه عشوائي غير واضح.

نجد في هذا البروتوكول 04 صدمات متمثلة في (اللوحة IV أين قالت لا أعرف ... و اللوحة VII تبتسم . و اللوحة IX لم أفهم...!) و نمط التتابع كان غير منتظم. تظهر أن الحالة لديها القدرة في تقمص الإنساني بالإضافة إلى القدرة في تنظيم النزوات مما يدل على صورة جسدية سليمة .

3-3- جدول رقم(13) يمثل شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "ن":

سليمة	مصابة	مجزأة	محطمة	المجموع
08	00	01	00	08
%89	%00	%11	%00	%100

بعد استخلاص التعابير التي تدل على الصورة الجسدية و حساب نسبتها المئوية بنسبة كل صنف تم التوصل من خلال الجدول أن الصورة الجسدية للحالة "ن" سليمة بنسبة (89%) أين ذكرت إجابة إنسانية تتضمن حركة إنسان مما يدل على سياق تفردى فعال و

تقمصات إنسانية معرفة كما أنها ذكرت إجابة إنسانية معرفة (رجلين) كما نجد كثرة الإجابات الحيوانية متمثلة في (دبابة يقومان بضرب كفيهما، خفاش، عنكبوت، جملين، حصانين، فراشة، قندس).

بالإضافة إلى وجود صورة جسدية مجزأة بنسبة (11%) حيث نجد الحالة ذكوت إجابة ذات محتوى حيواني مجزأة (قرن حيوان).

3-4- يظهر من خلال التحليل الشامل لبروتوكول الحالة "ن" ما يلي:

يظهر البروتوكول أن الحالة "ن" ليس لديها القدرة على الإدراك الكلي و الموحد للجسد و ذلك نظرا لانخفاض الإجابات الشاملة التي نجدها بنسبة ($G\% = 23\%$) بمقرنتها بالإجابات الجزئية الكبيرة التي بلغت ($D\% = 77\%$) مما يدل على التشتت و عدم الاستقرار النفسي.

كما ظهرت الإجابات الشائعة في البروتوكول قليلة ($Ban = 02$) مما يدل على عدم التكيف الخارجي و بالتالي سلبية الصورة الجسدية و هشاشتها.

نجد غلبت الإجابات الحوانية في البروتوكول بنسبة ($A\% = 69\%$) على حساب المحتوى الحيواني بنسبة ($H\% = 8\%$) مما يدل على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص و عدم القدرة على إدراك الصورة الإنسانية وبالتالي هشاشة الصورة الجسدية. كما نجد إجابتين حركيتين الأولى حركة إنسانية ($Kp = 01$) مما يدل على سياق تفردى فعال و تقمصات إنسانية معرفة كما أن المحتوى الإنساني الموجود معرف (رجلان).

و أخرى حيوانية ($kan = 01$) التي تعبر عن نزعة طفلية (Chabert.c, 1983: 156) وردت الإجابات اللونية لدى الحالة بنسبة ($RC = 31\%$) فهي متكافئة مع المعايير (30-40) مما يدل على إرتباط قوي بين اللون و الجانب الإنفعالي و الوجداني ما يدل على المرونة الإنفعالية للفرد بعيدا عن الانسحاب و عدم إستثمار الخارج.

فالنسبة التي أظهرتها شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "ن" سليمة بنسبة (89%) ذات محتوى جيد مما يدل على أن الصورة الجسدية للحالة سليمة.

3-5- تحليل المقابلة:

قمنا بإجراء المقابلة في متوسطة "متراك أعمار بتيزي راشد" أين وافقت الحالة إلا أنها كانت قلقة في الأول و من ثم قمنا بشرح الهدف من تلك المقابلة و من الدراسة ككل أين دامت المقابلة 23 دقيقة.

بدئنا المقابلة بتقديم نفسي و أني في صدد إعداد مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي، فقدمت الحالة معلومات حول حالتها النفسية و الصحية و عن علاقتها مع الأشخاص المحيطين بها.

فقمنا بالتحدث عن طفولتها و كيف عاشتها أين قالت: "Aachaghet très bien hmdellah" أي عشتها جيدة و الحمد لله " فهي بدت مرتاحة تتحدث و هي تبتسم.

إذا الحالة عاشت طفولة جيدة و هادئة، هذا ما يمكن أن يؤثر إيجابا على تكوين صورة جسد إيجابية و هذا ما يؤكد (Winnicott, 1965) "أن الإحساس بقيمة الجسم له أصوله في الطفولة من خلال ثلاث وظائف دائمة، المعاملة و الصورة المرآوية التي تحملها الأم، و إعطاء الحماية للطفل للضعف و الإحساس بالأمن. (ناصر محمد نوفل، 2016: 37)

أما عن الجانب العلائقي بدأ بالأصدقاء في الحي قالت: "Saigh thimedukal uyarnu hemlagh thet u hemlent iyi" أي لديها أصدقاء أحبهم و يحبونني " كما أن الحالة تقوم بزيارتهم كما أن علاقتها مع زملائها في المدرسة جيدة. يمكن أن نستنتج أن الحالة "ن" لها علاقة جيدة مع المحيطين بها و لديها استثمار جيد للعلاقات خارج الأسرة. كما أن علاقتها مع أساتذتها جيدة. أما عن النشاطات اللاصفية فصرحت الحالة بأنها تقوم فقط بممارسة تمارين إعادة التأهيل البدني.

أما عن الحالة المرضية للحالة فهي تعاني من اعوجاج العمود الفقري الذي أدى إلى صعوبات في تحريك أطرافها السفلية، كما انها لا تعاني من أمراض أخرى.

أما ما يخص نظرة المحيطين لها فنقول: " Tghadaghten aka " معناه: إنهم يشفقون عليها" قالت ذلك مع ابتسامة خفيفة و احمرار الوجه و انخفاض في نبضة الصوت. و عندما سألتها هل يزعجك ذلك قالت: Mi ithnetghidagh itagaden ak feli aken ugheligh " ara sourtout dagi di l'ecole uyiheqren ara daghen." لا يزعجني ذلك فشعورهم بالشفقة اتجاهي يجعلهم يهتمون بي، خاصة في المدرسة و لا يدعون أحدا يزعجونني." خلال كلمها نلتمس أنها تعتبر نظرة الغير و اهتمامهم بها راجع لشعورهم بالشفقة عليها، و أنها نظرة عادية كونها تجعلهم يهتمون بها.

أما ما يخص تأثير الإعاقة على حياتها قالت: " Aka vghigh ad ruhagh ar stade vghigh ad laavagh le foot,... vghigh ad khemagh attas n lahwayedj besah ulamek. أي: أريد أن أذهب إلى الملعب و أريد أن ألعب كرة قدم... أريد أن أقوم بأشياء كثيرة لكن هكذا لا أستطيع."

من ثم سألتها عن الأشياء التي تعجبها في جسدها و التي لا تعجبها قالت: " Yechvah u "chechuv-iw ak ad waln-iw, bessah uhmilagh ara inzaren-iw meqrith" و عيني جميلين لكن لا أحب انفي فهو كبير." من ثم تحدثنا عن تطلعاتها المستقبلية فصرحت: Vghigh ad ruhagh ar le Canada vghigh ad srevhagh imawlan-iw, ad "ghragh ad fghagh pharmaciene" أي: أريد ان أسافر إلى كندا وأساعد عائلتي، كما أريد أن أواصل دراستي لأصبح صيدلانية."

3-6- خلاصة المقابلة:

عاشت الحالة "ن" طفولة هادئة و محاطة برعاية جيدة من طرف عائلتها، كما أن علاقتها مع المحيطين بها جيدة إلا أنها تعتقد أن تلك المعاملة التي تتلقاها منهم ناتجة من شعورهم بالشفقة على حالتها الصحية. كما أنها تقبلت تلك النظرة كونها تجعل الغير يتوددون لها. أما اتجاهاتها لجسدها فهي تقبلت إعاقته إلا أن العجز الحركي الذي أصابت به منعها من القيام بالأشياء التي ترغب بها، و أنها لا تعتبر إعاقته للأطراف السفلية لها من الاجزاء الجسمية التي لا تعجبها . كما نستخلص أن الحالة لها طموح مستقبلية كثيرة تريد تحقيقها حتى مع وجود إعاقته.

3-7- خلاصة الحالة:

من خلال المقابلة نستنتج أن الحالة لديها استثمار جيد للعلاقات مع المحيطين بها كما أن خلال المقابلة كانت مرتاحة و تجيب على كل التساؤلات بالإضافة إلى أن رغم إعاقته إلا أنها ترغب في التفوق في دراستها كما لها طموحات مستقبلية تريد تحقيقها.

أما من خلال بروتوكول الرورشاخ فقد ظهرت لدى الحالة إنتاجية جيدة ($R=13$) كما نجد استثمار المفرط للتناول الجزئي بنسبة ($D\%=77$) مما يؤكد على صعوبات على مستوى الصورة الجسدية التي لم تتمكن من إدراكها كاملة. إلا أنه نجد الإجابات اللونية لدى الحالة بنسبة (31%) و هي نسبة متكافئة مع المعايير مما يدل على أن للحالة ارتباط قوي بين اللون و الجانب الانفعالي و الوجداني. كما تظهر محتوى إنساني سليم و معرف مما يدل على سياق تفردى فعال و تقمصات إنسانية معرفة لدى الحالة. و من هنا يمكن القول أن الفرضية التي مفادها: الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذس يعاني من إعاقة حركية تتميز بالسلبية و الهشاشة غير محققة لدى الحالة "ن"

4- عرض مضمون الحالة "م":

الحالة "م" يبلغ من العمر 14 سنة يدرس في السنة الأولى متوسط ينتمي إلى أسرة مكونة من أربعة أشخاص يحتل الرتبة الأولى، الأب الذي يشتغل تاجر و لديه مستوى الخامسة ابتدائي، و أبه التي لديها مستوى الرابعة متوسط كما لديه أخ أصغر منه ب 10 سنوات. لدى العائلة مستوى اقتصادي متوسط حسب ما صرحت به الحالة. و يعاني "م" من شلل سفلي.

4-1-جدول رقم (14): يمثل عرض لبرتوكول الحالة "م":

اللوحة	زمن الكمون	الاجابات	التحقيق	التنقيط
I	"26	...^... عدة عصافير "33	عصافير (D/D) (كل جزء في اللوحة هو عصفور)	D/DF+A
II	"36 مسجد "49	...^...		DF+Ach
III		Refus		Refus
IV	"56	...^... مم...لا أعرف! سلحفاة 1.21	سلحفاة (G) (كل اللوحة)	GF-A
V	"41	...^... طائر	طائر (G)	GF+Ban

	(كل اللوحة)	"57		
Refus		Refus		VI
GF-A	دجاجة (G)	...^... ضحك دجاجة '1."31	"51	VII
DCF-Bot	الورود (D1)	...^... الورود	"44	VIII m
DCF-Elém	(الجزء الوردي) النار (D3) (الجزء السفلي)	النار '1."02		
DCF+Bot DCF-Elém	أزهار (D6) نار (D3)	...^... ممم... أضمن أنه نفس الشيء أزهار و نار '1."09	"59	IX
GCF+Bot	أزهر (G)	...^... ما هذا...! كلها أزهار هذا كل شيء '1."12	"52	X

- اللوحة المفضلة: V =Chois أعجبتني كونها تمثل طائر

- اللوحة المنبوذة: X =Chois. التعليق: لم تعجبني كونها تمثل عدد كبير من الزهور لا أحب ذلك.

4-2- جدول رقم (15): يمثل عرض لبسيكوغرام Psychogramme الحالة "م":

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
A= 04	F+=05	G=04	R= 10
Elém=02	F-=05	G%=33%	R.compl=D.G.
Bot=03	SdeF= 10	D=06	DC. D/D
Arch=01	C=05	D%=67%	Refus=02
	SdeC=05		T.Total=13mn5s
			Tp/R=45s
			TRI=0KH<5C
			النمط الانبساطي
			الصافي
			RC%=50%
			Ban= 01
			F%=100%
			F+%=50%
			A%=33%
			Choix + =V
			Choix-=X
			Chocs=03 :IX- IX

-VII Commen= لا أعرف ما هذا...! أضن أن هذا قندس لم أفهم...! Succession= مرن			
--	--	--	--

يتميز برتوكول هذه الحالة بكف شديد أين نجد مجموعة الإجابات ($R=09$) و هي قليلة مقارنة لمعايير التي قدمها سي موسي و بن خليفة في دراستهم عن المجتمع الجزائري و التي حددت ب 13 إجابة لدى المراهقين. كما انها تبقى قليلة جدا بمقارنتها لمعايير باريس 5 (20-25) (سي موسي و بن خليفة، 2010: 218) ما يدل أن الإنتاج الإسقاطي لدى المفحوص يتميز بالكف. كما أن زمن الإجابة ($TT=14$) و هو قصير جدا مقارنة بمعايير باريس التي يتراوح بين (20-25) دقيقة.

كما نجد أن الإجابات المبتذلة قليلة ($Ban= 01$) و المتمثلة في اللوحة V التي أتت على شكل محدد حيواني. فهي قليلة مقارنة بمعايير المحددة لجامعة باريس 5 و التي قدرت ب(5-7) إجابات (Chabert.c, 1983:219) فقلتها يدل على عدم التكيف مع الواقع.

أما فيما يخص طريقة التناول في هذا البرتوكول فتغلب الإجابات الجزئية الكبيرة ($D\%=70\%$) مقارنة بالتناول الشامل الذي جاء بنسبة ($G\%=33\%$) و عند مقارنتها بنتائج المعايير المقدمة في جامعة "باريس5" و هي (50-70) نجدها منخفضة جدا. (Si moussi et All, 2004:345) فسيطرت أساليب الإدراك من النمط الجزئي على النمط الشامل يشير إلى تجنب الوضعية المقلقة التي تثيرها اللوحات و الميل لتجزئة القلق، كما

يظهر عدم القدرة على الإدراك الكلي للموضوع وتشئت الصورة الجسدية و عدم وحدتها ما دام الحالة غير قادر على إدراك اللوحة كاملة.

أما بالنسبة للمحددات الشكلية نلاحظها غالبت في البرتوكول ($F\%=100\%$) فهي مرتفعة بالمقارنة للمعايير الغربية (50-70). كما أن المحددات الشكلية الموجبة ($F\%=50\%$) منخفضة جدا مقارنة بمعايير جامعة باريس 5 (70-80). (Chabert.c,1997p127) هذا يدل على نوع الإنغماس الرديء في الوقع الموضوعي مما يشير إلى إخفاق ميكانيزم التكيف الهادف ووضع الحدود بين الداخل و الخارج. و إزالة الغطاء و ظهور الداخل بالتالي تفكك الصورة الجسدية و هشاشتها. (Chabert.C,1997: 127)

فيما يخص المحتويات المقدمة في البرتوكول فهي تميل بالدرجة الأولى إلى النوع الحيواني المقدر ب ($A\%=40\%$) فهي نسبة منخفضة مقارنة للمعايير الغربية (44%) و للمعايير التي قدمها سي موسي و بن خليفة (42%) و هذا يدل على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الأشخاص و هذا ما يمثل استثمار مكثف لتكيف سطحي و صلب لدى الأشخاص الذين لديهم ذات مزيف. (Chabert.C, 1997: 190) و المحتوى الحيواني نجده في اللوحات I- III- IV- V- VII لكن كل الإجابات المقدمة مرتبطة بمحتوى سليم. كما نلاحظ غياب كلي للإجابات ذو محتوى إنساني ($H\%=00\%$) ما يؤكد صعوبة التقمص الإنساني. ثم تليها محتوى نباتي ($Bot\%=30\%$) التي نجدها في اللوحات VIII- IX- X و إجابة ذو محتوى عمراني ($Arch\%=10\%$) .

أما عن الدينامية الصراعية الخاصة بهذا البرتوكول فجاءت المحددات اللونية بنسبة ($RC\%=38\%$) التي هي متكافئة مع المعايير المحددة (30%-40%) من طرف جامعة باريس 5 مما يدل على إرتباط قوي بين اللون و الجانب الإنفعالي و الوجداني. كما نلاحظ

غياب كلي للإجابات الحركية (Kan) و (Kp) في هذا البرتوكول مما يدل على عدم القدرة إرسان الصراعات بالإضافة إلى صعوبة التقمص الجنسي للصورة الإنسانية.

بالنسبة للعوامل الإضافية الخاصة بهذا البرتوكول نجد أن الاختيارات الإيجابية كانت في اللوحتين V و I كونهما تمثلائي طائر. أما عن الاختيارات السلبية فهي اللوحتين IX و X منبذتين كونهما تمثلائي عدد كبير من الزهور.

كما هناك ثلاث صدمات و كانت في: اللوحة IV أين قال: "Uzrigh ara أي لا أعرف" و اللوحة VII أين "ضحك" بالإضافة إلى اللوحة X قال "Achuth wa أي ما هذا!". أما عن المواضبة فكانت في اللوحة VIII و IX و X أين أجاب "نار".

ظهر في بروتوكول الحالة "م" وجود هشاشة للإنتاج الإسقاطي نظرا لعدد الإجابات الجد قليلة و الإجابات القصيرة كما أنه يظهر الكف و صعوبة في التعبير بالإضافة إلى صعوبات علائقية مع الأشخاص و في التقمص الإنساني.

4-3- جدول رقم(16): يمثل شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة "م":

سليمة	مصابة	مجزأة	محطمة	المجموع
04	00	00	00	04
%100	%00	%00	%00	%100

بعد استخلاص التعبيرات التي تدل على الصورة الجسدية و حساب نسبتها المئوية بنسبة كل صنف تم التوصل من خلال الجدول أعلاه أن الصورة الجسدية للحالة "م" سليمة (100%) إلا أن كل التعبير التي تم استخلاصها ذات محتوى حيواني (A=4) متمثلة في (عصافير، سلحفاة، دجاجة، طائرة) أي لأنه لم يعطي أية إجابة ذات محتوى إنساني مما يشير إلى صعوبة التقمص بالصورة الإنسانية.

4-4- يظهر من خلال التحليل الشامل لبروتوكول الحالة "م" ما يلي:

ظهور ميكانيزم الكف من خلال قلة عدد الإجابات فهذه الميكانيزمات تظهر هشاشة السياقات الدفاعية للحالة. كما يظهر البروتوكول أن الحالة "م" ليس لديه القدرة على إدراك الكلي و الموحد للجسد و ذلك نظرا لإنخفاض الإجابات الشاملة ($G\%=33\%$) على الإجابات الجزئية الكبيرة ($D\%=67\%$) مما يدل على التشتت و عدم الاستقرار النفسي.

ظهرت الإجابات الشائعة قليلة إذ تقدر ب ($Ban=01$) مما يدل على عدم التكيف مع العالم الخارجي. كما ظهرت المحددات الشكلية مرتفعة بنسبة ($F\%=100\%$) مما يدل هشاشة ضمنية في الرقابة و عدم التكيف مع العالم الخارجي.

كما يظهر هذا البروتوكول غياب كلي للإجابات الإنسانية بالإضافة الى كثرة المحتوى الحيواني بنسبة ($A\%=69\%$) مما يؤكد على صعوبة التقمص الإنساني و وجود كف في العلاقات الإنسانية إذ كثرة المحتوى الحيواني في بروتوكول الحالة "أ" يفسر ظهور نسبة (100%) للصورة الجسدية السليمة

كون كل التعابير المستخلصة ذو محتوى حيواني سليم و غياب تام للمحتوى الإنساني، ليؤكد بذلك صعوبة التقمص الإنساني و وجود كف في العلاقات الإنسانية كما يدل الإستعمال المفرط للمحتوى الحيواني على ميكانيزم دفاعي لتجنب ربط العلاقات مع الاشخاص و هذا ما يمثل استثمار مكثف لتكيف سطحي و صلب عند الاشخاص الذين لديهم ذات مزيف.

و وجود نسبة مناسبة من الإجابات اللونية بنسبة ($RC\%=31\%$) مما يعبر عن المرونة الإنفعالية . كما لم تظهر أي إجابة حركية سواء ذات محتوى إنساني أو حيواني مما يدل على عدم القدرة على إرسان الصراعات بالإضافة إلى صعوبة التقمص للصورة الإنسانية.

من خلال ما سبق يمكن القول أن النسبة التي أظهرتها شبكة تحليل الصورة الجسدية للحالة سليمة بنسبة (100%) ذات محتوى هش و رديء مما يدل على هشاشة الصورة الجسدية للحالة "م".

4-5- تحليل الحالة:

تم إجراء المقابلة العيادية في متوسطة ملكي مقران بمقلع أين وفق "م" على إجراء المقابلة أين قال "lh d'acord" أي "نعم" فبدئنا بتقديم نفسي أنني في صدد إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، دامت المقابلة 17 دقيقة.

تحدثنا مع الحالة على طفولتها و كيف عشنا أين قال "Normal c'était bien" يعني ذلك "كانت جيدة و عادية". الحالة "م" بادی قلقا و كان يلعب بأصابعه و يحك جبنه باستمرار مع احمرار الوجه، أما علاقته مع أبه و أمه قال "Normal" أي عادية و عندما طلبت منه أن يحدثني أكثر عنها قال: "Nigham Normal" أي قلت لك أنها كانت عادية. و هنا يمكن أن نستنتج أن الحالة لا ترغب في التحدث عن طفولته و عن أسرته و يكتفي بقوله عادي رفضا أي توضيح.

و ما يخص علاقته مع الأقران بداء بالأصدقاء في الحي قال: Saigh imedukal n temssefham يعني ذلك "لديا أصدقاء و نتفاهم جيدا" و ما يخص زيارتهم له قال: "Utruhugh ara sakham n sen bessah nethni truhend, en plus uhmilagh ara" معنى ذلك: "لا أذهب إلى منزلهم لكن هم يأتون إلي في بعض الأحيان، كما أنني لا أحب ذلك" كما أن علاقته مع زملائه في المدرسة جيدة إلا أنه لا يشارك في أي نشاط يقام في المدرسة أو خارجها. كما لحظة خلال فترة تواجدي في المؤسسة أن الحالة "م" لا يخرج إلى الساحة و يجلس في جناح الأقسام و لا يخرج منه إلا في فطرة الفطور ليعود إليه مباشرة بمساعدة أصدقائه، كما صرح مشرف التربية أنه منذ الثلاث سنوات التي مضاهها في

المؤسسة لم يخرج للساحة مثل البقية و عندما سألت عن سبب ذلك لدى الحالة قال انه لا يحب ذلك.

أما فيما يتعلق بمحور المتعلق بالحالة الصحية للحالة "م" فهو يعاني من إعاقة حركية سببها الاستسقاء الدماغي الذي أدى إلى شلل الأطراف السفلية له منذ ولادته ولا يعاني من أمراض أخرى.

أما ما يخص تأثير الإعاقة على حياته قال: "normal" أي عادية" و عندما طلبة أن يشرح أكثر قال: " Aka atvghud atruhed ar dihen a khemed aken khedmen أي : هكذا! ترغب بالذهاب إلى هناك أين أشار إلى الساحة. فنلتمس مما سبق أن الحالة يرغب باللعب مع أصدقائه و الخروج لكن يرى أن إعاقته تمنعه من ذلك. كما نلاحظ أن الحالة لا يرغب في التحدث عن إعاقته كونه يقدم إجابات غير واضحة و جد قصيرة في أغلبها يكتفي بقول "normal" أي عادي. أما اهتمامه بمظهرة الجسدي له يقول: Normal thelagh deg mani w tlusugh bien أي عادي ألبس جيدا و أهتم بنفسي" إلا أنني خلال وصولي للمؤسسة لاحظت أن الأم هي التي تأتي إلى المدرسة لتهتم بنظافته الشخصية. كما أن الحالة يعاني من السمعة حسب ملاحظتي له و لا يرغب في الاستقلال عن ابويه خاصة أمه التي تهتم به كثيرا مما أدى به إلى صعوبة في تحمل مسؤوليته الشخصية و لا يرغب في التحرر من السلطة الوالدية كون في هذه المرحلة نجد المراهق يميل إلى الاستقلالية فكل هذا راجع إلى التدليل المفرط خاصة من طرف الام الذي أثر سلبا على الحالة. و هذا ما يؤكد " فرويد" أن الإشباع الزائد أو الإشباع الضئيل خلال المراحل الأولى يؤثر سلبا في شخصية الطفل". (صمويل تامر بشري، 2007:29) أما عن الأجزاء التي تعجبه و التي لا تعجبه في جسده قال: "ulach" أي لا شيء مما يدل على عدم رغبته في الإجابة.

ما يخص طموحات الحالة "م" في الحياة فقال "Mazal ukhemamagh ara aff waya" و هو مبتسم أي أنه مبكر و لم أفكر بعد في ذلك" و عندما سألته عن التخصص

الذي يريد أن يتبعه قال لا أعرف كما أنه قد أعاد السنة الأولى متوسط ثلاث مرات و صرح أيضا أنه لا يرغب في الدراسة. و هنا نلتمس أن الحالة ليس له أي طموحات مستقبلية و لا يفكر فيها.

4-6- خلاصة الحالة:

يمكن أن نستخلص من خلال المقابلة أن الحالة "م" عبر عن نوع من الرفض لبعض التساؤلات مثل العلاقة مع الولدين بالإضافة إلى تأثير الإعاقة على نفسيته. كما أنه شخص غير مستقل عن أمه التي ما زلت تهتم بالاحتياجات الأولية له بالإضافة إلى عدم رغبته في التفكير في المستقبل.

من خلال المقابلة العيادية يتضح أن الحالة غير راضي من جسده إذ يتجنب التحدث عن جسده و أن إعاقته تمنعه من العيش مثل الآخرين كما أنه منعزل بالإضافة إلى أنه لا يملك أي طموحات مستقبلية.

4-7- خلاصة الحالة "م":

تميزت نتائج الاختبار بالكف ($R=09$) و كثرة الإجابات الجزئية بنسبة ($D\%=70$) مما يبرز صعوبات على مستوى الصورة الجسدية التي لم يتمكن من إدراكها موحدة و شاملة. كما نجد غياب كلي للإجابات الإنسانية ($H\%=00$) و كثرة الإجابات الحيوانية ($A\%=40$) مما يظهر تجنب العلاقات الانسانية و تجنب الصورة الإنسانية المقلقة و الإسقاط على الصورة الحيوانية التي تعتبر أقل قلقا. كما نستنتج من خلال البروتوكول أن الحالة "م" استعمل ميكانيزم الكف و الإنكار، كما نجد أن في المقابلة كانت إجابات الحالة سريعة و سطحية بالإضافة إلى رفض تقديم توضيحات و رفض الإجابة على بعض الأسئلة الخاصة بالجسد و إعاقته كما نجد غياب الإجابات الحركية و الانسانية و من

خلال ما سبق يمكن القول أن الفرضية التي مفادها الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقات حركية تتميز بالسلبية و الهشاشة محققة مع الحالة "م".

5- جدول رقم (17): يمثل ملخص عام لنتائج اختبار الرورشاخ لكل الحالات:

الحالة	الزمن	عدد الإجابات	G	D	Dd	Dbl	A	H	F%	RC	TRI%	K	Ref us	kn
الحالة "أ"	18	21	14	86	00	00	69	08	85	31	0kh<2C	15	02	00
الحالة "ر"	13	10	50	55	00	00	33	00	100	32	0kh<8C	00	00	00
الحالة "ن"	17	10	23	77	00	00	33	00	100	50	0kh<5C	00	00	08
الحالة "م"	13	10	33	67	00	00	50	09	100	00	0kh<0C	00	01	00
متوسط القيم	15	13	30	70	00	00	46	04	96	28		03		02

يظهر الجدول أن معظم الحالات تتميز بالكف و ذلك نظرا لقلة عدد الإجابات بالمقارنة لنتائج التي توصل إليها "سي موسي و بن خليفة" التي حددت ب 13 إجابة للمراهق. فنجد الحالة "ن" قدمت إنتاجية جيدة مقدرة ب 13 إجابة و هي متكافئة مع دراسة "سي موسي و بن خليفة"، لكن كان ذلك في فترة زمنية قصيرة مقدرة ب (18 دقيقة) مما يدل على الكف.

كما نجد أن إنتاجية الحالة "أ" مرتفعة مقدرة ب ($R=21$) في فترة زمنية قصيرة ($TT=18mn$) مما يدل على صعوبة التعامل مع وضعية الاختبار.

أما عن زمن الإجابات فهو قليل مقارنة بمعايير "باريس" 5 التي تتراوح بين (20-30mn) مما يدل على الكف.

بالنسبة لمتوسط الرفض فهو ($refus= 01$) أين نجد الحالة "ر" رفضت لوحة واحدة تتمثل في اللوحة IV أما بالنسبة للحالة "م" لا يوجد رفض، أم عن الحالة "ن" رفضت اللوحة IV, X, VI .

بالنسبة لطرق التناول عموما فغلب عليها التناول الجزئي حيث سجلت متوسط نسبة التناول الجزئي ($D\%= 52\%$) مقارنة للتناول الشامل الذي قدر ب ($G=30\%$) مما يدل على عدم القدرة على الإدراك الكلي للموضوع، فالتصور المجزئ يدل على التشتت و عدم الإستقرار، كما نجد أن نوعية "D" مرتبط أكثر بمحدد الشكلي الموجب ($F+$) لدى الحالة "ر" و الحالة "ن"، أما الحالة "أ" فالمحتوى "D" مرتبط أكثر بالمحدد الشكلي السلبي ($F-$).

نلاحظ من خلال الجدول أن البروتوكولات تتميز بارتفاع لجوء الحالات للمحددات الشكلية ($F\%= 96\%$) و هي نسبة مرتفعة بمقارنتها لمعايير المحددة (50-70). كما جاء المحتوى الإنساني قليل جدا، أين قدر متوسط نسبة الإجابات ب ($H\%= 04\%$) و هي نسبة قليلة بمقارنتها بمعايير "باريس" 5 (15%-20%) مما يدل على عدم قدرة المفحوصين في تقمص الصورة الإنسانية.

أما نمط الصدى الحميمي فنجد أنه لدى الحالة "ر" و "ن" من النوع المنغلق الصافي ($TRI=0K/0C$). أما لدى الحالة "أ" و "م" فهو النمط الانبساطي ($TRI=0K<08C$). بالنسبة للمحددات اللونية فنجد متوسط النسبة تقدر ب ($RC\%= 28\%$) و

هي نسبة قليلة بمقارنتها للمعايير المحددة "لباريس5" (30%-40%) مما يدل على غياب الوجدان والعواطف من النوع المرضي.

6-جدول رقم (18): يمثل تلخيص عام لأهم نتائج شبكة الصورة الجسدية:

الحالة	سليمة	مصابة	مجزأة	محطمة
الحالة "أ"	62%	00%	37%	00%
الحالة "ر"	67%	00%	33%	00%
الحالة "ن"	89%	00%	11%	00%
الحالة "م"	100%	00%	00%	00%
متوسط النسبة المئوية	79%	00%	20%	00%

نستخلص من خلال الجدول أن متوسط نسبة الصورة الجسدية السليمة مرتفعة جدا مقدرة ب(79%) مقارنة بالصورة الجسدية المجزئة ب(20%) أم الصورة الجسدية المصابة و المحطمة فنجدها منعدمة (00%). بالرغم من أن النتائج المتوصللة إليها من خلال شبكة الصورة الجسدية "لترينبرغ" مرتفعة إلا أن المحتوى يبقى رديء، فمثلا الحالة "ر" نجد أن شبكة الصورة الجسدية أظهرت أنها سليمة بنسبة(67%) لكن لاحظنا من خلال بروتوكول الرورشاخ قلة الإنتاجية بالإضافة إلى كثرة الإجابات الحيوانية (A) مقارنتها بالإجابات الإنسانية (H) التي كانت قليلة و غير معرفة، ضف لذلك غياب الإجابات اللونية. كما أن الجدول يظهر أن الصورة الجسدية للحالة مجزئة بنسبة (33%) لإعطائها إجابات ذي محتوى مجزأ. أما لدى الحالة "أ" نلاحظ أن الصورة الجسدية سليمة بنسبة (62%) إلا أن في بروتوكول الحالة وجدنا طغيان المحتوى الحيواني (A) على المحتوى الإنساني (H) الذي كان غير معرف، بالإضافة إلى كثرة التناول الجزئي (D) على الشامل (G) كما أن الشبكة تظهر أن للحالة صورة جسدية مجزئة بنسبة (37%) خلال إعطاء إجابات لجزء من حيوان. و نستخلص أن الصورة الجسدية للحالة "ن" سليمة بنسبة(89%) فيتميز بروتوكول الحالة

بطغيان التناول الجزئي (D) على التناول الشامل (G) إلا أنه كان المحتوى متنوع، أين نجد وجود المحتوى الإنساني معرف (رجلين) بالإضافة لوجود حركة إنسانية و أخرى حركية حيوانية. كما يظهر الجدول بأن للحالة "ن" صورة جسدية مجزئة بنسبة (11%) إذ ذكرت إجابات ذات محتوى حيواني مجزأ. أما الحالة "م" فنستنتج أن الصورة الجسدية سليمة ب نسبة (100%) إلا أن المحتوى رديء أين تميز البروتوكول الحالة بكثرة التناول الجزئي (D) على الشامل (G) بالإضافة إلى كثرة الإجابات الحوانية (A) و غياب كلي للإجابات الإنسانية (H) و الحركية (K).

7- مناقشة النتائج:

من خلال الدراسة التي تمت على عينة من المراهقين المتمدرسين الذين يعانون من إعاقة حركية، و بالاستناد إلى المقابلة النصف الموجهة بالإضافة إلى اختبار الرورشاخ تم التوصل إلى أن 03 حالات من 04 أي (75%) من أفراد العينة تظهر لديهم صورة جسدية هشة و سلبية، أين يغزو الباحث هذه النتائج إلى أن مرحلة المراهقة يمر فيها الفرد بتغيرات عدة على مستوى المظهر الجسدي و النفسي، بالإضافة إلى نمو القدرات العقلية، كما أن هذه المرحلة تعتبر أصعب لدى المراهق المعاق حركيا، كونه يصبح في هذه المرحلة أكثر وعيا و إدراكا لدرجة العجز الذي أصابه، سواء على المستوى الوظيفي كون معظم الحالات أكدوا على أن إعاقاتهم تمنعهم من القيام بما يريدونه و ما يقومون به أقرانهم، بالإضافة إلى المستوى الجمالي، ففي هذه المرحلة يدرك المراهق أن لديه ما يجعله مختلف عن المحيطين به. و هذا ما يؤكد "دولتوا" أن الإصابة أو جروح حادة، إصابات جسدية متبوعة بخلل وظيفي يمكن أن تبعث لهشاشة الصورة الجسدية و التي تكون نتاج نكوص انفعالي. (بلهوشات رفيقة، 2008: 47). كما أن التوظيف الإضطرابي للجسد له أثر مباشر على الحياة الانفعالية و شدة الصراعات النزوية، يقود عادة نحو نكوص نرجسي (Régression narcissique) و إحياء لمعاني لا شعورية، الخفاء، و يمكن أن تصل إلى جعل الحالة

أكثر خطورة. فاختبار الرورشاخ دال على وجود لدى هذه الحالات ميكانيزم دفاعي لتجنب العلاقات مع الأشخاص، كما أن خلال المقابلة نلتبس أن الحالات كانت علاقتهم مبنية على أساس تلقي المساعدة مما يدل على عدم استثمارهم للعلاقات الاجتماعية، كما يدل هذا على التبعية و عدم الاستقلال و الحرية الجزئية التي يبحث عنها المراهق في هذه المرحلة، كما يتميزون بقلة التفاعل مع المحيطين بهم. و هذا ما يؤكد (Ancet. P 2004) أن الجسد يتميز في حدود الجسد العضوي المفروضة من قبل الألم فهو مكان للاقدرة (Inpuissance) يتمثل في جسد اكتئابي، و جسد الإحباط ضيق و ثقيل، فعوض عن تفتحه لما يحيط به يتقلص و يتقلص معه حتى مختلف الوظائف في حالة المعاناة، ينطوي الجسد على ذاته و تفتحه على العالم يكون قليل جدا، جسد المعاناة يتميز بانخفاض أو انعدام اللذة و الحالات الاكتئابية. (بلهوشات رفيقة، 2008: 47)

كما أن الاختبار الإسقاطي أظهر أن الحالات لديهم صعوبات في التقمص الإنساني الراجع لصعوبة تقبل الجسد المعاق، و الذي لديه تشوه في أعضاء الجسد المتمثل في الأطراف السفلية أساسا ما يؤدي إلى وجود اختلاف بين الجسد الهوائي للمراهق و الجسد الواقعي. وهذا ما يوضحه (كريغ 1989 Craige) أن التباين بين الصورة المثالية للجسد التي يطلع إليها المراهق و صورة ذاته الأقل كملا، مصدرا حقيقيا للشعور بالقلق. " (رغد شريم، 2005: 83)

كما يشار إلى أن نتائج الدراسة الحالية المتمثلة في، أن الصورة الجسدية للمراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية تتميز بالهشاشة و السلبية تتفق مع دراسة فريدة خيرة (2015): أين هدفت الدراسة الى التعرف على تأثير الإعاقة الحركية على صورة الجسد عند الطفل، أين استخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي و استخدمت المقابلة و اختبار رسم الشخص على حالتين. و توصلت الدراسة إلى أن الطفل المصاب بالإعاقة الحركية

لديه تصورات جسدية مشوهة و يظهر إدراك خاطئ للجسد بسبب عدم التقبل و عدم التأقلم مع الإعاقة. (فريدة خيرة، 2015، ص75)

كما توصلت النتائج إلى أن حالة 01 من 04 حالات أي 25% من عينة الدراسة لديها صورة جسدية سليمة، أين أظهرت الحالة خلال المقابلة أنها تقبلت إعاقته و جسدها كما أن لديها طموحات مستقبلية، بالإضافة، أن من خلال اختبار الرورشاخ تبين أن الحالة لديها القدرة في إرسان الصراعات و هذا ما يؤكد شيلدر (1968) أن الصورة الجسدية تترجم من خلال جسد جيد الإدماج، يكون فيها الأنا قد اكتسب حدود ثابتة، الشيء الذي يثبت أنه قادر على الدخول في علاقات مع العالم الخارجي. انطلاقاً من وضعيات جد مهيكلة وواضحة. الإقامة الجيدة للحدود ترتبط مباشرة بالقدرة على التوظيف بصفة مستقلة بأهداف محددة، و القدرة على احتمال الإحباط، مصحوبة بتماهيات جنسية واضحة. (بلهوشات رفيعة، 2008: 44)

كما أن نتائج هذه الحالة تتفق مع دراسة ستابرو و سريز (I.Stavros et D. 1997) التي هدفت إلى التعرف على خصائص الصورة الجسدية للراشد الذي يعاني من إعاقة حركية. أين تكونت العينة من 12 راشد، واستخدم في هذه الدراسة المقابلة النصف الموجهة بالإضافة الى اختبار الرورشاخ، فتوصلت الدراسة إلى أن (07 حالات من 12) لديهم صورة جسدية سليمة (I.Stavros et D. Sarris 199: 25)

استنتاج عام:

يتمثل موضوع بحثنا في الصورة الجسدية لدى المراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية من خلال اختبار الرورشاخ ، دراسة لأربعة حالات. و للإجابة لتساؤل الدراسة تم صياغة الفرضية التي مفادها الصورة الجسدية للمراهق المتمدرس الذي يعاني من إعاقة حركية تتميز بالهشاشة و السلبية.

و بعد إجراء المقابلة النصف الموجهة مع الحالات و تطبيق معهم الاختبار الإسقاطي الورشاح و جمع المعلومات اللازمة و تحليلها، توصلنا إلى أن الفرضية محققة بنسبة (75%) من عينة الدراسة أي 03 حالات من 04 لديهم صورة جسدية تتميز بالهشاشة و السلبية. و عليه فأهم ما لوحظ من خلال المقابلة العيادية و بروتوكول الورشاح أن الحالات الثلاث لديهم صعوبة في تقبل إعاقتهن بالإضافة إلى أنه لديهم صعوبة في الإدراك الكلي للجسد، مما يؤكد على تهديد الوحدة الجسدية و صعوبات تقمصية للصورة الإنسانية و الجنسية بالإضافة الى تجنب العلاقات مع الأشخاص.

خاتمة:

لمفهوم صورة الجسد أهمية بالغة في مجال الصحة النفسية خاصة لدى المراهقين كونها الأساس لخلق الهوية، و أن للمظهر الجسدي أهمية كبيرة في العلاقات الاجتماعية لفكرة الفرد عن ذاته الجسمية دور كبير في اتخاذ القرارات في حياته المستقبلية بالإضافة إلى دورها في تكون شخصيته. لذى نستنتج في هذه الدراسة أن المراهقين الذين يعانون من إعاقة حركية يتميزون بصورة جسدية سلبية و هاشة.

في الأخير نتمنى أن تكون نتائج هذه الدراسة عبارة عن انطلاقة للعديد من الدراسات على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة لفهم الحالة النفسية لديهم، و الاستعانة بتلك النتائج لتعديل الظروف التي يعيش فيها المعاق في المجتمع الجزائري، بالإضافة إلى إجراء دراسات معمقة للتعرف عن الأسباب التي تؤدي إلى ظهور صورة جسدية سلبية، لوضع برامج إرشادية و علاجية لتحسين الصورة الجسدية لدى المعاق حركيا، إرشاد الأولياء والمرابين الذين يتعاملون مع الأطفال الذين يعانون من إعاقات أو تشوهات جسدية بضرورة مساعدتهم على إرصان صورة ذهنية موجبة للجسد، و تنمية روح المبادرة لديهم، بالإضافة إلى توعية المجتمع بأهمية تشغيل فئة ذوي الاحتياجات الخاصة للتخلص من فكرة التبعية التي ينظر بها للمعاق.

قائمة المراجع:

- قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم محمد صالح (2006): مقدمة في الإعاقة الحركية، عمان، دار البداية ناشرون و موزعون، (ط1).
- 2- إبراهيم مرتضي إبراهيم الأعرجي (2017): صورة الجسم و قلق الولادة لدى الحوامل و علاقتها ببعض المتغيرات، مجلة الأستاذ، العدد 444- المجلد الثاني.
- 3- ابن منظور جمال الدين (1983): لسان العرب، مطبعة بولاق، (ط1).
- 4- الدسوقي مجدي (2006): اضطراب صورة لجسم، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 5- السيد فهمي علي محمد (2008): الإعاقة الحركية بين التشخيص و التأهيل بحوث التداخل رؤية نفسية، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.
- 6- العمري عيسات (2014): مسائل الإعاقة و المعوقين في الجزائر، مقارنة تحليلية، مجلة العلوم الاجتماعية، 168 العدد 19 ديسمبر، 2014.
- 7- إمتثال زين الدين الطفيلي (2004): علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة، بيروت، دار المنهل اللبناني.

8- أنور محمد الشبراوي(2001): علاقة صورة الجسد ببعض المتغيرات لدى الطفل،

رسالة ماجستير، كلية الأدب، جامعة الزقازق.

9- أنيس فلوران (2013): مدخل إلى علم النفس التطوري(الطفولة و المراهقة)، دمشق،

منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب.

10 - بدر إبراهيم الشباني (2003): سيكولوجية النمو من الإخصاب حتى المراهقة،

الكويت، دار الورقين للنشر و التوزيع، (ط1).

11- جعفر فارس العرجان (2016): مستوى الوعي الصحي و التركيب الجسمي و

ممارسة النشاط الرياضي و صورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركيا في مدينة عمان،

عمادة البحث العلمي، دراسة العلوم التربوية، المجلد 43، العدد 3.

12- جمال الخطيب (2006): مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية، عمان، دار

الشروق للنشر و التوزيع.

13- جميل حمدي، فاطمة بولحوش (2018): المراهقة في علم النفس، (بدون دار

النشر)، (ط1).

14- حامد عبد السلام زهران (2005): علم النفس النمو: الطفولة و المراهقة، القاهرة،

عالم الكتب (ط6).

15- حسن محمد النواصرة (2006): ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني،

الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر (ط1).

16 -حسين فايد(2008): دراسات في السلوك و الشخصية (الاكتئاب، الانتحار، الغضب

اضطراب الأكل)، مصر، مؤسسة طبية للطباعة القاهرة، ط1،.

17- حسين محمد الأطرش (بدون سنة): صورة الجسد و علاقتها بالتوافق النفسي

الاجتماعي لدى مبتوري الأطراف بعد حرب التحرير بمدينة مصراتة، المجلة العلمية لكلية

التربية، العدد40.

18- حميد بن عيسى، (2015-2016): المجتمع المدني و دوره في التكفل بذوي

الإحتياجات الخاصة مذكرة لنيل درجة ماستر، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة.

19- خليل م خليل معوض (1994): علم النفس العام، مصر مكتبة الإسكندرية للكتاب،

(ط1).

20- رشاد علي عبد العزيز (2008): علم النفس الإعاقة، مصر، مكتبة الأنجلو

المصرية، القاهرة.

21- محمد رمضان القذافي (1994): سيكولوجية الإعاقات، طرابلس، منشورات الجامعة

المفتوحة.

22- رقيقة بلهوشات (2007): طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة

بحروق ظاهرة، جامعة الجزائر.

23- ريم عطية (2013): أزمة الهوية و علاقتها بصورة الجسد عند المراهق، رسالة

ماجستير، جامعة دمشق.

24- سالم حمود صالح الحرحشة (2012): التوجيه و الإرشاد (الدليل الإرشادي العملي

للمرشدين التربويين و العاملين مع الشباب)، عمان ، دار الخليج للنشر و التوزيع، ط1.

25- سمويل مغربوس (1957): أضواء على المراهقة، مصر، القاهرة، مكتبة النهضة

المصرية.

26- سمير مرداس (2008): التصورات النرجسية لدى المراهقة المغتصبة، دراسة لنيل

شهادة الماجستير، جامعة الجزائر.

27- شفير و ملمان (2006): سيكولوجية الطفولة و المراهقة: (مشكلاتها و أسبابها و

طرق حلها)، عمان دار الثقافة للنشر و التوزيع، (ط1).

28- صالح حسين الدايري، (2005): راعية الموهوبين المتميزين (و ذوي الاحتياجات

الخاصة، و الموهوبين)، عمان، دار وائل للنشر و التوزيع، (ط1).

29- صالح محمد علي أبو جادو (2007): علم النفس التطوري (الطفولة و المراهقة)،

دار المسيرات للنشر و التوزيع و الطباعة، (ط2).

30- صندلي ريمة (2011-2012): الضغوط النفسية و إستراتيجية المواجهة، مذكرة

ماجستير، جامعة سطيف.

31- عبد الرحمان سي موسي و ابن خليفة(2010): علم النفس المرضي (التحليلي و

الإسقاطي)، الجزائر، دار النهضة العربية للنشر و التوزيع.

32- عبد الرحمان سي موسي و بن خليفة (2008): علم النفس المرضي و التحليلي و

الإسقاطي (الأنظمة النفسية و مظاهرها في الإختبارات الإسقاطية)، الجزائر، (ط1).

33- عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار(2002): الصدمة و الحداد من الطفل و

المراهق، نظرة الإختبارات الإسقاطية، الجزائر جمعية علم النفس للجزائر العاصمة.

34- عبد الرحمان سيدي سليمان (بدون سنة): سيكولوجية ذوي الحاجيات الخاصة،

القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

35- عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر (2008): علم النفس الإكلينيكي، مصر ، في

ميدان الكعب النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1.

36- عبد المحسن صالح رشوان (2006): ممارسة الخدمات الاجتماعية مع الفئات

الخاصة(ذوي الاحتياجات الخاصة و المراهقين)، مصر، المكتب الجامع الحديث.

37- عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي (2012): تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات

الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعاقين حركيا في ضوء خبرات بعض الدول، مصر

دراسة ماجستير جامعة الفيوم.

38- عصام حميد الصفدي (2007): الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي، الأردن، دار

الحامد للنشر و التوزيع.

39- عصام نور (2006): علم النفس النمو، إسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.

40- عقل محمود (1997): النمو الإنساني الطفولة و المراهقة، الرياض، دار الخرجي

للنشر، (ط4).

41- علاء الدين كفاي (2015): علم النفس الإرتقائي: (سيكولوجية الطفولة و

المراهقة)، عمان، دار الفكر، (ط2).

42- فريدة خيرة (2015): صورة الجسد لدى الطفل المعاق حركيا، مذكرة لنيل شهادة

الماستر، جامعة سعيدة.

43- محمد مجدي الدسوقي (2006): إضطرابات صورة الجسم الأساليب التشخيصية

للوفاية و العلاج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

44- مريم سليم (2002): علم نفس النمو، بيروت، لبنان، النهضة العربية، (ط1)

45- مصطفى محمد عبد العزيز (2008): سيكولوجية فنون المراهق، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية، (ط5).

46- مصطفى نور القمش - فاطمة بولحوش (2006): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع.

47- ناصر محمد نوفل (2016): صورة الجسد و الإغتراب النفسي و علاقتها بالقلق و الإكتئاب لدى المعاقين بصريا، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، غزة.

48- أحمد محمد الزغبى (2001): علم النفس النمو : (الطفولة و المراهقة)، عمان الأردن، دار الزهراء.

49- عبود هيام سعدون (2009): صورة الجسد و علاقتها بالسلوك العدوانى لدى طالبات كلية التربية الرياضية، اليمن، جامعة دىالى.

- قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

50- Catherine Morin et Sthéphane Thibierge (2004): L'image du corps en neurologie: de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports clinique et théoriques de la psychanalyse; Université de poitiers . France.

51- Catherine Chabert (1998): psychanalyse et méthode projectives; Dunod; Paris.

52– Chabert, C (1997): Le rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytique, paris, Dunad.2 eme édition.

53– Chabert.C (1983): Le rorschach en clinique adulte interprétation, psychanalytique, paris, Dunad.

54– Chiland.C et al(1997): L'entretien clinique, Paris, PUF.

55– David le Breton (2016): Corps et adolescence, Fédération Wallonie; Bruxelles.

56– Dimitris Sarris(1997): Etude de l'image chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective de Rorschach, Revue Européenne du Handicap Mentale. Vole 04; N 16; page19–28.

57– Fédération des association des handicapés moteurs.

Http/www.fahm.dz www.Promotionscanté.ch

58– Journal El Moudjahid, Prés de 2 millions de personnes en Algérie vivent avec un handicap, publie le 01–12–2010

59– Organisation Mondiale de la sente de la maman et de nouveau–né del'enfant et de l'adolescent. [http// www.who./nt](http://www.who./nt)

60– Poretti Amandine et Van Beek Salomé(Juillet2017): Image corporelle positive: les interventions chez les adolescent–e–s; Filière Nutrition et Diététique; Genève.

61– Rausch de Tranbenberg et all(1996): Le Rorschach infantile, Paris, Dunod, 1eme édition.

62– Rausch de Tranbenberg(1983): La pratique de Rorschach, France, PUF.

63– Rausch de Traubenberg, N (1983): La pratique de Rorschach en clinique infantile, Paris, Dunod,(1 ed)

64– Rausch de Traubenberg, N(1981): La pratique de Rorschach, France, PUF.

65–Lombros Stavrou et Dimitris sarris; (1997): E'tude de l'image du corps chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective du Rorschach, Revue Européenne de le handicap moteur. 1997, vol 4; N° 16 page 19a 28.

66– WWW.aps.dz

الملاحق



ملحق رقم: 01

دليل المقابلة النصف الموجهة

البيانات الشخصية:

- الاسم:
- الجنس:
- السن:
- المستوى الدراسي:
- عدد الاخوة و الأخوات:
- الرتبة في الأسرة:
- مهنة الأب:
- مهنة الأم:
- المستوى التعليمي للأب و الأم:

محور متعلق بالحالة للمرضية:

- ما هو سبب إعاقتك؟
- ما هو نوع إعاقتك؟
- هل لديكم سوابق مرضية في العائلة؟
- هل تعاني من أمراض أخرى؟

محور متعلق بالحالة النفسية:

- حدثني على تأثير إعاقتك على حياتك؟
- كيف تصف نفسك بدنياً؟
- كيف كان موقفك و حالتك النفسية خلال الأيام الأولى خلال دخولك المدرسة؟
- حدثني عن نظرتك لصحتك الجسدية؟
- هل إعاقتك تمنعك من القيام بالنشاطات التي تريدها؟

محور خاص بالعلاقات الأسرية و الاجتماعية:

- حدثني عن علاقتك مع ولديك؟
- حدثني عن طريقة معاملة أخويك لك؟
- كيف هي علاقتك مع أخويك؟
- هل لديك أصدقاء في الحي الذي تسكن فيه؟ و كيف تصنف علاقتك معهم؟
- هل تقوم بزيارة أصدقائك في الحي الذي تسكن فيه؟ و كيف تصنف علاقتك معهم؟
- حدثني عن علاقتك مع زملائك في المدرسة؟ و هل لديك أصدقاء مفضلين؟
- هل تشارك في النشاطات اللاصفية في المدرسة؟
- ماهي الصورة التي ترض أن الناس يرونك بها؟
- هل تهتم بمظهرك الجسدي قبل خروجك؟
- ماهي الأجزاء التي تعجبك في جسدك و ماهي التي لا تعجبك؟

محور خاص بالحياة المستقبلية:

- فيما تتمثل طموحاتك المستقبلية؟