



جامعة النجاح الوطنية  
كلية الدراسات العليا

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين  
الذين تعرضوا لاستغلال جسدي وجنسي والمقيمين في مراكز الحماية في  
الضفة الغربية - فلسطين

إعداد

فادية فيصل عوض

إشراف

د. شادي خليل أبو الكباش

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي بكلية الدراسات  
العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس - فلسطين.

2023م

فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين  
الذين تعرضوا لاستغلال جسدي وجنسي والمقيمين في مراكز الحماية في  
الضفة الغربية - فلسطين

إعداد

فادية فيصل عوض

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ 2023/10/21م، وأجيزت.

  
التوقيع

  
التوقيع

  
التوقيع

د. شادي خليل أبو الكباش

المشرف الرئيسي

د. سهير الصباح

الممتحن الخارجي

د. فلسطين نزال

الممتحن الداخلي

## الإهداء

إلى والدي..... دائم العطاء

إلى أمي... داعمي دائما وأبدا

إلى أبنائي... سبب إصراري واجتهادي

إلى إخوتي وأخواتي... أحب الناس إلى قلبي

إليهم جميعا أهدي إنجازي وثمره مجهودي دمت لي السند والداعم

## الشكر والتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا على ما منحني به ربي من نعم، وصلى الله وبارك وسلم على خير المرسلين النبي محمد صلى الله عليه وسلم، شكراً لكل من ساهم وتعاون معي في إتمام هذه الرسالة. شكراً لجامعتي جامعة النجاح الوطنية التي افتخر بانتمائي لها، شكرا للمشرف على رسالتي الدكتور شادي أبو الكباش لما بذله من جهد وعناء في سبيل تسهيل إتمام الرسالة. شكرا جزيلا للدكتور فايز محاميد مشرف برنامج علم النفس الإكلينيكي لتعاونه في إتمام الرسالة. شكرا لعائلتي لصبرهم وتشجيعهم المتواصل (والدي والدتي أولادي وأخواتي وإخوتي) حفظكم الله جميعا. شكرا لكل من ساهم وقدم النصيحة والمشورة أثناء مشواري الأكاديمي.

والشكر موصول لأعضاء لجنة المناقشة

الباحثة

فادية عوض

## الإقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل عنوان:

### فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال جسدي وجنسي والمقيمين في مراكز الحماية في الضفة الغربية - فلسطين

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

اسم الطالب: فادية فيصل عوض

التوقيع: فادية عوض

التاريخ: 2023/10/21

## فهرس المحتويات

ج	الإهداء	.....
د	الشكر والتقدير	.....
هـ	الإقرار	.....
و	فهرس المحتويات	.....
ح	فهرس الجداول	.....
ط	فهرس الملاحق	.....
ي	الملخص	.....
1	الفصل الأول: المقدمة والإطار النظري	.....
1	1.1 المقدمة:	.....
2	1.2 صورة الجسد:	.....
16	1.3 العنف الجسدي والجنسي:	.....
22	1.4 العلاج السلوكي المعرفي والنظرية السلوكية:	.....
32	1.5 مصطلحات الدراسة:	.....
33	1.6 مشكلة الدراسة وأسئلتها:	.....
34	1.7 أهداف الدراسة:	.....
34	1.8 أهمية الدراسة:	.....
36	الفصل الثاني: منهجية الدراسة	.....
36	2.1 تمهيد	.....
36	2.2 تصميم الدراسة	.....
37	2.3 مجتمع الدراسة:	.....
37	2.4 عينة الدراسة:	.....
39	2.5 أدوات الدراسة:	.....
47	2.6 متغيرات الدراسة:	.....
47	2.7 إجراءات الدراسة:	.....
48	2.8 المعالجة الإحصائية:	.....
49	الفصل الثالث: نتائج الدراسة	.....
49	3.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:	.....
52	3.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:	.....
54	الفصل الرابع: مناقشة النتائج والتوصيات	.....

54	4.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:
55	4.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
57	4.3 إعادة تحليل الاختبار البعدي للتحقق من النتائج
58	4.4 التوصيات
60	قائمة المصادر والمراجع العلمية
68	الملاحق
B	Abstract

## فهرس الجداول

- جدول (1): مقياس اضطراب تشوه الجسد الوهمي ..... 39
- جدول (2): تصنيف الإجابات ودرجاتها ..... 40
- جدول (3): جدول ليكرت الثلاثي ..... 41
- جدول (4): معامل ارتباط سبيرمان بين صورة الجسد قبل تطبيق البرنامج العلاجي والدرجة الكلية لها .. 41
- جدول (5): معامل ارتباط سبيرمان بين صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج العلاجي والدرجة الكلية لها .. 42
- جدول (6): قيم معامل الثبات كرونباخ ألفا لمحاور الدراسة ..... 43
- جدول (7): الاوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب لعينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج ..... 50
- جدول (8): المتوسط الحسابي لاجابات العينة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ..... 51
- جدول (9): الاوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب لعينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج ..... 52
- جدول (10): نتائج اختبار Paired samples T-test ..... 53

## فهرس الملاحق

- 68 ..... ملحق (أ): موافقة ولي أمر الطالبة.
- 69 ..... ملحق (ب): كتاب تسهيل مهام
- 70 ..... ملحق (ج): برنامج الجلسات العلاجية.
- 78 ..... ملحق (د): مخطط الرفاهية (تابع للجلسة الثامنة).

# فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال جسدي وجنسي والمقيمين في مراكز الحماية في الضفة الغربية - فلسطين

إعداد

فادية عوض

إشراف

د. شادي أبو الكباش

## الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين، حيث اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي في جمع وتحليل البيانات؛ وتم تصميم مجموعة تجريبية بقياسين قبلي وبعدي. وتم اختيار عينة بلغ حجمها (8) أطفال إناث من مجتمع العينة (50) طفل وطفلة وتم اختيارهم بطريقة قصدية بالتنسيق مع مؤسسات تعنى بمساعدة ودعم الأطفال المعنفين وطلبين المساعدة من المؤسسات العاملة في الميدان حيث تم اختيار العينة بعد تعرض أفرادها لكافة أشكال العنف وتم تسجيلهن كحالات بحاجة إلى تدخل نفسي، وتم توزيعهنّ على مجموعة ذي تصميم تجريبي ذو المجموعة الواحدة وعددها (8) أفراد، وتكوّن البرنامج العلاجي من (11) لقاء لمدة شهرين، ومدة كل لقاء (120) دقيقة، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطات القياس القبلي للمجموعة التجريبية، إذ لم تكن الفروقات دالة إحصائياً، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروقات بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على تشوه صورة الجسد الوهمي وأبعاده، وكانت غير دالة إحصائياً، وقد كانت نتيجة الفروق متشابهة سواء للاختبار القبلي أو الاختبار البعدي حيث أظهرت النتائج عدم فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة، وأظهرت النتائج عدم وجود فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات القياس البعدي للمجموعة التجريبية في تحسين صورة الجسد وكذلك في متوسطات الأبعاد جميعها، وفي ضوء هذه النتائج توصي الدراسة بضرورة اعتماد خطة واضحة تتضمن دراسات وأبحاث علمية

أبْحْثُ إِبْجَابِيَاتٍ وَسَلْبِيَّاتٍ الْعِلَاجِ السَّلْوَكِيِّ الْمَعْرِفِيِّ بِالإِضَافَةِ إِلَى دِرَاسَةِ جَدْوَى هَذَا الْعِلَاجِ مَعَ الأَطْفَالِ  
وَالْمِرَاقِبِينَ وَمَا هِيَ الفِئَةُ العِمْرِيَّةُ الَّتِي قَدْ تَظْهَرُ نَتَائِجُ دَالَّةِ إِحْصَائِيًّا بَعْدَ تَطْبِيقِ البِرْنَامِجِ العِلَاجِيِّ.  
**الكلمات المفتاحية:** صورة الجسد، العلاج المعرفي السلوكي، العنف الجسدي والجنسي.

## الفصل الأول

### المقدمة والإطار النظري

#### 1.1 المقدمة:

تربعت صورة الجسد في الحياة المعاصرة على رأس قائمة الأولويات الحياتية خاصة في المجتمعات الغربية وظهر التركيز على المظهر الخارجي بشكل واضح في كل جوانب الحياة اليومية سواء على اللوحات الإعلانية أو في المجالات أو نوافذ المتاجر أو على صفحات التواصل الاجتماعي أو حتى في المحادثات العادية بين الأفراد والهدف السعي وراء الجمال والمثالية باتباع أنظمة غذائية صارمة أو الجري وراء صيحات الملابس العالمية للوصول إلى المثالية واللجوء إلى العمليات الجراحية التجميلية للوصول إلى الرضا عن المظهر والشكل الخارجي، والكثير من الأبحاث والدراسات أثبتت أن صورة الجسد تهاجم بشكل سلبي وعنيف من قبل غالبية النساء والفتيات والكثير من الناس ابدو عدم الرضا عن شكل أجسادهم خاصة الوزن والحجم مع الرغبة في الوصول إلى المظهر المثالي النحيف خاصة النساء، حتى وصل وصف الهوس لديهن بالوزن بمصطلح "الاستياء المعياري"، ولم يقتصر هذا الاهتمام المتزايد على النساء فقط وإنما طال الرجال والفتيان من كافة الأعمار وظهرت معاناتهم من عدم الرضا عن شكل الجسد مع تنامي الرغبة في الظهور بمظهر عضلي متطرف ليتحول كيفية شعور الأفراد نحو انفسهم ومدى تقديرهم لذاتهم مرتبط بالمظهر والرضا عن شكل الجسد (Tiggemann, 2011).

ومن اهم المراحل في عمر الفرد هي مرحلة المراهقة التي تتميز بظهور العديد من التغيرات المختلفة التي تتسم بعدم الاتزان، حيث يمر المراهق في العديد من الطقوس مثل الاهتمام بالمظهر العام بشكل مبالغ فيه مع كثرة النظر في المرآه ومتابعة كافة التغيرات الجسدية التي تظهر، وتتشكل لديه صورة الجسم التي ترتبط بعوامل عدة منها النفسية والاجتماعية والتي تكون سبب في تعرض المراهق لاضطرابات ومشكلات ناتجة عن الضغوط النفسية مثل تعرضه للسخرية والمقارنة والشعور بالاشمئزاز من جسده نتيجة الانتقادات الموجهة

له باستمرار وما يرافقها من مشاعر الحزن والخوف والترقب من ازدياد الوزن وقد تتطور هذه الاضطرابات إلى اضطرابات سلوكية مثل الانقطاع عن الطعام ورفض الأكل أو الإقبال على تناول كميات كبيرة في الوجبة الواحدة نتيجة هذه المخاوف (الجيزاني، 2021).

لا يقتصر التأثير على صورة الجسد الناتج عن التعرض لاعتداء الجنسي فقط، بل إن تعرض الأطفال للاعتداء الجسدي في مرحلة الطفولة له تأثير أكبر في تشويه صورة الجسد أكثر من الاعتداء الجنسي، ويتجلى ذلك في اعتداء الضحية على جسده باتباع طقوس ضارة أو سلوكيات مرضية مثل فقدان الشهية العصبي واضطرابات الأكل الأخرى (Treuer, Koperdák, Rózsa, & Füredi, 2005).

وهذا ما أكدته البحث التالي الذي تم دراسته على عينة من 1732 مشاركًا في عام 2007، وأظهرت نتائج البحث وجود علاقة وثيقة بين الاعتداءات الجنسية وصورة جسم مشوهة، وأكد أيضا نتائج الدراسات الأخرى بأن الأشخاص الذين تعرضوا للعنف والاعتداء الجسدي في مرحلة الطفولة عانوا من اضطرابات اكل شديدة (Helgadóttir, 2016).

ولا تقتصر إساءة معاملة الأطفال على معاناة المراهقين من اضطرابات سلوكية فقط وإنما تتطور الاضطرابات إلى محاولات انتحار مع تفكير 80% من الناجين من الإساءة بأفكار انتحارية متكررة، ونجح 20% من المصابين في تنفيذ هذه الأفكار إلى محاولات انتحارية (Didie, et al., 2006).

## 1.2 صورة الجسد:

صورة الجسد هي الطريقة التي يعبر فيها الفرد عن مشاعره وأفكاره ومظهره الخارجي والتي يحكمها بعديين أساسيين هما صورة الجسد وتقييم تلك الصورة التي تقيس درجة رضا الأشخاص أو عدم رضاهم عن مظهرهم الخارجي وشكل جسدهم، تختلف صورة الجسد بشكل واضح بين الجنسين مع توثيق مستويات اقل لدى النساء والفتيات عن الرضا عن أجسامهن مقارنة بالجنس الآخر من الذكور، حددت الدراسة الحالية عوامل بيولوجية خطيرة مثل توقيت البلوغ ومؤشر كتلة الجسم، وعوامل نفسية مثل تدني احترام الذات والتأثير السلبي لهذه

العوامل، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية الخطرة على صورة الجسد مثل الضغط الإعلامي حول الوزن والحجم المثالي، والتركيز على المظهر والعرق واللون وجميع هذه العوامل ساهمت سلبيا على صورة الجسد لدى النساء والفتيات، العديد من الدراسات اتجهت للاهتمام بصورة الجسد لدى الذكور وتوصلت نتائج الدراسة أن الذكور أقل قلقاً من الإناث حول صورة الجسد لديهم (Hargreaves & Tiggemann, 2006). بينما الدراسة التالية عرفت صورة الجسد من عدة أبعاد وحدد بعض الباحثين صورة الجسد بناء على الإدراك الحسي وآخرين ناقشوا صورة الجسد بناء على العوامل السلوكية أو المعرفية أو العاطفية، ترتبط صورة الجسد والسلوكيات الصحية بظهور السلوكيات غير الصحية، مثلاً تعتبر السمنة حافز قوي لممارسة الرياضة إلا إنها في نفس الوقت تمنعنا من المشاركة في النشاطات الرياضية بشكل منتظم كالالتزام بالاشتراك بصالات الألعاب الرياضية بسبب شعور القلق الذي قد يسيطر على الأشخاص والخوف من رؤية الآخرين لشكل الجسد في الملابس الرياضية، ما توصلت له الدراسة بضرورة الأخذ بعين الاعتبار عند تصميم أي تدخل صحي مع الأشخاص عوامل صورة الجسد لديهم بما يتعلق بالأكل الصحي وبرنامج التمارين الرياضية حيث أكدت الدراسة أن التأثيرات الخارجية الثقافية والاجتماعية ترتبط بنجاح هذه التغييرات، التنبؤ بالسلوك غير الصحي المضطرب مثل التطهير عند الرجال والنساء واستخدام المكملات الرياضية لزيادة حجم العضلات لدى الذكور والمواد الكيميائية سيساعد مستقبلاً في الكثير من الدراسات على فهم العمليات التي تساعد في المحافظة على الصورة الحسية للجسد دون الانخراط في السلوكيات غير الصحية لتغيير أجسادهم (Grogan, 2006).

### مفهوم صورة الجسد:

تعرف جمعية علم النفس الأمريكية (APA) صورة الجسد على أنها الصورة الكلية التي يكونها الدماغ عن الجسد ككل. بينما تعرف الجمعية الوطنية لاضطرابات الأكل صورة الجسد بأنها الصورة التي يرى بها نفسه وكيف يكون مشاعر حيال جسده وشكله ونفسه (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

معجم علم النفس والتحليل النفسي عرف صورة الجسد من منظور معرفي ذهني واختصرها بجملة " الفكرة الذهنية عن الجسم" واعتبرها الأساس في خلق الهوية الذاتية للفرد حسب ما ورد في المعجم، حيث يرى فرويد أن الهو يشمل الأنا وهي جزء منه تعرضت لتغيرات خارجية مباشرة من العالم الخارجي بواسطة إدراك الشعور (طه، 1989).

وعرف حسيني في دراسته مصطلح تشوه صورة الجسد على أن صورة الجسد "أحد مكونات الهوية الشخصية، وحدد الشكل الذي يكونه الشخص عن نفسه ليشمل قياساته وخطوطه وشكله ومشاعره" وحدد العناصر الأساسية لصورة الجسد لتتكون من كيف تفكر وكيف نشعر ثم كيف نتصرف اتجاه أجسادنا (Hosseini & Padhy, 2019) ، بينما عالم النفس يانغ شرح صورة الجسد على أنها "النموذج الأول للاوعي للشخصيات الذي يوجه إدراك المرء للآخرين بشكل انتقائي". (معمرى و ناجى، 2016، صفحة 14).

#### كيف تتكون صورة الجسد :

يشعر الأطفال الذين لديهم صورة صحية عن أجسادهم بالرضا سعادة بمظهرهم، وشعورهم بالراحة عندما يتحرك جسدهم أثناء اللعب، تنمو صورة الجسد الصحية مع الوقت بالتزامن مع مراحل النمو المختلفة تبدأ سعادة الطفل بجسده منذ الشهور الأولى فهم يحبون الركل واللعب بأصابع أقدامهم ومص الإبهام والحبو حتى يصلوا للمشي والوقوف عند قيامهم بهذه الأشياء بمفردهم يبدأ شعور الفخر لديهم، للوالدين دور مهم جدا في شعور الأطفال بالرضا عن أجسادهم من خلال إظهار مشاعر الحب بالعناق والرعاية واللعب معهم وتعليمهم مهارات جديدة حتى الابتسام لهم والثناء عليهم يشعرون بالفخر من أجسادهم، يبدأ الطفل بتكوين مشاعر إيجابية عن أجسادهم حين ينظر إلى نفسه بالمرأة ويتسم أو عند حصوله على زى مفضل أو حصوله على قصة شعر جديدة، يحاول الطفل منذ نعومة أظفاره على التنافس ومجاراة أقرانه وفعل ما يمكن للأطفال الآخرين القيام به وهذا ما يبني صورة أجسادهم الإيجابية، زيادة وعي الأطفال

بأجسادهم وكيفية الاعتناء بها ومدح المظهر الخارجي لهم بكلمات لطيفة يساعد على بناء صورة صحية لأجسامهم (Pesa, Syre, & Jones, 2000).

هذا ما أكدته الدراسة الحالية لدور الوالدين المهم في تعليم أبنائهم بناء صورة الجسد الإيجابية وتقبل وحب أنفسهم وتعزيز شعورهم بالانسجام مع الشكل الخارجي لهم دون الالتفات لما يقوله الآخرون أو يعتقدونه عن شكلهم الخارجي، تقبل الطفل لصورة جسده تساعد على بناء علاقات مليئة بالحب والاحترام يدعمها شعور الطفل بالثقة بنفسه، تعليم الطفل تقبل العيوب امر مهم جدا في المراحل المبكرة من النمو والنظر إلى هذه العيوب بإيجابية تعزز للطفل القدرة على مواجه المحن مستقبلا، يجب على الوالدين تحويل تركيز أبنائهم على الاهتمام بنوعية وجودة صحة أجسادهم دون الاهتمام بالوزن مثلا أثناء فترة نموهم (Liechty, Clarke, Birky, Harrison, & Team, 2016).

بناء صورة جسد صحية واحترام الذات تبدأ منذ الطفولة بالفكرة التي تتكون بعقل الطفل وليس ما يراه بالمرآة، هي صورة ذهنية عاطفية وتقبل هذه الصورة وعدم إظهار مشاعر الكره اتجاهها تعني صورة جسم صحية، وتقبل الفرد لذاته واحترامها يؤثر بشكل إيجابي على كيفية العناية النفسية والجسدية والروحية لها (de Brito, et al., 2010).

تقول عالمة النفس جين هيلس جيليان نيدلمان أن صورة الجسد هي صوت النقد السلبي ودور الإنسان الأساسي هو تحدي هذا النقد والعمل على كيفية إدارته والعمل على تقليل التركيز على عدم الاقتناع والإيمان بالنقد الداخلي، ويجب النظر إلى الجسد على أنه كيان كامل معقد وليس بعداً واحداً، وأن العلاقة طردية بين تقبل صورة الجسد والشعور بالرفاهية النفسية (Tylka & Wood-Barcalow, 2015)

### تشوه صورة الجسد:

تنوع وسائل الاتصال الحديثة ساهم في خلق بيئة خصبة ليضع الأشخاص انفسهم في مقارنات مع الآخرين وظهرت لديهم مخاوف حول شكل الجسم والعناية بالمظهر الذاتي واصبح الكثير منهم يعاني من تشوه صورة

الجسم الذي يعد احد الاضطرابات النفسية الشائعة في مرحلة المراهقة حيث يسيطر تشوه معرفي لدى الشخص بالتركيز على خلا وعيب في المظهر إما وهمي أو نوع من الشذوذ الجسدي البسيط، والدليل الخامس التشخيصي للاضطرابات النفسية صنفه ضمن اضطرابات الوسواس القهري مع الانشغال العقلي بواحد أو أكثر من العيوب الغير مرئية بعين الآخرين، مظهر المراهق في هذه الفترة يعتبر جزء أساسي في نموه وتطوره ووفق وجهه نظرهم التي تتميز بالحساسية يرتبط مظهرهم بشكل متين مع رضاهم عن انفسهم، وتبين أن هناك ترابط نفسي واضح بين صورة الجسد ومعنى الحياة وتشوه صورة الجسد لدى الطالبات المشاركات بالدراسة، وان المتغيرات التالية مثل عدم المرونة النفسية ومعنى الحياة وصورة الجسد قد لعبت الدور الأكبر في توقع الإصابة والمعاناة من اضطراب صورة الجسم لدى العينة والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند علاج اضطراب تشوه الجسد والذي يعتبر من الاضطرابات النفسية المنهكة والتي يصعب علاجها أحياناً بسبب سيطرة مشاعر افتراضية وانشغال عقلي شديد بعيب أو خلل وهمي في مظهر الشخص (Dastghir & Karimi, 2019).

صورة الجسد تؤثر بشكل واضح على تفكير الأفراد وشعورهم اتجاه أجسادهم، وظهرت العديد من الدراسات حول صورة الجسد السلبية لفهم الاضطرابات التي يعانيها الأفراد ووضع العلاج المناسب لها، هذه النظرة السلبية وما يرافقها من اضطرابات سلوكية صنفت وفق دليل تشخيص الاضطرابات النفسية باسم "باضطراب صورة الجسم" (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

ويعرف دليل الاضطرابات النفسية اضطراب تشوه شكل الجسم Body Dysmorphic Disorder "بنوع من أنواع الانشغال بواحد أو أكثر من العيوب المتعلقة بالمظهر الخارجي والتي قد تلاحظ أو يمكن ملاحظتها بشكل طفيف من قبل الآخرين"، يصاحب الاضطراب سلوكيات متكررة مثل تفحص النفس في المرآة، التبرج المفرط، ونزع الجلد، مقارنة مظهره مع الآخرين، قد يسبب الانشغال بالمظهر العام إحباطاً سريراً أو ضعف عام في مجالات الحياة المهنية والاجتماعية (Phillips, 2014).

ويصنف هذا الاضطراب على انه حالة عقلية تتطور لمرحلة الهوس تسيطر عليها أفكار حول عيب خلقي في الجسم يؤثر هذا الهوس بهذا العيب إلى اضطراب في نشاط الأفراد اليومي في عملهم ودراساتهم وحياتهم الاجتماعية، الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسد يعانون من أفكار لا منطقية فهم ينظروا لأنفسهم على أنهم أشخاص قبيحين ويعانون من مشاكل عاطفية مع الشريك أو الجنس الآخر وبعض الاضطرابات السلوكية، يصاب باضطراب تشوه الجسد كلا الجنسين ويبدأ من المراهقة ليستمر لما بعد البلوغ خاصة عندما يبدأ الأطفال في مقارنة أنفسهم بالآخرين، ما يميز هذا الاضطراب أن الشخص يكون مشاعر قلق بشأن جزء معين من الجسم، يصنف اضطراب تشوه الجسد بأحد أنواع اضطرابات القلق التي ترافقها طقوس متكررة من الهوس تصل أن ينظروا في المرآة لفترات طويلة في اغلب الحالات (Veale, 2004).

#### العوامل التي تساهم في تشوه صورة الجسد:

تعتبر النفس أحد مكونات شخصية الطفل وتتعرض للكثير من الاضطرابات النفسية الناتجة عن مؤثرات خارجية وعوامل مختلفة ومن هذه العامل: التعرض لضغوط متعددة سواء نفسية واجتماعية واقتصادية وأسرية مرتبطة بضعف التنشئة الاجتماعية وسوء التكيف الاجتماعي أثناء فترة المراهقة (أنيسة و بولبازين، 2018). الصورة الذهنية السلبية التي يكونها الفرد عن نفسه الناتجة عن الأفكار والمشاعر السلبية والتي تكون سبب في تعاسته واضطرابه (الخولي و عبد الله، 2018). أظهرت الأبحاث وجود علاقة غير مباشرة بين المبالغة لدى الأصحاء البالغين في تقدير شكل وطول أجزاء الجسم وضعف في الفص الجداري، بالإضافة إلى وجود عوامل خارجية تؤثر على صورة الجسد مثل الأسرة والأقران ووسائل الإعلام والثقافة وعلم النفس المرضي والعمر والحالة الاجتماعية واستهلاك الكحول والتدخين والوزن والنشاط البدني وحجم الجسم والجنس (Hosseini & Padhy, 2019). دراسة شملت مجموعة من المراهقين الكوريين أظهرت أن تشوه صورة الجسد امر شائع بين هذه الفئة وتعود الأسباب وفق النتائج إلى المواقف السلوكية المضطربة والعمر والجنس (Hyun, et al., 2014) الاعتداء والعنف الجسدي في مقدمة العوامل التي تساهم في تشوه صورة الجسد يليه الاعتداء الجنسي في الطفولة (Treuer, Koperdák, Rózsa, & Füredi, 2005)، ويعتبر الاعتداء

الجنسي مؤثر مباشر على قدرة إدراك وتفسير الضحية لصورة الجسد وملكية الجسد بحيث تتشوه الصورة لتصبح حدود الجسد غير واضحة المعالم (Taylor, 2017).

### تصنيف اضطراب تشوه الجسم:

وفق تصنيف DSM5 قد فسر هذا الاضطراب على انه انشغال شديد بعيب طفيف في الشكل الخارجي للجسد ويعاني المريض من ضعف في الأداء الاجتماعي أو المهني، كشف مسح وبائي أن نسبة انتشار الاضطراب بين سكان الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب 2.5% بين عامة السكان، وفق dsm5 تم تصنيف المرض على أنه مرض عقلي قائم بذاته ضمن فئة الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة تحت مسمى *dysmorphobia*، خلاصة الدراسة أن الاضطراب يتصف بسلوكيات متكررة أو أفعال عقلية تتعلق بمخاوف في المظهر وهذه سمة أساسية من سمات اضطراب BDD (Boddy Dysmorphic Disorder) (Schieber, Kollei, de Zwaan, & Martin, 2015).

تبلغ نسبة انتشار الاضطراب 2% وهي أعلى نسبة بالمقارنة بأمراض القلق الأخرى مثل الوسواس القهري أو فقدان الشهية العصبي، ويؤثر الاضطراب بشكل واضح على الأداء المهني والاجتماعي ويعاني المريض من التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار المتكررة أو النجاح في أحد المحاولات، ويصف المصابين أجزاء الجسم المهوسين فيها بأوصاف وطقوس متطفلة والتي قد تحدث هذه الطقوس بمعدل 3-8 ساعات يوميا، يرافق هذه الطقوس مشاعر قسرية مؤلمة ومتكررة مثل القلق والضيق وغيرها، للمطابقة مع معايير DSM5 يجب أن يعاني المريض في هذه المرحلة بواحد أو أكثر من سلوكيات متكررة مضطربة لتكون استجابة واضحة للاضطراب مثل نزع الجلد لإخفاء الشوائب أو دباغته أو وشمه والكثير من الاستجابات المتطرفة (Phillips, 2014).

## كيف تتشوه صورة الجسد :

ما أثبتته الدراسة التالية حول آثار التعرض للاعتداء الجنسي في الطفولة التي تكونت من عينة من 1664 امرأة منهن (832) تعرضن لاعتداء جنسي (832) لم يتعرضن لأي نوع من أنواع العنف، بينت الدراسة أن الاعتداء الجنسي على هؤلاء النساء أثر على كل جوانب ومجالات حياة الناجيات واصبحن بحاجة إلى المساعدة على المدى الطويل، أثر بشكل واضح على عدم الرضا عن صورة أجسادهن الخارجية والوعي الذاتي وقلة الرضا عن انفسهن أثناء العلاقة الجنسية مع الشريك، وأكدت الدراسة أن هناك علاقة وثيقة بين إساءة معاملة الأطفال واضطرابات الأكل والتعرض لعنف جسدي أو جنسي أو إهمال عاطفي أو سوء معاملة عاطفية في الطفولة أثر بشكل سلبي وواضح على الصورة الذاتية السلبية للطفل عند البلوغ (Kearney-Cooke & Ackard, 2000).

في أوائل القرن العشرين بعد انتشار الكثير من الاضطرابات التي يصعب تحديد أسبابها درس مجموعة من أطباء الأعصاب مثل شليدروهيدي الأسباب التي تؤدي إلى معاناة الأفراد من اضطرابات عصبية مزمنة، ووجد الباحثون أن سوء صورة الجسد أساس لكثير من الأمراض النفسية المزمنة مثل النهم العصبي وفقدان الشهية العصبي ويسبب نتائج طويلة المدى ومأساوية على صحة الشخص الجسدية والنفسية وتشوهات نمطية عصبية في الإدراك وتدني في تقدير الذات، تناولت الدراسة الجانب المهم في تأثير صورة الجسد التي تتطور وتتمو مع بداية سن الثانية على البالغين كونها متغير ديناميكي يتأثر بتفاصيل بسيطة مثل شكل الملابس ولونها بالإضافة إلى التقدم في السن، أظهر البحث بناء على دراسة على أطفال مدارس من عمر (6-12) سنة أن 40-50% أظهروا عدم رضاهم عن شكل أجسامهم أو جزء منه، وصورة الجسد السلبية تعزى إلى عدم القدرة على إدراك صورة الجسد الأصلية عن الصورة المثالية وهذا يؤدي إلى الاستياء لدى البالغ اتجاه صورة جسده الأصلية، والملفت أن الدراسة أثبتت أن المراهقين الذين تربطهم علاقة جيدة مع والديهم اقل معاناه عن عدم الرضا عن صورة الجسد (Hosseini & Padhy, 2019).

دراسة سابقة حققت وبحثت في آثار التعرض لصور Instagram الأصلية والمتلاعب بها وتأثيرها على صورة جسم الفتيات المراهقات، شارك بالدراسة نحو 144 من الفتيات من عمر 14-18 سنة تم اختيارهم بشكل عشوائي من خلال البحث على الانستغرام لصورة شخصية أصلية لكل فتاه أو صورة تم التلاعب فيها باستخدام تقنيات الفلاتر أظهرت الدراسة أن الصورة التي تم التلاعب فيها حصلت على دعم إيجابيا أكثر من الصورة الأصلية بالإضافة أن الصورة التي تم التلاعب فيها أدت إلى انخفاض صورة الجسد لدى الفتيات أكدت الدراسة أن المراهقين يقيمون مقارنة من حيث الطول والوزن وصورة الجسم الخارجية (السمات الجسدية) مع أقرانهم من خلال الصورة المنشورة وهذا يؤثر على صورة أجسادهم تحاول الدراسة الحالية توضيح العلاقة من خلال التحقيق في آثار التعرض لصورة الانستغرام الأصلية والمتلاعب فيها لأقرانها على صورة جسم الفتيات المراهقات، بينت الدراسة أن الصورة السلبية لدى الفتيات خاصة عن صورتهم الخارجية مرتبطة بمشاهدة النماذج والصورة المثالية النحيفة مما يزيد من شدة تأثير وسائل التواصل على المراهقين هو تفاعلات الأقران تتكون لدى الفتيات خاصة معتقدات أن مقارنة انفسهن بصور تم إخضاعها للتلاعب كونت لديهن فكرة أن مقارنة صورهم التي خضعت لتغيير بأشخاص مشابهين لهن دون الانتباه أنهن مشاهير ولا تشابه بينهم (Kleemans, Daalmans, Carbaat, & Anschutz, 2018).

### تأثير العنف الجسدي والجنسي على نشاط الدماغ:

يخلق دماغ الطفل بمليارات الخلايا العصبية والتي تقدر ب 100 مليار خلية عصبية منذ الولادة والتي تساوي تقريبا عدد نجوم مجرة درب التبانة، منها تريليون خلية تسمى (glial cells) والتي تقوم بتغذية وحماية الخلايا العصبية، بعد الولادة مباشرة يبدأ الدماغ بالتعرض لسلسه من المتغيرات المتلاحقة والتي تستمر لسن العاشرة أو قبل والتي يتكون فيها أنماط فريدة من الفكر والعاطفة، الأطفال الذين لم يحصلوا على بيئة محفزة تتكون من اللعب أو لم يحصلوا على ملامسات متكررة من الأهل والمحيطين وجدت الدراسة أن تطور الدماغ لديهم لم يتعد 20%-30% وهذه نسبة أصغر من التطور الطبيعي للدماغ في هذه المرحلة، وهذا يعيق إنتاج أدمغة ثرية لعدم تكون المشابك العصبية لكل خلية، جميع الدراسات أكدت على ضرورة حصول الطفل على

تجارب محفزه مثل احتضان الطفل والتحدث معه، يعتبر العام الأول للطفل هو أهم عام لنمو دماغه وهذا يظهر بشكل واضح للأطفال الذين تعرضوا لإهمال أو سوء معاملة في هذه المرحلة لصعوبة إزالة الآثار الناتجة عن إهمالهم والإساءة لهم، الجميل بالدراسات اللاحقة التي أكدت أن دماغ الأطفال تتميز بالمرونة مما يساعد على القدرة على التغلب على التجارب وما تحمله من تغيرات دماغية، وتلعب البيئة والمشاكل التي يتعرض لها الطفل في مرحلة النمو دوراً أساسياً في تشكيل الدماغ ونموه (Nash, 1997).

ولعب الآباء دوراً أساسياً في تكوين دوائر عصبية تساعد الأطفال على تنظيم ردود أفعالهم واستجاباتهم للتوتر، من خلال تتبع أطفال تعاني أمهاتهم من اكتئاب لمدة ست سنوات أظهرت النتائج انخفاض ملحوظ في نشاط الفص الجبهي الأيسر المنطقة المسؤولة عن الفرح والمشاعر الجميلة، اللافت في النتائج أن ليس كل الأطفال المولودون لأمهات مكتئبات لديهم نمط شاذ في موجات الدماغ خاصة المكتئبات اللواتي تمكن من تجاوز الاكتئاب وأظهروا اهتماماً لأطفالهم بالرغم من المرض، هذا يؤكد ما توصل له العلماء النفسيون حول أهمية التجربة المبكرة في نمو الدماغ (Nash, 1997).

عملية النمو الطبيعي للدماغ البشري تبدأ منذ الأسبوع الثالث من الحمل بسلسلة من العمليات الديناميكية التكيفية المعقدة لتطوير الوظائف العصبية الجديدة، يبدأ النمو الأولي للدماغ والجهاز العصبي في الأسبوع الثامن من الحمل وفي نهاية الأسابيع الأخيرة من الحمل يكتمل نمو المهاد القشري (thalamocortical pathway)، ينمو ما يقارب 90% من حجم الدماغ في عمر 6 سنوات، وتحدث إنتاج للبروتينات التي تعتبر عامل نشط في التطور البيولوجي لاستمرار العملية المعقدة لتطور الدماغ الذي يتكون من 100 مليار خلية عصبية المسؤولة عن معالجة أفكارنا ومشاعرنا وأفعالنا، وتلعب الخبرة دوراً أساسياً في تنمية ونمو الدماغ والتي بدورها تنظم نضوج القشرة الدماغية الحديثة التي تعتبر المحور الأساسي في تطوير تنظيم الدماغ الطبيعي، والتجارب المبكرة للإنسان هي التي تلعب الدور الأساسي في تكون الزخرفة القشرية للدماغ (cortical patterning) والتي تحتاج إلى مدخلات وتجارب تعمل

على تطور الدماغ بشكل مختلف ونقص هذه المدخلات أو تشوهها يؤدي إلى تطور مناطق الدماغ بطرق مختلفة (Stiles & Jernigan, 2010).

الكثير من الدراسات تناولت موضوع تطور الدماغ خاصة مع ظهور تقنيات التصوير العصبي الحديثة، تشمل دراسة تطور الدماغ جانبان أساسيا هما البنية والوظيفة ويدرس هذه التغيرات علم يسمى علم الأعصاب الإدراكي التتموي (Developmental Cognitive Neuroscience) الذي يدرس نشاط الدماغ بتقنيات التصوير العصبي (MEG) تقنية قياس النشاط الكهربائي وتقنية (EEG) تخطيط الدماغ المغناطيسي بالإضافة إلى تقنيات أخرى متخصصة لقياس نشاط الدماغ العميق بدقة عالية، يقوم الدماغ بأداء وظائفه وتنفيذها من خلال شبكة ناتجة عن التفاعلات بين مناطق الدماغ المختلفة وهذا أساس فهم تطور وظائف الدماغ وبالتالي فهم السلوك البشري بشكل سليم ويساعد علم الأعصاب التتموي الإدراكي من خلال استخدام تقنية التصوير العصبي في الوصول إلى تفسير واضح لوظائف الدماغ (Morita, Asada, & Naito, 2014).

علم الأعصاب التتموي للمراهقين بدأ بالظهور منذ عشر سنوات تقريبا، يدرس البحث الحالي الدراسات الجديدة التي تشرح التطور السلوكي للمراهقين، يختلف دماغ المراهق عن دماغ الطفل أثناء فترة التطور والنمو من ناحية الوظيفة والتشكل والهيكل العام للدماغ والدوائر والأنظمة، والاختلاف الأساسي يكمن في المادة الرمادية والاتصال الهيكلي والمادة البيضاء والنقل العصبي، العديد من أشكال الاضطرابات النفسية تتفاقم خلال فترة المراهقة ناتجة عن خلل في التنظيم العاطفي مثل الاكتئاب وتعاطي المخدرات واضطرابات الأكل وهذا يعزز الفرضية التي تقدر أن بعض الاضطرابات ناتجة عن خلل في إعادة تشكيل نظام الدوبامين في الدماغ أو تغيرات في قشرة الفص الجبهي (Steinberg, 2010).

يتحكم الجهاز العصبي بالسلوك البشري ويجري عدد هائل من العمليات العقلية من خلال معالجة المعلومات الحسية من خلال التشابك بين الخلايا داخلها وخارجها التي تتكون من شبكات عصبية معقدة ودقيقة تساعد

الجهاز العصبي على أداء وظيفته بطريقة رائعة، معالجة المعلومات في الدماغ البشري تتم من خلال استخدام 1011 خلية عصبية بالاتصال بالخلايا العصبية الأخرى عن طريق ما يقارب 1000 وصلة أو مشبك عصبي المحرك الأساسي الحامل للمعلومات بين الخلايا والمشابك العصبية هي الناقلات العصبية ويعتبر الاستيل كولين أول ناقل عصبي تم اكتشافه سنة 1926، حيث يقوم الجهاز العصبي بمعالجة المعلومات من خلال الناقلات العصبية التي تلعب دوراً أساسياً ومركزياً في وظائف المخ والتحكم في هذه الناقلات العصبية علاجياً له دور حاسم في علاج الاضطرابات النفسية والعصبية ومجموعة أخرى من الأمراض، بالإضافة إلى المواد السامة مثل الكحول والنيكوتين والأفيون والكوكايين والتي تثبط عمل الناقلات العصبية لتقوم بدور يحاكي عمل هذه الناقلات وبالتالي إحداث تأثير مدمر على السلوك البشري (Hyman, 2005).

خلال الثلاثين سنة الماضية العديد من الأبحاث ركزت بشكل واضح على تأثير الناقل العصبية على نشاط الدماغ وردود الفعل السلوكية الناتجة عن هذا النشاط ويعتبر الناقل العصبي السيروتونين احد المواد الفعالة الموجودة في الدماغ وله تأثير عميق على الكثير من الأنظمة الفسيولوجية مثل التنفس وتنظيم حرارة الجسم والعديد من الوظائف السلوكية بالإضافة إلى دورة النوم والاستيقاظ والسلوك الجنسي والعوانية وحساسية الألم والتعلم، العديد من الأبحاث وجدت أن الناقل العصبي السيروتونين له تأثير واضح على وظيفة مجموعة من الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات القلق بأنواعها، وفقدان الشهية العصبي، واستنفاد السراتونين يؤدي إلى عدم القدرة على قمع السلوك العدواني لاعتباره ناقل عصبي مسؤول عن تثبيط العدوان، الدراسات أثبتت أن تثبيط السيروتونين في دماغ الفئران أدى إلى تطور القدرة على القتل، وضعف إفرازه أدى إلى خلل في التحكم بالانفعالات والدور الذي يلعبه مع مرضى الاكتئاب إذ يساهم حدوث أي خلل في هذا الناقل إلى اضطراب اكتئابي شديد مع ظهور أعراض اكتئابية حادة تتعلق بالمزاج والشهية والميول الانتحارية واضطرابات جنسية ومعرفية، توصي الدراسة بأهمية التركيز على استخدام السيروتونين لتنشيط فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب لزيادة فعالية العلاج الدوائي للاكتئاب (Lucki, 1998).

من النواقل العصبية والتي لها دور أساسي في تنظيم نشاط الدماغ هو الدوبامين حيث يتحكم في الإدراك والعاطفة وتناول الطعام وتنظيم الغدد الصماء والنشاط الحركي وإفراز الهرمونات وحركات الجهاز الهضمي والخلل في انتقال الدوبامين يؤثر على العديد من الحالات المرضية مثل الفصام ومرض باركنسون، ظهر الدليل الواضح على وجود ناقل الدوبامين في الجهاز العصبي عام 1972 ويعتبر احد اكثر النواقل العصبية الموجودة بالدماغ لما له من أهمية في تنظيم عمل الوظائف الفسيولوجية في الجهاز العصبي المركزي (Vallone, Picetti, & Borrelli, 2000)، وتتنوع هذه الوظائف الفسيولوجية للدوبامين في الدماغ حيث يتحكم في إدارة العديد من الاضطرابات النفسية والعصبية مثل ثنائي القطب والاكتئاب والفصام، حيث يقوم الدوبامين في التحكم بالنواقل العصبية السريعة مثل الجلوتومات وهذا دفع إلى ظهور اتجاه جديد لإضافة الدوبامين في علاج العديد من الأمراض ابرزها فصام الشخصية، ويعتبر من أحدث أدوية مضادات الذهان المعتمدة سريريا خاصة بعد تطوير أساليب العلاج من خلال إحداث إشارات في الخلايا المصابة وهذا يساعد بشكل كبير في إنتاج جيل جديد من علاجات وأدوية قائمة على إشراك مستقبلات الدوبامين في تركيبها وهذا يساعد في علاج العديد من الاضطرابات المرتبطة بالخلل الناتج عن إنتاج الدوبامين (Beaulieu, Espinoza, & Gainetdinov, 2015).

العالم رامون واي أول من ارجع فكرة تغير الدماغ وأكد أن التجارب السبب الأساسي في إحداث هذا التغير ويتم فحص أي تغير في الدماغ ونشاطه من خلال مراقبة الخلايا العصبية ودرجة تغيير وظيفتها بعد تعرضها لتأثيرات التجارب المختلفة، يتكون الدماغ من الخلايا الدبقية الصغيرة والتي تظهر عند حدوث إصابات في الدماغ، ما يحدث عند الإصابة هو تتضرر القشرة وإحداث تغير فيها وهذا التغير يؤدي إلى اختلاف في ليونة الدماغ التي تؤثر بشكل سلبي على السلوك (Kolb, Forgie, Gibb, Gorny, & Rowntree, 1998).

العديد من التجارب المؤلمة تؤثر بشكل سلبي على نمو الدماغ والأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة في الطفولة تم تشخيص إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة وظهرت عليهم تغييرات وزيادة في بعض مستويات

النواقل العصبية وضمور في حجم الدماغ، تم فحص الدماغ للمراهقين المشاركين بالعينة باستخدام الرنين المغناطيسي والتصوير التشريحي أظهرت النتائج انخفاض في حجم الحصين واللوزة الدماغية والقشرة الأمامية ونتائج الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة اظهر تغيرا واضحا في حجم الجمجمة الدماغية بالنسبة لأقرانهم من نفس السن والذين لم يتعرضوا لسوء معاملة وصددمات (De Bellis, et al., 1999).

بحثت الأدبيات التالية تأثر بنية الدماغ للأطفال الذين لديهم تاريخ من الاعتداء الجنسي في الطفولة والتي تؤدي إلى مشاكل في الصحة العقلية والسلوكية مثل القلق والاكتئاب والإدمان والتعاطي والعجز الجنسي، تمت مقارنة نساء لم يتعرضوا لاعتداء جنسي بأولئك الذين تعرضوا لاعتداء وأكدت الأبحاث المبتكرة وجود فروق عصبية ومعرفية في بنية الدماغ، نتائج الدراسة أظهرت اختلافا واضحا وتميزا في زيادة تدفق الدم الدماغية في القشرة الأمامية للأشخاص الذين لم يتعرضوا لأي شكل من العنف الجنسي على عكس الأشخاص الناجين من الاعتداء الجنسي مع أو بدون أعراض اضطراب ما بعد الصدمة فقد عانوا من انخفاض وتدني في تدفق الدم الدماغية داخل هذه المنطقة العصبية وهذا أدى إلى معاناتهم من ضعف وصعوبة في اتخاذ القرارات المعقدة، وانخفاض القدرة على تقليل أو مواجهة الاستجابات الناتجة عن الخوف وصعوبة في اتخاذ القرار وتفسير المعاني العاطفية. (Blanco, et al., 2015).

مجموعة من الدراسات والأبحاث السريرية على الرئيسيات (الثدييات) غير البشرية أظهرت التأثير الكبير على بنية ونمو الدماغ الناتج عن تأثيرات الشدائد خاصة في فترات النمو الحرجة والتي تسبب في الغالب اضطرابات جسدية متعددة، معظم الدراسات والمراجعات أظهرت أن ما يعرف بـ corpus callosum تأثرها الواضح في حدوث المرض النفسي لدى الأطفال والشباب مما يؤثر على سلامة المادة البيضاء في خلايا الدماغ وهذا ما أثبتته نتائج دراسة على مجموعة من المراهقين الذين شخصوا بإصابتهم بأمراض نفسية ناتجة عن الاعتداء الجنسي في الطفولة، النتائج أظهرت انخفاض مساحة المادة البيضاء لدى هؤلاء المراهقين الناجين وخلل في مادة الميلانين في بعض مناطق الدماغ وانخفاض حجم الحصين لديهم، أظهرت

النتائج أيضا أن الفتيات اللواتي تعرضن لاعتداء جنسي أثر بشكل واضح على حجم (corpus callosum) (Rinne-Albers, et al., 2016).

### 1.3 العنف الجسدي والجنسي:

تشمل كلمة العنف العديد من الطرق التي يعتمد أي شخص بالغ أن يضر بفرد أكثر ضعفا جسديا ونفسيا ويشمل العديد من الأشكال: العنف الجسدي هو أي إصابة جسدية متعمدة وتشمل الصفع والركل والخنق والدفع والقرص أو استخدام القيود الجسدية أو استخدام المخدرات، العنف الجنسي هو اتصال جنسي دون موافقة الطرف الآخر اتصال غير مرغوب فيه يشمل اللمس واللواط والعري القسري ومشاهدة صور ومشاهد جنسي أو اغتصاب أو هتك عرض، الإساءة العاطفية هي تعنيف الشخص عاطفياً في محاولة لإيذائه بإحداث ألم عاطفي وعقلي عن قصد تشمل التهيب والسخرية أو محاولة عزل طفل عن العائلة أو الأصدقاء، الإهمال وسوء الرعاية هي حرمان شخص ما من الرعاية والاهتمام اللازم للحفاظ على الصحة البدنية والعقلية تشمل عدم توفير الماء والغذاء والمكان الآمن للعيش والعلاج والرعاية الصحية، علامات العنف \*كدمات وإصابات في مناطق متفرقة في الجسم مثل إصابات حول العين وتمزقات وعلامات ضرب وتكسر أطراف وجروح في مناطق مختلفة وعاهات مستديمة \*قد تظهر كدمات حول الأعضاء التناسلية أو الإصابة بمرض جنسي أو نزيف مهبلي أو شرجي لا تفسير طبي له أو تمزق في الملابس أو وجود آثار دموية عليها، علامات الإهمال تظهر بسوء التغذية والجفاف وتقرحات جسدية غير معالجة سوء نظافة شخصية ومشاكل صحية أو ظروف معيشية خطيرة مع عدم توفر مكان آمن للعيش، أو وجود الطفل في بيئة غير نظيفة مثل المعاناة من القمل والبيئة المنزلية القذرة وعدم وجود نظافة مكان أو طعام (Mahoney, 2011) .

### العنف والاعتداء الجنسي:

يعرف الاعتداء الجنسي على الأطفال بأنه أي اتصال جسدي جنسي مع الطفل ويحدث بتوفر شرط من الشروط الثلاث التالية: \*فرق كبير بالعمر بين الطفل المعتدى عليه والمعتدي \*عندما يكون المعتدي ذو

سلطة أو هو المسؤول عن رعاية الطفل \*تكرار حدوث الاعتداء باستخدام التهديد والتخويف أو الخداع، عوامل الخطر المسببة للاعتداء على طفل دون آخر هي ضعف الإشراف العاطفي والحرمان وأثبتت الدراسات أن الحرمان الاجتماعي والاقتصادي لا يشكلان أي خطر في زيادة نسبة الاعتداء، أعراض الاعتداء الجنسي الشائعة تتمثل في مستويات عالية من الخوف والكوابيس والرهاب والقلق وتتطور إلى اكتئاب وعدوانية والخوف والجري بعيدا قد يعاني الطفل من مشاكل دراسية مفاجئة أو سلوكيات انتحارية أو تعاطي مخدرات، لا تختلف طرق التعبير عن الأعراض بين الذكور والإناث وتتشابه إلى حد كبير، من المهم جداً إدراك أن الكثير من الأطفال لا تظهر عليهم آثار الاعتداء وتصل النسبة إلى 40% للمعتدى عليهم جنسياً دون أي مؤشرات (Finkelhor, 1984).

يرافق الاعتداء الجنسي على الأطفال عواقب وخيمة لها تأثيرات طويلة المدى تشمل الشعور بالعار والذنب والشعور الحاد بالخيانة، والصدمة والعجز، وصعوبات تكوين علاقات اجتماعية والحفاظ عليها والمعاناة من المشاكل الصحية (Brown & Saied-Tessier, 2015).

### آثار العنف الجنسي والجسدي على الصحة النفسية وتشوه صورة الجسد:

للعنف بكافة أشكاله خاصة الجسدي والنفسي والجنسي آثار طويلة المدى على الصحة العقلية والنفسية والصحة بشكل عام، العديد من الدراسات أثبتت أن الاعتداء الجسدي والجنسي مرتبط ارتباطاً فعلياً بالعديد من الآثار النفسية والجسدية مثل القلق والاكتئاب واضطراب الأكل والإدمان، خلاصة الدراسة بحثت أن إساءة المعاملة طويلة المدى على الأطفال لها نتائج صحية ضارة على الصحة العامة للناجين (Diaz, Simantov, & Rickert, 2002).

عرفت منظمة الصحة العالمية إساءة معاملة الأطفال بأنها (جميع أشكال سوء المعاملة الجسدية والعاطفية والاعتداء الجنسي والإهمال والاستغلال التي تؤدي إلى ضرر فعلي أو محتمل لصحة الطفل أو نموه أو كرامته) تشمل الإساءة أربع أنواع أساسية: الإهمال، والإيذاء الجسدي، والإيذاء النفسي، والاعتداء الجنسي. العديد من

العوامل تؤدي إلى سوء المعاملة مثل معاناة الطفل من أحد الأمراض المزمنة أو الإعاقة، من الصعب معرفة أو تمييز الطفل الذي يعاني من سوء المعاملة بسبب الخوف من المعتدي، نتيجة لذلك يفشل الشخص المعنف في الوصول إلى المساعدة أو طلبها والحصول على الحماية في مراكز الحماية وخدمات الأطفال، ويستمر تعرض الطفل لسوء المعاملة والتعنيف وقد يفضي هذا العنف إلى الموت في كثير من الأحيان (National Research Council, 2014).

### الآثار طويلة المدى على الصحة النفسية والجسدية للمعتدى عليهم:

العديد من الدراسات أثبتت الآثار طويلة المدى على الصحة النفسية والجسدية للمعتدى عليهم ففي الدراسة التالية التي خصصت لقياس آثار هذا العنف على نساء تعرضن بالطفولة لإيذاء نفسي وجسدي وعاطفي من خلال استبيان مجهول الهوية، أبلغت نصف العينة (53%) عن تعرضهم للإساءة في مرحلة الطفولة، 28.9% تعرضهم لنوع واحد على الأقل من الإساءة، و5.4% لكل أنواع الإساءة الثلاثة و18.7% لنوعين من الإساءة الملفت بنتائج الدراسة أن النساء المعتدى عليهن خضعن للعديد من جلسات العلاج في المستشفى بسبب تعدد الأمراض العضوية لديهن وانخفاض المناعة الصحية بشكل ملحوظ وتراوحت شدة المرض بناء على شدة الإساءة ومدتها في الطفولة، ولاحظ الباحثون أن الحالة الصحية لهؤلاء النساء زادت سوء مع التقدم في العمر بالرغم من تلقيهن العلاج المستمر والرعاية الصحية، وخلصت الدراسة أن إساءة معاملة الأطفال في مرحلة الطفولة لا تضعف فقط الصحة الجسدية للأفراد وإنما تؤثر بشكل واضح على الصحة العقلية للنساء المعنفات في البلوغ (Moeller, Bachmann, & Moeller, 1993).

### السمنة وعلاقتها بالاعتداء الجنسي والجسدي:

تعزى المعاناة من السمنة لدى البالغين وفق الدراسات أحياناً إلى التعرض للاعتداء الجنسي في الطفولة فحسب الدراسة أن ثلث النساء تعرضن لاعتداء يقابلهن ثمن من الرجال تعرضوا لنفس الإساءة، أثبتت الدراسة أن تاريخ الاعتداء الجنسي لدى الأطفال هو عامل خطر للسمنة، مع وجود

علاقة بين الاعتداء الجنسي ((CSA - Child Sexual Abuse)) وتشخيص اضطراب الأكل لديهم، شملت العينة 145 مريض مصابين باضطراب الأكل القهري وتبين أن 3% لديهم تاريخ من الاعتداء الجنسي، اعتبرت الدراسة أن السمنة واضطراب الأكل القهري هو وظيفة تكيفية حالية للحماية الذاتية أي إنها وسيلة لحماية انفسهم من الاعتداء (Sarwer & Heinberg, 2020).

### الأمراض الصحية المزمنة الناتجة عن الاعتداء الجنسي:

كاهيل وآخرون قاموا بإجراء بحث على البالغين من كلا الجنسين عن تأثير الاعتداء الجنسي عليهم، وأظهروا أن كلا من الرجال والنساء في مرحلة متقدمة من اضطرابات الصحة النفسية والعديد منهم يعانون من آلام الظهر المتكررة. قيء، صعوبة في النوم، آلام في المعدة، صعوبة في التبول، إسهال متكرر أو إمساك. بالإضافة إلى المشاكل النفسية كالاكتئاب والغضب والخوف واضطرابات الشخصية. خرجت الدراسة بتوصيات حول ضرورة الكشف عن تاريخ إساءة معاملة الأطفال للبالغين الذين يذهبون إلى العيادات العامة للعلاج، حيث أكدت الدراسة أن المعاناة الجسدية سببها الاعتداء الجنسي والجسدي في مرحلة الطفولة (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2003).

### الآثار النفسية على الذكور المعتدى عليهم جنسياً:

دراسة بعنوان السمات السيكولوجية للذكور المعتدى عليهم جنسياً، هذه الدراسة تم تطبيقها على عينة من الضحايا الذكور على عكس كافة الدراسات التي تناولت الاهتمام بالنساء ضحايا الاعتداءات. خلاصة الدراسة أكدت أن الذكور الذين تعرضوا لاعتداء غلبت عليهم مشاعر الدونية وانعدام المعنى ونقصا في الكفاءة الذاتية واكتئاب وثقة أقل بالآخرين مع عدم القدرة على التحكم بحياتهم والمعاناة من العزلة، وأشارت الدراسة أن الإناث ضحايا الاعتداء أظهروا رضا أكثر في علاقاتهم مع الجنس الآخر وارتباطاً أكثر بالمنزل والحياه الأسرية بينما الذكور كان لديهم صراعات في العلاقات مع الإناث وشعور أكبر بانعدام المعنى ونقصا في الكفاءة الذاتية واكتئاب انتحاري وانسحاب مع المعاناة من المشاعر غير الواقعية (Boisso, 1989).

هذا ما كشفته الدراسة الحالية التي بعنوان *The effects of child sexual abuse* عن عواقب واسعة النطاق وخطيرة تنشأ بعد تعرض الطفل للاعتداء الجنسي والتي قد تستمر مدى الحياة، يؤثر الاعتداء الجنسي على رفاهية الأطفال النفسية والجسدية، يعيشون بعد هذه التجربة مجموعة من المشاعر السلبية منها الغضب والخوف والشعور بلوم الذات والحزن والارتباك وغالبا ما يكونوا غير قادرين على التحدث عما حدث، عانى المشاركون في المنتدى حسب الدراسة من الاكتئاب والقلق وإيذاء النفس والانتحار ونوبات هلع وهواجس وتعاطي كحول ومخدرات، وفق شهادة أحد المشاركين وصف الاعتداء الجنسي (إنه تاريخي، إنه جسدي، لكن الاعتداء العقلي يستمر للأبد) (Jay, Evans, Frank, & Sharpling, 2018).

#### **اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن الاعتداء الجنسي على الأطفال:**

يرتبط اضطراب ما بعد الصدمة بالتجارب والصدمات التي يتعرض لها الفرد في الطفولة، يتأثر ملايين من الأطفال بالآثار الناتجة عنها، وغالبا لا يتم تقدير ومعالجة الآثار العاطفية وبالتالي يكون التأثير طويل المدى خاصة آثار الاعتداء الجنسي والجسدي والعنف المنزلي، ويظهر تأثير الصدمات في تثبيط التطور في السلوك والتعاطف مع إعاقة الفرد نحو التكيف نتيجة الصورة التي يكونها الشخص عن نفسه بسبب مشاعر الحزن ولوم الذات ورؤية الذات على أنها غير فعالة، كل هذه التغيرات ناتجة عن التغيرات في نمو الدماغ وهذا يسمى بـ(هرمون الإجهاد) والذي ثبت أن له تأثير عميق على الدماغ، يعتبر الاعتداء الجنسي والجسدي احد المؤشرات القوية على التفكير بالانتحار على الأطفال ومرتبطة ارتباط مباشر بمحاولات الانتحار وسبب أساسي لتكرار الأفكار الانتحارية لدى البالغين وأيضاً مرتبطة ارتباط مباشر بالآثار النفسية الخطيرة طويلة الأمد مثل الاضطرابات الجنسية والاكتئاب والقلق والغضب والتفكير الانتحاري والخوف في البلوغ بالإضافة إلى تشوهات في تطور الدماغ (Bahk, Jang, Choi, & Lee, 2017).

## الممارسات الأبوية العنيفة:

تتنوع السلوكيات العنيفة من الكبار التي يتعرض لها المراهق، فقد يتعرض الطفل في هذه المرحلة لعدة أشكال من الإيذاء والعنف سواء كانت نفسية أو جنسية، يعرف العنف بأنه عنف أو تهديد جنسي وجسدي، تهريب، ملاحقة، رقابة مالية، بالإضافة للعنف الجسدي وما ينتج عنه من آثار جسدية وتشوهات دائمة، يتطلب حماية الأطفال من العنف في كثير من الأحيان تحويلهم إلى مكان آمن لإنقاذ حياتهم لتجاوز التجربة التي مروا بها وتقديم المساعدة العلاجية النفسية المناسبة (Dovi, et al., 2022).

## الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفس جسدية) وارتباطها بالعنف الجنسي والجسدي:

أيضاً فقدان الشهية العصبي الذي يعرف على أنه اضطراب نفسي مرتبط بسلوكيات الأكل غير المنظمة ويشملها اضطراب في العواطف والأفكار، تربط الدراسة بشكل مباشر بين إساءة معاملة الأطفال وحدوث إحدى اضطرابات الأكل في البلوغ خاصة الإساءة العاطفية والتي تربطها علاقة قوية مع اضطرابات الأكل، أثبتت الدراسات ظهور أعراض فقدان الشهية العصبي مثل صورة الذات السلبية والقلق من التغيير في الوزن وعدم القدرة على التكيف، البالغين الذين عانوا من سوء معاملة وإهمال أو إساءة في الطفولة ظهر لديهم اضطراب سلوكي ومشاكل في عملية التفكير العاطفي، وضحايا سوء المعاملة اظهروا استجابة نشطة للكورتيزول وهذا يؤدي إلى انعدام الشعور بمعنى للحياة وأعراض اكتئابية مضطربة، الدراسة أكدت على وجود علاقة إيجابية قوية بين اضطرابات الأكل وفقدان الشهية العصبي مع حدوث خلل في التنظيم العاطفي وسوء المعاملة بالطفولة (Rai, Mainali, Raza, Rashid, & Rutkofsky, 2019).

## تدني تقدير الذات:

احترام الذات وتقديرها من اقدم المفاهيم في علم النفس، عرف ويليام جيمس 1890 احترام الذات على أنه الاعتزاز بالنفس بشكل إيجابي ليتطور مع التواصل مع الأفراد باستمرار ومحاولة الوصول إلى الأهداف المهمة في حياتهم، تكمن أهمية تطور تقدير الذات وتكونها إلى كونها خط دفاع أولي للشخصية في قدرتها

على مواجهه التهديدات المحتملة مثل الفشل أو الرفض والأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع واجهوا تأثيراً أقل بالتجارب السلبية أو تعافوا بشكل أسرع من الأفراد الذين يعانون من تدني لاحترام الذات، تتكون صورة الجسد واحترام الذات من مجموعة عوامل تشمل الكفاءة الذاتية والأكاديمية والمظهر الخارجي، الأخلاق والصفات، حب الله، الدعم والاهتمام من الأسرة، التفوق على المتنافسين، العلاقات الرومانسية والعلاقات مع الشريك، وزن الجسم وتعتبر أساس في بناء أو هدم الذات لدى الأشخاص، تمر عملية تنمية احترام الذات بالكثير من المواقف مثلا الطفل الذي يكافئ على إنجازاته ومقابله المراهق الذي يعاقب على سلوكيات سيئة في المدرسة مثلا قد تساعد هذه التجارب في تشكيل احترام الذات (Zeigler-Hill, 2013).

ويتكون مفهوم تدني احترام الذات من خلال التجارب التي يمر بها الطفل والمراهق خلال مراحل النمو وتم بحث العلاقة بين إساءة معاملة الأطفال واحترام الذات بعد البلوغ من خلال عينة اشترك فيها 915 طالب من طلاب المدرسة الثانوية في احدى المدن التركية، النتائج أشارت إلى وجود علاقة فعالة سلبية واضحة بين الإساءة للأطفال وتدني احترام الذات، وكشفت الدراسة عن وجود علاقة طردية فكلما زادت مستويات إساءة معاملة الأطفال في الطفولة انخفض مستوى تقدير الذات لدى هؤلاء الأطفال، أكدت الدراسة أن كافة أشكال الإساءة مثل سوء العلاقة بين الوالدين والإهمال العاطفي وتعرض الطفل للعنف الجسدي والجنسي جميعها عوامل أساسية تسبب تدني احترام الذات للطفل عند البلوغ ليظهر التقليل من احترام الذات بسلوكيات متعددة مثل العدوانية اتجاه الآخرين، والشعور بالخوف والقلق والانسحاب والاكنتاب، مع تدني التحصيل أثناء مراحل الدراسة وانخفاض المهارات السلوكية والاجتماعية لديهم (Karakuş, 2012).

#### 1.4 العلاج السلوكي المعرفي والنظرية السلوكية:

العديد من الدراسات تناولت طرق وأساليب العلاج النفسي ما بعد التعرض للعنف والاعتداء الجنسي للحد من آثاره طويلة المدى هذا ما تضمنته الدراسة التالية التي بعنوان (النموذج النظري لوساطة صورة الجسد ومفهوم الذات الجسدي عند المراهقين) تهدف إلى تحقيق مفهوم إيجابي للذات باستخدام النشاط الرياضي،

أظهرت الدراسة نتائج إيجابية وأكدت أن ممارسة المراهقين لأي نشاط بدني يعمل على تحقيق مفهوم إيجابي للذات وتعزيز الرفاهية النفسية للمراهق وهذا ينعكس على الرضا عن الجسم والإدراك الجسدي، وأكدت الدراسات أن النشاط البدني له آثار إيجابية وفوائد فسيولوجية ونفسية مع التأكيد على أهمية الدور الإيجابي الذي يلعبه النشاط البدني على الصحة العقلية وتقليل الاكتئاب والقلق والرضا عن صورة الجسد (من أكثر العوامل المؤثرة على الرفاهية النفسية، والتي تحدد تكوين مفهوم الذات، خاصة خلال فترة المراهقة) خاصة بين الفتيات، استنتجت الدراسة أن تكوين صورة إيجابية خلال فترة المراهقة مرتبطة ارتباط طردي مع ممارسة النشاط البدني الرياضي (Fernández-Bustos, Infantes-Paniagua, Cuevas, & Contreras, 2019).

ثبتت فعالية العلاج النفسي للعديد من الناجين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي وجسدي في الطفولة والعديد من الدراسات ناقشت هذه الفعالية ففي دراسة تتبع رحلة مرونة وعلاج من قبل ناجية فيتنامية عاشتها بعد تعرضها لاعتداء جنسي متواصل في الطفولة لتبحث عن وسيلة علاجية ضمن ثقافة بيئتها المتواضعة، الدراسة تحدثت عن الناجين من الطائفة الكونفوشيوسية (مذهب وعقيدة فلسفية) من الاعتداء الجنسي ودرجة المرونة لديهم أثناء العلاج النفسي، تناولت الدراسة مرونة أنثى كونفوشيوسية فيتنامية ناجية تعرضت لاعتداء جنسي من عمر 8 سنوات ولغاية 16 سنة من قبل اخوها، ركز الباحثين على اثنين من العوامل الأساسية في التأثير على المرونة التركيز على تأثير هذه الديانات والعوامل الدينية الروحية في تأثيرها على مرونة الناجيات، الدراسة جزء من مشروع بحثي طويل حول تدابير التدخل النفسي للإناث ضحايا الإساءة من 2016 في فيتنام، الهدف من الدراسة فهم ميزات امرأة كونفوشيوسية تعرضت لاعتداء جنسي من اخوها، واتباع هذا المنهج الكونفوشيوسي تغلبت الناجية من تجربة الاعتداء من خلال إيجاد الاتزان النفسي وإعادة الاندماج في الحياة اليومية (التعافي لا يعني أنك لم تتضرر أبداً، بل يعني أن ذلك الضرر لم يعد يتحكم بحياتك) (Giang, Le, Nguyen, Huynh, & Nguyen-Thi, 2021).

هناك العديد من أساليب العلاج النفسي التي استخدمت في علاج ضحايا الاعتداءات الجنسية والجسدية، تشير الدراسات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي الذي سيتم استخدامه كبرنامج علاجي في هذه الدراسة قد

يكون له تأثير إيجابي لمعالجة العواقب الناتجة من الاعتداء الجنسي على الأطفال، ظهر تأثير العلاج المعرفي السلوكي الإيجابي على مرضى اضطرابات ما بعد الصدمة والقلق، أكدت الدراسة الحالية قدرة CBT على معالجة العوامل السلبية للاعتداء الجنسي على الأطفال، تناولت الدراسة أساليب العلاج المعرفي السلوكي لتوفير نهج متكامل للتقييم والتدخل لتحديد ومعالجة الإدراك غير القادر على التكيف، وركزت على العلاج المعرفي السلوكي كتجربة علاجية لمعالجة الاضطرابات السلوكية الناتجة عن تجارب مؤلمة خاصة العلاج السلوكي المركز على الصدمات، تشير الأدلة حسب الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي كان له تأثير إيجابي على عواقب الاعتداء حيث لوحظ انخفاض متواضع في الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة والقلق وبينت الدراسة أن التغيير يحدث مباشرة بعد التدخل وهذا ما حرص الباحثون على إثباته هو التأكيد فعالية العلاج المعرفي السلوكي للحالات المعتدى عليها جنسيا (Macdonald, et al., 2012).

#### العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر جون ب. واتسون من رواد علم النفس الذين كان لهم دور مهم وفعال في تطوير المدرسة السلوكية في عشرينيات القرن الماضي، وعرفت تجربته لاحقا بتجربة ألبرت الصغير Little Albert التي أظهر فيها أنه يمكن دراسة وملاحظة تكيف الطفل مع شعور الخوف من خلال محفز محايد، وشعور الخوف يمكن تعميمه على مواقف وأشياء أخرى، يفسر واطسون علم النفس السلوكي على أنه فرع تجريبي وموضوعي وهو أحد فروع العلوم الطبيعية هدفه هو التنبؤ بالسلوك والتحكم فيه دون اعتبار أن الاستبطان جزء من مناهجه (الاستبطان حسب واطسون هو عملية تشمل البحث في داخل الفرد لفحص أفكاره وعواطفه أي استكشاف الحياة الداخلية للأشخاص) لعالم النفس واطسون العديد من المساهمات في تطوير علم النفس السلوكي ومهد الطريق للسلوكية وما تتضمنه من إجراءات تعديل للسلوك على نطاق واسع في التدريب والعلاج السلوكي (Bergmann, 1956).

1. يعرف العلاج السلوكي المعرفي وفق الدراسة التالية على أنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث والذي اظهر فعاليته مع مجموعة من الأمراض والاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق وتعاطي الكحول والمخدرات واضطرابات الأكل وبعض الاضطرابات العقلية، وأظهرت نتائج العلاج تحسن واضح وكبير في الأداء ونوعية الحياة واعتبر أحد أهم العلاجات النفسية كغيره من أساليب العلاج الفعالة (Turner & Swearer Napolitano, 2010).

2. في دراسة أخرى عرفت العلاج السلوكي المعرفي على أنه علاج نفسي يركز على مساعدة الناس على تعلم طرق تحديد السلوك وتغيير أنماط التفكير السلبية والتي تنعكس بتأثير سلبي على السلوك والعواطف، يتم ذلك من خلال تغيير الأفكار السلبية العفوية التلقائية التي تؤدي إلى تفاقم الصعوبات العاطفية والاكتئاب والقلق والتي لها تأثير ضار على الحالة المزاجية، يركز العلاج السلوكي المعرفي على تحديد الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وواقعية، ويعتمد على تحديد نمط التفكير ليتم بعدها استخدام استراتيجيات لمساعدة الناس على التغلب على هذه الأفكار التي تتسم بالتشويه تتضمن التقنيات مجموعة من الأساليب مثل لعب الأدوار والتشتت الذهني وتقنيات الاسترخاء غالبًا ما يتضمن حل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي الإجراءات التالية (تحديد المشكلة، إنشاء قائمة بالحلول الممكنة، تقييم نقاط القوة والضعف لكل حل ممكن، اختيار حل للتنفيذ، تنفيذ الحل، المراقبة الذاتية (عمل اليوميات)، والخلاصة العلاج السلوكي المعرفي عملية تدريجية تتطلب من الشخص اتخاذ خطوات تدريجية نحو تغيير السلوك، مثلاً قد يطلب من الشخص المصاب بالقلق الاجتماعي أن يتخيل المواقف الاجتماعية التي تثير الخوف (Turner & Swearer Napolitano, 2010).

يركز العلاج السلوكي المعرفي على التغيير في أنماط التفكير من خلال مجموعة من الاستراتيجيات المتسلسلة تبدأ بالتعرف على تشوهات التفكير والتي تسبب المشاكل ثم يتم إعادة تقييمها بناء على واقع المرحلة التالية التي تعتمد على فهم أفضل للسلوك ثم استخدام مهارات حل المشكلات وكيفية التعامل مع المواقف الصعبة ثم رفع مستوى تقدير الذات للفرد المعالج، يركز العلاج السلوكي المعرفي

على مساعدة الفرد على أن يكون معالج نفسه من خلال تمارين يتم تنفيذها خلال الجلسة وتزويده بالواجبات المنزلية ليتم تطوير مهارات التأقلم ويتم تعليمهم أن يحدثوا تغيير في تفكيرهم ومشاعرهم المضطربة وسلوكهم، يركز معالجو العلاج المعرفي السلوكي على ما يحدث في حياة الشخص الحالية، دون التركيز على أسباب هذه الصعوبات التي يواجهها مع الرجوع إلى قدر معين من المعلومات حول تاريخ المرء (Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, 2000).

وتعود أصول العلاج السلوكي المعرفي منذ البدايات إلى ألبرت إبليرس وآرون تي بيك في أواخر الخمسينيات وأوائل القرن العشرين، تطور العلاج السلوكي المعرفي على يد ألبرت إبليرس أثناء تجاربه للبحث عن بديل للعلاج النفسي الديناميكي الذي اعتبره غير مباشر وغير فعال وتأثر بفكرة ادلر الذي افترض أن السلوك نابع من الفكر. يرى علماء النظرية أن الاضطرابات النفسية أساسها معتقدات غير عقلانية وتأخذ هذه المعتقدات منحى التشدد والإصرار من قبل الفرد وتبني أخطاء معرفية وأفكار غير منطقية كفكرة أن الأشياء يجب أن تكون مختلفة عن ما هي عليه والتعميم المفرط وتفسير التفاصيل الصغيرة على أنها أحداث عظيمة، الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي هو مواجهة الأفكار اللاعقلانية بصورة مباشرة، يتميز العلاج السلوكي المعرفي بأنه علاج مرن وفعال في العديد من الاضطرابات النفسية كاضطراب الاكتئاب الشديد واضطراب القلق العام، الرهاب الاجتماعي، وتعاطي المخدرات، والوسواس القهري اضطراب ما بعد الصدمة، اضطرابات الشخصية، الألام المزمنة، السلوك المعادي للمجتمع، الفصام، خلاصة البحث تشير إلى أن التوتر هو نتيجة أفكار ليست عميقة لكنها مدفونة باللاوعي لعلاجها يجب التركيز على الحاضر (Turner & Swearer Napolitano, 2010).

### نظريات العلاج المعرفي السلوكي:

#### 1. Rational Emotive Behavior Therapy Albert Allies

ظهر العلاج السلوكي الانفعالي (العقلاني) على يد العالم ألبرت اليس سنة 1955، تعتبر النظرية أن السلوك هو خليط من التفاعلات وليس مجموعة أنظمة منفصلة، وان معتقدات الشخص هي جوهر الصحة النفسية

وهي نفسها المعتقدات العقلانية التي تسبب الاضطراب النفسي، ووفق النظرية هناك أربعة معتقدات عقلانية مرونة التفضيلات (flexible preferences)، مكافحة الترويع (Non-awfulizing the end of the world)، تقبل الإحباط (Highfrustration) والقبول المنطقي (Tolerance beliefs and acceptanc). وحسب النظرية التي تعتبر الأحداث السلبية هي المطور الأساسي في تطور الاضطراب حيث يقوم الشخص بالتفكير بطريقة غير عقلانية في الأحداث التي مر بها، وتعتقد النظرية أن الأشخاص الذين يفنقرون إلى بصيرة تحكمهم أفكارهم اللاعقلانية واستمرار تفكيرهم الغير عقلاي يؤدي إلى نقص في المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال ومهارات حل المشكلات والمهارات اليومية الأخرى، ويركز العلاج العقلاني السلوكي على الأهمية في عملية التغيير، والإيمان الكامل بقدرتهم على التغيير والتغلب على المشكلات، مواجهة معتقداتهم اللاعقلانية (Zeigler-Hill, 2013).

## 2. Cognitive Therapy: Aaron T. Beck

يعتبر أرون بيك الأب الروحي للنظرية المعرفية التي تستند بشكل أساسي على افتراض أن معالجة المعلومات امر أساسي وبالغ الأهمية ليتمكن الإنسان من التكيف والبقاء على قيد الحياة ودون هذه العملية لن يتمكن الإنسان من النمو، فعملية معالجة المعلومات من البيئة وصياغة الخطة المناسبة للتعامل معها لن يتمكن الإنسان من النجاة، تعتمد النظرية المعرفية على ثلاث محاور أساسية the access hypothesis تساعد الأفراد على ادراك المحتوى وزيادة التدريب والانتباه والتحفيز، the mediation hypothesis تعني طريقة تفكير الأفراد وتفسيرهم للأحداث والتجارب التي تؤثر عليهم، the change hypothesis وتعني قدرة الأفراد على أن يصبحوا وظيفيا اكثر تكيف وتعديل استجاباتهم السلوكية للظروف والمواقف التي يواجهوها، تركز تقنيات النظرية على إقامة العلاقات العلاجية واستراتيجيات تغيير السلوك وإعادة الهيكلة المعرفية والوقاية من الانتكاس مع تعديل المعتقدات الأساسية (Beck & Dozois, 2011).

### 3. Cognitive Behavior therapy " Donald Meichenbaum Model

العلاج المعرفي السلوكي عند "ميتشنيوم Meichenbaum يعرف على انه اتجاه علاجي يستخدم الدمج بين فنيات العلاج المعرفي وفنيات العلاج السلوكي، يعالج الاضطرابات من منظور ثلاثي الأبعاد معرفي وسلوكي وانفعالي ويركز على اتجاهين أساسيين في العلاج الأول أسلوب الإقناع الجدلي التعليمي ثم إقامة علاقة تعاونية علاجية تحدد من خلالها مسؤولية المريض في إحداث التغيير العلاجي المطلوب وجوهر العلاج يقوم بشكل أساسي على إعادة البناء المعرفي للفرد من خلال تعديل نمط التفكير السلبي (الصورة الذهنية والأفكار) وإكسابه مهارات معرفية جديدة، وحسب نموذج ميتشنيوم هو عملية إعادة البناء المعرفي للفرد من خلال إحداث تغيير في أنماط التعديل السلبية، تركز النظرية على أن أحاديث الذات والتعليمات الذاتية لها دور أساسي في تغيير التفكير وبالتالي تغيير الاستجابة من خلال الاستماع للحوار الداخلي مع عدم التسرع والاندفاع، ويبين أن التخلص من التحدث بصورة سلبية انهزامية مع الذات واستبدالها بأفكار وطرق إيجابية وذلك باستخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي لتدريب الفرد على طرق حل المشكلات وبالتالي يزيد الإدراك لديه والوعي للأفكار السلبية الهادمة للذات. ميتشنيوم Meichenbaum يركز على أن مبدئين أساسيين يجب التركيز عليها في علاجه وهما العمل على زيادة الوعي بالأشياء اللاعقلانية التي تصدر عن الإنسان من أجل الحماية والوقاية من تطور الاضطرابات الانفعالية (Atallah, 2021).

تقنيات العلاج السلوكي المعرفي: 1- Decatastrophizing الافتراض المشوه بأن أسوأ نتيجة ستحدث بغض النظر عن درجة حدوثه أولاً هو إدراك مشوه، 2- Keeping a journal الهدف من هذا التكنيك هو تكوين فهم وإدراك أعمق لعمليات التفكير الذي تحدث بالدماع يتضمن هذا الإجراء تدوين وكتابة الأحداث اليومية التي تحدث مع إرفاق المشاعر المتعلقة بها للوصول إلى فهم أعمق للتفكير، 3- Let's recap أساس العلاج السلوكي المعرفي هو فهم الأفكار والمشاعر والسلوك وإحداث تغيير في طريقة التفكير يؤدي إلى تغيير إيجابي واضح في طريقة الشعور أي أن يتعلم المرء كيفية إدارة التفكير وبالتالي لا يسمح للمشاعر بالتحكم بسلوك الشخص وإنما الفكرة (Fenn & Byrne, 2013).

## المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي علاجاً نفسياً يتم تطبيقه على نطاق واسع لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية، يعتبر أرون بيك أول من أسس طرق العلاج المعرفي السلوكي وحدد الهيكل النظري والطريقة الأساسية ونشر هذه الإنجازات في ستينيات القرن الماضي، يستخدم معالجو السلوك نموذج متكامل ومتعدد من الأنظمة لوضع خطة العلاج يركز على الملاحظات السلوكية المعرفية. هذه التقنيات قد تساعد بشكل فعال في تخفيف حدة القلق وهذا ما أكدته الكثير من الأبحاث حيث صنف على أنه علاج راسخ لمرض الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الأكل وثبت سريريا فعاليته في الاضطرابات الأكثر حدة مثل الفصام واضطراب ثنائي القطب (Wright, 2006).

وتبنى المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وفق نشأة الاضطراب النفسي والعلاقة العلاجية التي تتكون مع الفرد أثناء العلاج التي تحكمها مجموعة من المبادئ حيث يقوم المعالج بالتعاون مع العميل على تقييم المشكلات وإيجاد حلول لها مع التركيز على الاتجاهات والأنشطة المعرفية والتوقعات التي لها دور أساسي في فهم السلوك وتأثير العلاج، ويختلف العلاج المعرفي السلوكي عن أساليب العلاج النفسي الأخرى حيث يعتمد على استخدام المفهوم المعرفي للعلاقة التي تسهم وتساعد في استمرار العلاقة، ويستخدم حزمة من الإجراءات المعرفية والسلوكية لمساعدة الفرد على تحديد وتغيير آليات العلاج الذي يتميز بأنه علاج قصير المدى بعدد جلسات تتراوح بين (8-14) جلسة ويركز العلاج أثناء الجلسات على التعرف على الأفكار والاحاديث السلبية الذاتية واستخدام فنيات متعددة لإحداث تغيير في التفكير والسلوك (Atallah, 2021).

الفكرة الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي والتي بنيت كافة التقنيات العلاجية لاحقاً هي أن الأفكار والسلوك والمشاعر تتفاعل مع بعضها البعض لتخرج بتأثير مشترك على الأفراد، يتم تطبيق المبادئ الأساسية في العلاج لتطوير مهارات التأقلم وإدارة المواقف والمشاكل ويوضح عالم النفس ايستون جاينز أن الإدراك في العلاج السلوكي المعرفي يتكون من ثلاث مستويات: Core beliefs والمقصود هنا تجارب الطفولة

التي كونت صورة متجذرة من المعتقدات عن انفسنا وتجارينا ورؤيتنا والمستقبل القادم Dysfunctional assumptions تبني التفكير السلبي أسهل لدى البشر من التفكير الإيجابي وهذا يخلق تشوهات معرفية في أنماط التفكير غير العقلانية وبالتالي تشوه صورة الواقع، Automatic negative thoughts أفكار تلقائية ومشاعر وتصورات سلبية لا إرادية تسبب مشاعر سلبية وهذه الأفكار تؤدي إلى تكوين أفكار مشوهة تسمى بالتشوهات المعرفية مثل تفكير الكل أو لا شيء، عبارات "ينبغي"، التعميم المفرط، لتتطور الاستجابة لهذه الأفكار فيما بعد وتصديقها (Fenn & Byrne, 2013).

### فعالية العلاج السلوكي المعرفي :

الدراسة التالية تشمل فعالية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تحسين صورة الجسد لدى عينة من المراهقات اللاتي يعانين من اضطراب الشره المرضي العصبي أكدت النتائج استمرارية اثر البرنامج الإرشادي في تحسين صورة الجسم لدى عينة من المراهقات يعانين من اضطراب الشره المرضي إلى ما بعد فترة المتابعة، الإرشاد الانتقائي التكاملي هو منظومة إرشادية متكاملة تهدف إلى انتقاء بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالواقع، والعلاج التدعيمي، والعلاج بالقراءة، العلاج العقلاني الانفعالي بشكل انتقائي تكاملي لتحسين صورة الجسم ضمن عينة من المراهقات تتكون من 20 طالبة في المرحلة الثانوية اللاتي يعانين من اضطراب الشره المرضي (جمال، 2021).

يصيب اضطراب الشره المرضي العصبي ما يقارب 24 مليون رجل وامرأة في الولايات المتحدة، وتزيد نسبة الوفيات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل بالنسبة لباقي مرضى الاضطرابات العقلية الأخرى، ما يقرب من 90% من الأشخاص المصابين بالشره العصبي هم من النساء وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية فان معايير التشخيص تتضمن نوبات متكررة من المبالغة والإفراط في تناول الطعام مع فقدان السيطرة على حجم الكمية المتناولة، يعتبر العلاج السلوكي المعرفي العلاج الأكثر فعالية لمرض الشره العصبي وبمقارنته مع أنواع العلاج الأخرى بناء على دراسة موسعة أظهرت النتائج

فعالية العلاج السلوكي المعرفي من الأساليب العلاجية الأخرى ويتم تنفيذ مجموعة من الإجراءات السلوكية المعرفية لتغيير السلوك المضطرب من خلال مساعدتهم على ادراك تفكيرهم المضطرب عن الوزن والشكل. نتائج الدراسة أثبت أن آثار العلاج السلوكي المعرفي في علاج الشراهة المرضية تم السيطرة عليها والحفاظ على التغييرات العلاجية بنمط مستقر على مدى ستة شهور إلى سنة بعد العلاج وهذا يثبت فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في علاج مرض الشره العصبي (Dattadeen, 2015).

الورقة البحثية التالية تناقش فعالية برنامج سلوكي معرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن التعرض لأنواع متعددة من الصدمات، ومن المؤكد من خلال الدراسة وجود أدلة قوية على نجاعة العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة الحاد والمزمن الناتج عن التعرض لتجارب صادمة في الطفولة والمراهقة، الدراسة أكدت فعالية العلاج مع مصابي الكوارث والأزمات والناجين من الحوادث المرورية واللاجئين على الحدود الدولية، اظهر (ت) النتائج تحسن واضح لدى المرضى بعد جلسات العلاج وبلغ المرضى عن تحسن معدل ضربات القلب، وتحسن وثبات في ضغط الدم، لوحظ انخفاض كبير في معدل تشنج وانقباض العضل والأعصاب، خضع بعض المرضى لتقييم قبلي ولعدي ولوحظ تحسن في الأداء النفسي والاجتماعي، ظهر انخفاض كبير في نشاط كهرباء الدماغ أثناء الفحص (Kar, 2011).

#### **فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج تشوه صورته الجسد:**

من ضمن الاضطرابات التي اثبت العلاج المعرفي السلوكي فعاليتها في تخفيف حدة الأعراض هو اضطراب تشوه صورة الجسم الذي يعرف حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية إصدار 2013 بأنه التوهم بوجود خلل في المظهر الخارجي للجسد والانشغال بهذا الوهم المتخيل الذي يبدو مظهر طبيعي يخلو من أي تشوه، الكثير من البحوث تؤكد فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الأفراد المرضى باضطراب التشوه الجسمي ويتم العلاج من خلال الجلسات الفردية أو الجماعية، يقوم المعالج بتحدي المعتقدات المشوهة للأفراد حول المظهر الجسدي من خلال تشجيعهم على إعادة هيكلة

معتقداتهم أي إعادة تقييمها. خلاصة الدراسة تثبت مدى نجاح وفعالية العلاج السلوكي المعرفي من خلال التقنيات التي طبقت على المرضى وتوصي الدراسة بضرورة دمج العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج الدوائي (Ayub, Kimong, & Ee, 2018).

## 1.5 مصطلحات الدراسة:

### صورة الجسد:

تعرف صورة الجسد بأنها نظرة المرء لجسده وهي أهم جزء في نظرة الإنسان عن نفسه وتعتبر المقياس السليم للصحة العقلية هو رضا الإنسان عن صورة الجسد لديه (Soltani, Safajou, Amouzeshi, & Zamani, 2017). في تعريف آخر يمكن تعريف صورة الجسد على أنها تقييم شامل لكل المشاعر السلبية والإيجابية لأجزاء الجسد كافة، وتتكون من مجموعة معقدة من المكونات منها العقلية والعاطفية والسلوكية والإدراكية، وترتبط بمجموعة من السلوكيات السلبية غير الصحية مثل تدني احترام الذات واضطرابات الأكل والمزاج الاكتئابي (Nayir, et al., 2016)، بينما الدراسة التالية عرفت صورة الجسد على أنها بناء له عدة أبعاد تتعلق بتصورات الفرد ومشاعره وأفكاره حول جسده والتجارب التي مر فيها، وتتطوي هذه الصورة بناء على إدراكنا وعواطفنا وأحاسيسنا لجسديه وخيالنا وكل ما يتعلق بقيم الفرد المجتمعية والثقافية المتوقعة (Otakpor & Ehimigbai, 2016).

### العلاج المعرفي السلوكي:

هو علاج موجه نحو المشكلة بشكل مباشر يتميز بالإيجاز ويهدف إلى مساعدة المرضى على تحديد الأفكار والافتراضات السلبية والمختلة والعمل على تعديلها، يعتبر حالياً العلاج المفضل لعلاج العديد من الاضطرابات العقلية والنفسية، مثل القلق وبعض اضطرابات الأكل وغيرها، وعادة ما يحتاج العلاج من (6-20) جلسة وجلسات العلاج الفردي أكثر اعتماداً من العلاج الجماعي مع الحالات (Enright, 1997).

## العنف الجسدي والجنسي:

العنف الجنسي والجسدي والتمتع والعنف الأسري سمي هذا النوع من الاعتداء (بالإيذاء المتعدد) ليشمل كافة أنواع العنف (Finkelhor, Turner, Hamby, & Ormrod, 2011)، وفي تعريف آخر للعنف على أنه أي سلوك مبني على الإكراه والشدة بهدف الحاق الضرر بالطرف الآخر سواء كان الضرر جسدي أو نفسي ويشمل العنف البدني والتوبيخ والسب والشتم والصراخ والعقاب البدني والضرب والتحرش الجنسي والاعتداء الجنسي (عريادي و حسان، 2013).

### 1.6 مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تباينت الدراسات النظرية التي شرحت وفصلت أنواع العنف وأشكاله والآثار الناتجة عنه، مع مراعاة معاناة الشعب الفلسطيني من الاحتلال، وهو أحد الأسباب التي أدت إلى معاناة الشباب والمجتمع. من الإحباطات والأمراض العقلية بالإضافة تجارب الطفولة الصادمة، دون التركيز على إيجاد الحلول العملية وبرامج العلاج النفسي، في فلسطين بشكل عام لا يوجد علاج نفسي متاح لعلاج الاضطرابات الناتجة عن التعرض للعنف والاعتداء الجنسي، وهذا يؤدي إلى تفاقم المشكلة ويساهم في زيادة معاناة الأطفال بعد الاعتداءات حيث يكبر الطفل وهو يعاني من آثار الصدمة، في هذه الدراسة سيتم بحث ودراسة اضطرابات صورة الجسد لهؤلاء الأطفال الناتجة عن العنف الجسدي والجنسي وقياس مدى فعالية تطبيق برنامج علاج سلوكي على عينة الدراسة وتقييم درجة تحسن صورة الجسد لديهم.

تظهر مشكلة الدراسة الحالية والتي من خلالها ل يتم الإجابة عن السؤال الرئيسي:

مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال

وعنف جسدي و جنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟

كما أنه ينبثق عن السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية، وهي كالتالي:

1. هل توجد فروق في نتائج الاختبار القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية حول مستوى معرفة عينة الدراسة لمفهوم صورة الجسد على مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟
2. هل توجد فروق في نتائج الاختبار القبلي والاختبار البعدى للمجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟

### 1.7 أهداف الدراسة:

الهدف من هذه الدراسة تحقيق الأهداف التالية:

- تم التعرف إلى صورة الجسد ومدى تأثرها بتجارب العنف الجسدي والجنسي لدى عينة الأطفال المراهقين من مدينة الخليل.
- تم تتبع أثر تطبيق برنامج معرفي سلوكي على تحسين صورة الجسد على عينة من الأطفال المراهقين في مدينة الخليل.
- معمل البرنامج على تحسين بعض التدخلات العلاجية النفسية والعمل على تطبيقها مستقبلا لمعالجة الآثار الناتجة عن العنف الجسدي والجنسي.

### 1.8 أهمية الدراسة:

الغرض من هذا المشروع البحثي النوعي هو:

- تم قياس الآثار النفسية الناتجة عن تعرض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة لجميع أشكال العنف والاضطرابات الناتجة عنه.

- تم شرح السلوكيات والاضطرابات والآثار النفسية التي تظهر على الأطفال بعد تعرضهم للاعتداء، وخاصة الاعتداء الجنسي والجسدي وإيجاد الرابط بين الاضطرابات النفسية التي تتوجه لطلب المساعدة في عيادات الطب النفسي وبين التجارب والصدمات الناتجة عن الاعتداء الجنسي والجسدي المتكرر في مرحلة الطفولة والاستجابة لهذه التجربة المؤلمة بالمعاناة من اضطراب نفسي طويل الأمد.
- تم تنفيذ برنامج علاجي فعال لمساعدة الأطفال بعد تعرضهم للاعتداء من خلال تنفيذ إجراءات علاجية مدروسة حسب كل حالة بهدف توفير العلاج النفسي لاضطرابات الصدمة بعد الاعتداء والعمل على مساعدة الأطفال على النمو والتطور من خلال التوازن النفسي بعد تنفيذ البرنامج العلاجي.

## الفصل الثاني

### منهجية الدراسة

#### 2.1 تمهيد

تباينت الدراسات النظرية التي شرحت وفصلت أنواع العنف وأشكاله والآثار الناتجة عنه، مع مراعاة معاناة الشعب الفلسطيني من الاحتلال، وهو أحد الأسباب التي أدت إلى معاناة الشباب والمجتمع من الإحباطات والأمراض العقلية بالإضافة إلى تجارب الطفولة الصادمة، دون التركيز على إيجاد الحلول العملية وبرامج العلاج النفسي، في فلسطين بشكل عام لا يوجد علاج نفسي متاح لعلاج الاضطرابات الناتجة عن التعرض للعنف والاعتداء الجنسي، وهذا يؤدي إلى تفاقم المشكلة ويساهم في زيادة معاناة الأطفال بعد الاعتداءات حيث يكبر الطفل وهو يعاني من آثار الصدمة، في هذه الدراسة سيتم مناقشة الآثار النفسية الناتجة عن سوء المعاملة وكيف تؤثر على صورة الجسد لهؤلاء الأطفال وتطبيق برنامج علاج سلوكي على عينة الدراسة والهدف منه هو تحسين صورة أجسامهم.

#### 2.2 تصميم الدراسة

المنهج الذي تم استخدامه في هذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبي في جمع وتحليل البيانات من خلال جلسات علاج جمعي لعينة الدراسة، تساعد هذه الطريقة في الوصول إلى كافة التفاصيل الخاصة بكل طفل مع توثيق تجربة كل طفل تعرض لسوء المعاملة ودرجة التأثير الناتج والهدف هو توظيف هذه المعلومات في تطبيق برنامج العلاج المناسب.

1. تم جمع المعلومات من عدة مراجع ودراسات سابقة لدراسة أنواع الإساءة وتواترها وتأثيراتها النفسية والاضطرابات السلوكية الناتجة عن الصدمة.

2. تم التركيز المفاهيمي على مفهوم صورة الجسد ونظرة المراهق السلبية والإيجابية لنفسه بعد الاعتداء.

3. تم تنفيذ مقابلات فردية مع الأطفال لفهم وتقييم الإساءة التي تعرض لها الطفل وتشخيص اضطراباته النفسية وكافة تفاصيل الحدث الصادم، ما هو أثر الإساءة على الأطفال، ما هي الاضطرابات، مع التركيز على توثيق كافة تفاصيل الإساءة لاستخدامها في العلاج.

4. تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المتخصص في علاج الأطفال على مجموعة من الفتيات وتم اختيارها وفق العمر والجنس ونوع الاعتداء.

### 2.3 مجتمع الدراسة:

بلغ حجم مجتمع الدراسة 50 طفل من الذكور والإناث من الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للعنف الجسدي والجنسي في محافظة الخليل.

### 2.4 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة اتباعاً للعينة القصدية:

بلغ حجم العينة 8 فتيات أي بنسبة (16%) من حجم المجتمع وكان متوسط أعمار العينة يتراوح بين 12-16 سنة، وتم اتباع أسلوب العينة القصدية، وتم اختيار العينة بالتنسيق مع مؤسسات تعنى بمساعدة ودعم الأطفال المعنفين التي لجأ لها أفراد العينة لطلب المساعدة من المؤسسات العاملة في الميدان بعد تعرض أفرادها لكافة أشكال العنف وتم تسجيلهن كحالات بحاجة إلى تدخل نفسي وقامت الباحثة بتوزيع الاستبيانات وتم استردادها وجميعها صالحة للتحليل.

تضمنت العينة ثمان فتيات بأعمار متقاربة وتعاني جميعهن من نوع واحد أو أكثر من أنواع العنف حيث كان العنف إما:

- العينة A: تعرضت لإصابة حادة في الطفولة أثر سقوطها وأدت هذه الإصابة إلى تهتك في كلتا قدميها سبب لها ألم مزمن وخضعت للعديد من العمليات لإعادة قدرتها على المشي والوقوف، وهذا أدى إلى

تعرضها إلى عنف جسدي ونفسي شديد من الأهل ومهما تعرضت لأي نوع من الإساءة أو الضرب فقط تعبر عنه بكلمه (عادي).

- العينة B: تعرضت لعنف أسري وضرب وتسلط من قبل زوجة الأخ وهي في نفس الوقت الخالة، لم تفصح العينة طول فترة اللقاءات أن والدها متوفي وتعاملت على أساس أنه موجود مع حالة إنكار شديد بعدم وجود، في بداية اللقاءات لم تتمكن الطفلة من التعبير أو إظهار أي مشاعر سواء إيجابية أو سلبية، لكن مع نهاية العلاج ظهر تحسن واضح جداً في تفاعلها وتعبيرها عن الحزن والغضب الذي بداخلها، كما بدا واضحاً أنها أصبحت في كثير من الأحيان قادرة على مواجهه المعنف ووضع الحدود له.
- العينة C: تعاني من عنف جسدي وإهمال وسوء رعاية شديد من الأهل تعرضت لمحاولة اعتداء من قبل شخص يسكن في نفس المنطقة أثناء فترة التدريب وأكدت أنها تمكنت من حماية نفسها وإظهار القوة وعدم الخوف أمام المعتدي وتم اتخاذ الإجراءات القانونية والعشائرية اتجاه المعتدي.
- العينة D: والدتها كبيرة بالسن وهي أصغر أفراد الأسرة لديها أخوات أكبر منها غير متزوجات تعرضت للعنف بشكل متواصل ودائم منهن ولا يوجد داعم لها نهائياً بالأسرة.
- العينة E: والدها قام بقتل والدتها لوجود خلافات أسرية ورغبة الأم بالطلاق قام بذبحها وكانت الطفلة لا يتعدى عمرها التسع سنوات وأصغر إخوتها ثلاث سنوات، حالياً تتعرض لكافة أشكال العنف من قبل الجدة والأخوال والجد وتتهم بأنها قد تكون مثل والدتها سيئة السمعة لذا يجب مراقبتها وتهديدها بشكل مستمر، تقوم على تربية إخوتها هي الأب والأم حالياً بعد سجن الأب ووفاة الأم.
- العينة F: تعرضت لعنف أبوي وعانت من طلاق والديها، ظهرت عليها اضطرابات سلوكية مثل قضم الأظافر والتشتت وتدني تقدير للذات.
- العينة J: تعرضت لتحرش لعدة مرات أدت إلى فقدانها ثقتها بنفسها مع عدم رغبة بالحياة ونشوه واضح في صورة الجسد، تحسنت كثيراً أثناء البرنامج العلاجي.

## 2.5 أدوات الدراسة:

تم استخدام مقياس قبلي وبعدي لقياس درجة التحسن بعد المشاركة في البرنامج العلاجي، كما تم استخدام برنامج علاجي تدريبي، تكون من (11) لقاء كل لقاء مدته ساعتان بواقع لقاءين أسبوعياً، تضمن البرنامج الأساسي (8) لقاءات وتم إضافة (3) لقاءات لقياس درجة ثبات النتيجة.

### مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي:

بعد اطلاع الباحثة على العديد من الدراسات السابقة وبناء على موضوع الدراسة وعينة البحث تم اختيار مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي، وفي ضوء ذلك تم اختيار 20 فقرة من فقرات المقياس وفق مناسبتها لعمر العينة من المقياس الكلي الذي يتكون من 28 فقرة.

### جدول (1)

#### مقياس اضطراب تشوه الجسد الوهمي

رقم الفقرة	نص الفقرة	ضعيفة	متوسطة	كبيره
1.	انشغل بعيب في مظهري لا يعتقد الآخريين انه موجود			
2.	أعتقد أي عيب في مظهري أمام المرأة كلما سمحت لي الفرصة			
3.	أقوم بإزالة كل ما هو غير ملائم في بشرتي (كالحبوب والزيوان)			
4.	أحتاج إلى وقت كبير حتى أرتب شكلي كل صباح			
5.	أشعر بعدم الرضا عن مظهري، رغم اعتقاد الآخريين أن مظهري لائق			
6.	أتحاشى بعض المناسبات لشعوري أن مظهري غير مناسب			
7.	أتجنب النظر إلى نفسي بالمرأة			
8.	أقارن مظهري بأشخاص مشهورين يظهرون على مواقع التواصل الاجتماعي			
9.	يزعجني شعري الخفيف والمتنصف على الرغم من اعتقاد الآخريين أنه جميل			
10.	اشعر أن شكلي مختلف عن الآخريين			
11.	أكره أن يدقق الآخريين في شكلي			
12.	اعتقد أنه يجب أن أخفف من وزني بالرغم باعتقاد الآخريين عدم حاجتي لذلك			
13.	أخاف أن يلاحظ الآخريين عيوي			
14.	قمت بالعديد من أنظمة الريجيم كي أخفف وزني			
15.	اشعر بالخجل إذا كانت ملابسني غير مرتبة			
16.	تعجبني ملامح وجهي بشكل عام			
17.	استخدم أدوات وأدوية لتنظيف بشرتي			
18.	يدل مظهر الشخص على شخصيته			
19.	اعتقد أن مدح الآخريين هي مجرد مجاملة لي			
20.	جسمي مشدود ومتناسق العضلات			

استخدمت الدراسة مقياس اضطراب تشوه صورة الجسد الوهمي، وهو يستخدم كاختبار لمساعدة الأشخاص على تحديد ما إذا عانوا من أعراض اضطراب تشوه الجسد ويقوم على تطبيقه أخصائي متخصص مدرب للقيام بتشخيص الإصابة، يفترض الاستبيان أن الشخص لا يعاني من أي عيب أو تشوه ظاهر ويمكن ملاحظته بسهولة من قبل الآخرين، يتم تحديد مدى ملاحظة عيب أو تشوه في أي جزء من الجسم من قبل المختص وهنا يقوم المقياس بقياس شدة الأعراض قبل وبعد العلاج مع تقديم ملاحظات حول ما اذا كانت الأعراض تحسنت أم لا (أحمد، صبري، خضر، و متولى، 2020).

يتكون المقياس الكلي من (28) فقرة تم اختيار (20) فقرة من فقرات الاختبار لنتناسب مع العمر العقلي والزماني للعينة، تجدر الإشارة إلى أنه تم تحويل إجابات المقياس القبلي والبعدي إلى رقمية لأغراض التحليل حيث أعطيت الإجابة ضعيفة درجة واحدة، والإجابة متوسطة درجتين، والإجابة كبيرة ثلاثة درجات، والجدول (2) يوضح تصنيف الإجابات ودرجاتها.

## جدول (2)

تصنيف الإجابات ودرجاتها

التصنيف	ضعيفة	متوسطة	كبيرة
الدرجة	1	2	3

### مقياس الدراسة:

بهدف تحديد درجة وأهمية فقرات الاستبانة، ولكل محور من محاورها والحكم على النتائج من المتوسطات الحسابية، فقد تم وضع المقياس الوزني للمتوسطات الحسابية وفقاً لمقياس ليكرت الثلاثي نجد أن المدى (2= 1-3) بالتالي فإن طول الفئة (66.=3/2)، والجدول (3) يوضح مقياس الدراسة.

### جدول (3)

#### جدول ليكرت الثلاثي

الدرجة	المتوسط الحسابي	الرقم
درجة منخفضة	1.66-1	1
درجة متوسطة	2.33-1.67	2
درجة مرتفعة	2.34-3	3

#### صدق مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي:

يهدف التحقق من صدق المقياس صياغة لما يلزم أو ما يطلق عليه صدق الاتساق الداخلي مع إجراء بعض التعديلات البسيطة، للكشف عن قدرة كل فقرة في المقياس على الإسهام في الدرجة الكلية، الجدولان التاليان يوضحان صدق المقياس قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

### جدول (4)

#### معامل ارتباط سبيرمان بين صورة الجسد قبل تطبيق البرنامج العلاجي والدرجة الكلية لها

الرقم	بين صورة الجسد قبل تطبيق البرنامج العلاجي	معامل الارتباط سبيرمان	الدلالة الإحصائية
1.	أنشغل بعيب في مظهري لا يعتقد الآخرون أنه موجود	.615	.142
2.	أنفق أي عيب في مظهري أمام المرأة كلما سمحت لي الفرصة	.728	.063
3.	أقوم بإزالة كل ما هو غير ملائم في بشرتي (كالحبوب والزيوان)	.113	.810
4.	أحتاج إلى وقت كبير حتى أرتب شكلي في الصباح	.092	.844
5.	أشعر بعدم الرضا عن مظهري رغم اعتقاد الآخرون أن مظهري لائق	.519	.232
6.	أتحاشى بعض المناسبات لشعوري أن مظهري غير مناسب	.615	.142
7.	أتجنب النظر إلى نفسي في المرأة		
8.	أقارن مظهري بأشخاص مشهورين يظهرون على مواقع التواصل الاجتماعي	-.105	.823
9.	يزعجني شعري الخفيف والمتصف على الرغم من اعتقاد الآخرون أنه جميل	.731	.062
10.	أشعر أن شكلي مختلف عن الآخرين	-.139	.767
11.	أكره أن يدقق الآخرون في شكلي	.801*	.030
12.	اعتقد أنه يجب أن أخفف من وزني بالرغم باعتقاد الآخرون عدم حاجتي لذلك	.728	.063
13.	أخاف أن يلاحظ الآخرون عيوي	.921**	.003
14.	قمت العديد من أنظمة الريجيم كي أخفف من وزني	.297	.518
15.	أشعر بالخجل إذا كانت ملابسي غير مرتبة	-.105	.823
16.	تعجبني ملامح وجهي بشكل عام	-.773*	.041
17.	استخدم أدوات وأدوية لتنظيف بشرتي	-.731	.062
18.	يدل مظهر الشخص على شخصيته	.223	.631
19.	أعتقد أن مدح الآخرين هي مجرد مجاملة لي	.622	.136
20.	جسمي مشدود ومتناسق العضلات	-.074	.874

يتضح من الجدول (4) وجود ارتباطات معنوية حيث إن الدلالة الإحصائية للفقرات (11، 13، 16) مع الدرجة الكلية للمحور حيث إن قيمة الدلالة الإحصائية أقل من 5%.

## جدول (5)

معامل ارتباط سبيرمان بين صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج العلاجي والدرجة الكلية لها

الرقم	بين صورة الجسد بعد تطبيق البرنامج العلاجي	معامل الارتباط سبيرمان	الدلالة الإحصائية
1.	أنشغل بعيب في مظهري لا يعتقد الآخرون أنه موجود	.777*	.040
2.	أعتقد أي عيب في مظهري أمام المرأة كلما سمحت لي الفرصة	.896**	.006
3.	أقوم بإزالة كل ما هو غير ملائم في بشرتي (كالحبوب والزيوان)	.612	.144
4.	أحتاج إلى وقت كبير حتى أرتب شكلي في الصباح	0.000	1.000
5.	أشعر بعدم الرضا عن مظهري رغم اعتقاد الآخرون أن مظهري لائق	.777*	.040
6.	أتحاشى بعض المناسبات لشعوري أن مظهري غيرى مناسب	.797*	.032
7.	أتجنب النظر إلى نفسي في المرأة	.791*	.034
8.	أقارن مظهري بأشخاص مشهورين يظهرون على مواقع التواصل الاجتماعي	.289	.530
9.	يزعجني شعري الخفيف والمتقصف على الرغم من اعتقاد الآخرون أنه جميل	.239	.606
10.	أشعر أن شكلي مختلف عن الآخرين	.722	.067
11.	أكره أن يدقق الآخرون في شكلي	.697	.082
12.	اعتقد أنه يجب أن أخفف من وزني بالرغم باعتقاد الآخرون عدم حاجتي لذلك	.060	.899
13.	أخاف أن يلاحظ الآخرون عيوبي	.802*	.030
14.	قمت العديد من أنظمة الريجيم كي أخفف من وزني	.401	.373
15.	أشعر بالخجل إذا كانت ملابس غير مرتبة	.837*	.019
16.	تعجبني ملامح وجهي بشكل عام	-.289	.530
17.	استخدم أدوات وأدوية لتنظيف بشرتي	.401	.373
18.	يدل مظهر الشخص على شخصيته	.538	.213
19.	أعتقد أن مدح الآخرون هي مجرد مجاملة لي	.772*	.042
20.	جسمي مشدود ومتناسق العضلات	.302	.510

يتضح من الجدول (5) وجود ارتباطات معنوية حيث إن الدلالة الإحصائية للفقرات (1، 2، 5، 6، 7، 13،

15، 19) مع الدرجة الكلية للمحور حيث إن قيمة الدلالة الإحصائية أقل من 5%.

## ثبات مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي:

للتحقق من ثبات أداة الدراسة، تم استخدام ثبات الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة باستخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا على عينة الدراسة، كما هو موضح في الجدول (6).

### جدول (6)

قيم معامل الثبات كرونباخ ألفا لمحاور الدراسة

اضطراب تشوه الجسد الوهمي	عدد الفقرات	قيمة معامل الثبات ألفا
درجة اختبار المقياس القلبي	20	.35
درجة اختبار المقياس البعدي	20	.90

يلاحظ من الجدول (6) بلغت قيمة معامل كرونباخ ألفا لمقياس اضطراب تشوه الجسد الوهمي قبل العلاج (35%)، كما بلغت قيمة معامل كرونباخ ألفا لمقياس اضطراب تشوه الجسد الوهمي بعد العلاج (90%).

### البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي:

قامت الباحثة ببناء برنامج علاج سلوكي معرفي، وفيما يلي عرض للخصائص العامة للبرنامج والأسس التي قام عليها، وأهم مراحل إعداد البرنامج والتنفيذ:

#### - الخصائص العامة للبرنامج:

1. تناول البرنامج العلاجي المقترح مجموعة من الأطفال من طلاب المدارس الذين تعرضوا لشكل واحد على الأقل من أشكال العنف.
2. اهتم البرنامج بتنمية مهارات الأطفال وقدراتهم العقلية على التعرف على التجارب الصادمة التي تعرضوا لها وكانت سبب في معاناتهم من اضطرابات نفسية وعقلية أدت إلى تطوير أفكار لاعقلانية سلبية.
3. يتسم البرنامج العلاجي بالمرونة ووضوح مع استخدام أساليب بسيطة في تنفيذ فنيات العلاج السلوكي المعرفي ويعتمد في نجاح الجلسات على المشاركة الفعالة لأعضاء العينة.
4. يحتوي على تمارين تهدف إلى التركيز على صورة الجسد وتحسينها من خلال المشاركة بالتمارين الجماعية مثل لعب الأدوار والاسترخاء الموجهة.

## - مراحل بناء وتنفيذ البرنامج

بعد الاطلاع على الأدب النظري السابق ومراجعة الدراسات السابقة ذات العلاقة تم بناء برنامج علاجي خاص للدراسة الحالية، حيث تضمنت عدة خطوات ومراحل بدءاً من تحديد أهم المهارات والفنيات التي يحتاجها أفراد العينة، وذلك بالاعتماد على عدة بنود تم اختيارها بعناية من خلال الاطلاع وقراءة العديد من البرامج والدراسات ذات العلاقة، وبعد ذلك اعتماد الأساليب التي تساعد العينة في الاستفادة من البرنامج العلاجي:

### • مرحلة التصميم:

وتضمنت ما يلي:

- تحديد أهداف البرنامج: تم تحديد هدف أساسي لكل جلسة تدريبية بحيث نصل إلى تحقيق الهدف من خلال البرنامج الذي تم إعداده لكل لقاء. حيث تضمنت هذه المرحلة الاستعانة بمقياس خاص لتحديد درجة تشوه صورة الجسد لدى العينة التي يستهدفها البرنامج، وإجراء التقييم القبلي، واعتماد المهارات والفنيات.

- تحديد عدد جلسات البرنامج: تم تحديد عدد الجلسات التي من خلالها سيتم تنفيذ البرنامج السلوكي المعرفي حيث بلغ عدد الجلسات التي تم تنفيذها مع العينة (11) جلسة تدريبية، وتم الأخذ بعين الاعتبار عند تحديد عدد الجلسات عمر العينة وعدم قدرة العينة على الالتزام بحضور اللقاءات لفترة طويلة بسبب المعوقات التي تم ذكرها، حساسية وخطورة موضوع اللقاءات وهذا شكل خطر على الطفلات وفتح الكثير من التساؤلات والفضول سواء من موظفي الجمعية والأهل وجيران الطفلات أثناء المغادرة والعودة بعد حضور اللقاءات.

- تحديد محتوى البرنامج: وذلك من خلال تحديد فنيات العلاج السلوكي المعرفي التي تم اختيارها وإضافتها إلى البرنامج المستهدفة، ومن ثم العمل على توزيعها على اللقاءات وتحديد محتوى كل لقاء والأدوات والوسائل المستخدمة في كل لقاء وآلية تطبيق كل لقاء.

- تحديد الأساليب والوسائل المستخدمة خلال البرنامج: وذلك من خلال المحاضرة، النقاش، لعب الأدوار، النمذجة، العصف الذهني، الممارسة العملية، الاسترخاء، طرح الأسئلة والحوار.
- **مرحلة تنفيذ البرنامج:** تم ذلك بعد تحديد العينة وتحديد الأهداف والمحتوى، تم تطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال المستهدفين في العينة.
- تم التنسيق والاتصال مع بعض المؤسسات التي تهتم بالأطفال المعنفين وتم تحديد الحالات التي بحاجة إلى المشاركة في البرنامج العلاجي بعد تعرضهم لعنف جسدي وجنسي عنيف ولم يتلقوا أي إسعاف أو تدخل نفسي.
- تم التواصل والتنسيق مع الأهل ومقدمي الرعاية لأفراد العينة والتي بلغ عددها (8) فتيات لتأكيد الموافقة على المشاركة في التدريب، تمت الموافقة أيضا خطيا من قبل ولي أمر الأطفال بالتوقيع على نموذج موافقة على المشاركة في أيام التدريب.
- تم تحديد المكان الأنسب لتنفيذ التدريب مع الحرص على أن يكون وفق المواصفات والشروط المطلوبة من حيث سهولة الوصول للمكان لأفراد العينة، يحمل ترخيص معترف فيه، يضمن السرية والأمان لأفراد العينة.
- تم التنسيق مع جمعية نسوية تختص بتقديم دعم وتمكين للنساء، تمت الموافقة خطيا من خلال نموذج موافقة خطي من إدارة الجمعية يتضمن الموافقة على تنفيذ التدريب وأيام وساعات التدريب وحجز القاعة مع ضمان السرية لأفراد العينة المشاركين، لم يتم ذكر عنوان التدريب أو أهدافه بشكل صريح حفاظا على سرية التدريب وحرصا على أمن الفتيات المشاركات بالعينة.
- تم تنفيذ اللقاءات بمقدار لقاءين أسبوعيا لمدة شهرين تقريبا ساعتين لكل لقاء.

- تنفيذ اللقاءات تم كالتالي:
- تم تنفيذ اللقاء الأول بالتعريف بالمدربة والعنوان والجامعة والهدف من البرنامج، وما هو متطلب الماجستير، تم تنفيذ الاختبار القبلي للفتيات المشاركات، مع الحرص أن يتم تطبيق الاختبار القبلي بسرية تامة وكل طفلة بمفردها.
- بدأ كل لقاء بالترحيب بالمجموعة وتحديد عنوان اللقاء مع التذكير بقوانين المجموعة، بدأ تنفيذ اللقاءات بنشاط افتتاحي ثم تنفيذ التمارين الأساسية، تخلل كل لقاء استراحة لمدة نص ساعة، ثم إكمال التدريب وفترة إنهاء اللقاء بنشاط قصير.
- تميزت اللقاءات بتفاعل الطفلات المشاركات وظهر ذلك من خلال الانسجام والاندماج أثناء التدريب مع الحرص على الإصغاء واحترام مشاعر الغير والتعاون واحترام قواعد المجموعة في كل لقاء.
- ظهرت مشاعر الفرح والانبساط والامتنان في كل لقاء وهذا ساعد بشكل واضح على تمكين الطفلات من التعبير عن مشاعر الحزن والإحباط والقلق الناتجة عن تجارب العنف اللاتي تعرضن لها، لم تتمكن الطفلات في اللقاءات الأولى من القدرة على الحديث عن مشاعرهن والتعبير عنها لكن بعد بناء جدار الثقة مع المدربة وبين أعضاء المجموعة ظهر تغير واضح وجلي في قدرتهن على التعبير عن تجاربهن وهذا ساعد بشكل واضح في تحسين قدراتهم النفسية.

#### المعيقات:

- الصعوبة في طرح ودراسة موضوع يتعلق بالاعتداءات والعنف وخاصة الاعتداءات الجنسية لما تتميز به مدينة الخليل من عادات وتقاليد تحول وتمنع طرح هذه المواضيع.
- الصعوبة في اختيار العينة وتسهيل التنسيق مع المؤسسات ومحاولة إقناع الأهل في السماح للأطفال بالمشاركة بهذا التدريب لخطورة الموضوع وحساسيته في مجتمع الخليل المحافظ المنغلق والذي يعتمد دائما على إغلاق هذه القضايا دون ظهورها للعلن.

- واجهت أفراد العينة صعوبة الوصول للقاءات لبعدها المسافة بين مقر اللقاء ومناطق سكن الطفلات مع عدم توفر مواصلات آمنة وسهلة للوصول، وهذا فرض على المدربة الحرص على إحضار كل طفلة ذهاباً وإياباً من مكان سكنها للتأكد من عدم تعرضها لأي خطر.
- تم تأجيل عدة لقاءات بسبب خوف الأهل في بعض اللقاءات من إرسال طفلاتهم لوجود مشاكل عائلية قد تشكل خطر عليهن، بالإضافة إلى بعد أماكن سكنهم ولتسهيل هذه المعوقات كان بالتواصل بشكل مستمر مع الأهل قبل أي لقاء للتأكيد على الحضور والتأكيد على تأمين تنقلهم بأشراف المدربة.
- **مرحلة تقييم البرنامج العلاجي:** تم إجراء اختبار بعدي وذلك بعد تطبيق البرنامج، وذلك بهدف التحقق من فعالية البرنامج، كما تم أيضاً خلال كل جلسة ملاحظة استفادة المشاركين وكذلك تفاعلهم مع الأنشطة ومدى قدرتهم على تطبيق الفنيات والمهارات المستهدفة.

## 2.6 متغيرات الدراسة:

- 1- متغير مستقل: البرنامج السلوكي المعرفي المستخدم بالدراسة.
- 2- المتغير التابع: تحسين صورة الجسد.

## 2.7 إجراءات الدراسة:

تم اتباع الخطوات التالية من أجل تنفيذ أغراض الدراسة:

1. تم جمع البيانات من عدة مصادر كالمقالات، والتقارير، والرسائل الجامعية، وغيرها، لإعداد الجانب النظري للدراسة، بهدف الوصول إلى نتائج الدراسة لاحقاً.
2. تم تحديد مجتمع الدراسة، تم تحديد عينة الدراسة.
3. تم اختيار المقياس المناسب في الدراسة من خلال الاطلاع على الأدب النظري السابق.
4. تم إعداد البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي بما يناسب مقتضيات الدراسة.

5. تم تطبيق أداة الدراسة على العينة الأصلية، والطلب منهم الإجابة على فقرات الأداة بكل صدق وموضوعية.

6. تمت مناقشة النتائج التي أسفر عنها التحليل في ضوء الأدب النظري والدراسات السابقة، والخروج بنتائج الدراسة وتقديم التوصيات والمقترحات.

## 2.8 المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات تم معالجتها وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

1. تم تطبيق مقياس اضطراب تشوه الجسد الوهمي القبلي والبعدي على أفراد العينة.
2. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفحص مستوى المتغير التابع.
3. معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لفحص الثبات.
4. تم استخدام اختبار Paired samples T-test، للمقارنة بين متوسط إجابات عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

## الفصل الثالث

### نتائج الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى قياس فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى عينة من الأطفال المراهقين في مدينة الخليل والذين تعرضوا لعنف جنسي وجسدي وسيتم الاستعانة ببرنامج علاجي يتم تطبيقه على عينة من المراهقين وقياس التحسن بناء على مقاييس مستخدمة في الدراسة الحالية، يتناول الفصل الحالي عرضاً لنتائج الدراسة التي تم الوصول إليها، سيتم مناقشة إجابات أسئلة الدراسة، وفيما يلي عرض النتائج النهائية للدراسة:

#### 3.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

السؤال الأول: هل توجد فروق في نتائج الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حول مستوى معرفة عينة الدراسة لمفهوم صورة الجسد على مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟

للإجابة على السؤال الأول تم استخراج الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لإجابات المبحوثين قبل تطبيق البرنامج العلاجي كما هو موضح في الجدول رقم (7).

## جدول (7)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب لعينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج

الرقم	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الدرجة
21.	أنشغل بعيب في مظهري لا يعتقد الآخريين أنه موجود	1.63	0.74	54%	منخفضة
22.	أعتقد أي عيب في مظهري أمام المرأة كلما سمحت لي الفرصة	1.88	0.83	63%	متوسطة
23.	أقوم بإزالة كل ما هو غير ملائم في بشرتي (كالحبوب والزيوان)	2.25	0.71	75%	متوسطة
24.	أحتاج إلى وقت كبير حتى أرتب شكلي في الصباح	2.50	0.76	83%	مرتفعة
25.	أشعر بعدم الرضا عن مظهري رغم اعتقاد الآخريين أن مظهري لائق	1.50	0.53	50%	منخفضة
26.	أتحاشى بعض المناسبات لشعوري أن مظهري غيري مناسب	1.63	0.74	54%	منخفضة
27.	أتجنب النظر إلى نفسي في المرأة	1.00	0.00	33%	منخفضة
28.	أقارن مظهري بأشخاص مشهورين يظهرون على مواقع التواصل الاجتماعي	1.13	0.35	38%	منخفضة
29.	يزعجني شعري الخفيف والمتصف على الرغم من اعتقاد الآخريين أنه جميل	1.25	0.46	42%	منخفضة
30.	أشعر أن شكلي مختلف عن الآخريين	2.13	0.83	71%	متوسطة
31.	أكره أن يدقق الآخريين في شكلي	2.38	0.92	79%	مرتفعة
32.	أعتقد أنه يجب أن أخفف من وزني بالرغم باعتقاد الآخريين عدم حاجتي لذلك	2.13	0.83	71%	متوسطة
33.	أخاف أن يلاحظ الآخريين عيوبي	1.50	0.76	50%	منخفضة
34.	قمت العديد من أنظمة الريجيم كي أخفف من وزني	1.63	0.74	54%	منخفضة
35.	أشعر بالخجل إذا كانت ملابس غير مرتبة	2.25	0.46	75%	متوسطة
36.	تعجبني ملامح وجهي بشكل عام	2.38	0.74	79%	مرتفعة
37.	استخدم أدوات وأدوية لتنظيف بشرتي	1.75	0.46	58%	متوسطة
38.	يدل مظهر الشخص على شخصيته	1.75	0.71	58%	متوسطة
39.	أعتقد أن مدح الآخريين هي مجرد مجاملة لي	2.13	0.83	71%	متوسطة
40.	جسمي مشدود ومتناسق العضلات	1.75	0.71	58%	متوسطة
	الدرجة الكلية	1.83	0.19	61%	متوسطة

\* وتجدر الإشارة أن الملحق رقم (أ) يوضح أقسام وفقرات الاستبانة.

يلاحظ من الجدول (7) أن الدرجة الكلية لمتوسط إجابات العينة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي جاءت متوسطة، حيث بلغ الوسط الحسابي لها (1.83) والانحراف المعياري (0.19)، وكانت أكثر الفقرات أهمية

(أحتاج إلى وقت كبير حتى أرتب شكلي في الصباح) حيث بلغ الوسط الحسابي لها (2.50)، وأقلها أهمية (أتجنب النظر إلى نفسي في المرآة) ووسطها الحسابي (1) كما يتبين في الجدول (8).

### جدول (8)

المتوسط الحسابي لإجابات العينة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

الرقم	المتوسط الحسابي	الدرجة
1	1.66-1	درجة منخفضة
2	2.33-1.67	درجة متوسطة
3	2.34-3	درجة مرتفعة

ويلاحظ أن الدرجة الكلية لمتوسط إجابات العينة بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي جاءت متوسطة، حيث بلغ الوسط الحسابي لها (1.79) والانحراف المعياري (0.46)، وكانت أكثر الفقرات أهمية (تعجبني ملامح وجهي بشكل عام) حيث بلغ الوسط الحسابي لها (2.57) كما يبين الجدول (9):

## جدول (9)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب لعينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج

الرقم	الفقرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الدرجة
1.	أنشغل بعيب في مظهري لا يعتقد الآخريين أنه موجود	1.57	0.79	52%	منخفضة
2.	أتقعد أي عيب في مظهري أمام المرأة كلما سمحت لي الفرصة	2.29	0.95	76%	متوسطة
3.	أقوم بإزالة كل ما هو غير ملائم في بشرتي (كالحبوب والزيوان)	2.14	0.38	71%	متوسطة
4.	أحتاج إلى وقت كبير حتى أرتب شكلي في الصباح	2.14	0.69	71%	متوسطة
5.	أشعر بعدم الرضا عن مظهري رغم اعتقاد الآخريين أن مظهري لائق	1.57	0.79	52%	منخفضة
6.	أتحاشى بعض المناسبات لشعوري أن مظهري غيري مناسب	1.71	0.95	57%	متوسطة
7.	أتجنب النظر إلى نفسي في المرأة	1.57	0.98	52%	منخفضة
8.	أقارن مظهري بأشخاص مشهورين يظهرون على مواقع التواصل الاجتماعي	1.43	0.53	48%	منخفضة
9.	يزعجني شعري الخفيف والمتصف على الرغم من اعتقاد الآخريين أنه جميل	1.57	0.79	52%	منخفضة
10.	أشعر أن شكلي مختلف عن الآخريين	1.43	0.53	48%	متوسطة
11.	أكره أن يدقق الآخريين في شكلي	1.71	0.95	57%	متوسطة
12.	اعتقد أنه يجب أن أخفف من وزني بالرغم باعتقاد الآخريين عدم حاجتي لذلك	1.57	0.79	52%	منخفضة
13.	أخاف أن يلاحظ الآخريين عيوبي	1.43	0.79	48%	منخفضة
14.	قمت العديد من أنظمة الريجيم كي أخفف من وزني	1.43	0.79	48%	منخفضة
15.	أشعر بالخجل إذا كانت ملابس غير مرتبة	2.29	0.95	76%	متوسطة
16.	تعجبني ملامح وجهي بشكل عام	2.57	0.53	86%	مرتفعة
17.	استخدم أدوات وأدوية لتنظيف بشرتي	2.00	0.58	67%	متوسطة
18.	يدل مظهر الشخص على شخصيته	1.57	0.79	52%	منخفضة
19.	أعتقد أن مدح الآخريين هي مجرد مجاملة لي	2.00	1.00	67%	متوسطة
20.	جسمي مشدود ومتناسق العضلات	1.86	0.90	62%	متوسطة
	الدرجة الكلية	1.79	0.46	60%	متوسطة

### 3.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

السؤال: هل توجد فروق في نتائج الاختبار القبلي والاختبار البعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج

العلاج السلوكي المعرفي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف

جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟

للإجابة على السؤال تم استخدام اختبار Paired samples T-test، للمقارنة بين متوسط إجابات عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، كما هو موضح في الجدول (10):

### جدول (10)

#### نتائج اختبار Paired samples T-test

	mean	N	Std. Deviation	R	T value	Df	Sig
<b>Pre</b>	1.81	7	0.201				
<b>post</b>	1.80	7	0.458	.624	.154	6	.135

يلاحظ من الجدول (10) أن قيمة الدلالة الإحصائية (Sig=.692)، وهي أكبر من 5%، أي أنه لا يوجد فرق بين إجابات عينة الدراسة لتطبيق العلاج المعرفي والسلوكي قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه.

## الفصل الرابع

### مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين ويتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها وذلك في ضوء الدراسات السابقة، بالإضافة إلى تقديم بعض التوصيات ذات العلاقة.

أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لمتوسط إجابات العينة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي جاءت متوسطة،، ويمكن عزو هذه النتيجة إلى عمر العينة الزمني والعقلي كون أفراد العينة في بداية مرحلة البلوغ لذا من الصعب ادراك معنى مفهوم صورة الجسد بكافة أبعاده وهذا يعطي تفسير للنتيجة وهو حداثة المصطلح ومعناه للعينة قيد البحث بالإضافة إلى التجربة الأولى والنوعية في المشاركة في برنامج علاج نفسي سلوكي معرفي وما يحتويه العلاج من فنيات (الاسترخاء ولعب الدور ومعالجة الأفكار السلبية المعتقدات اللاعقلانية التحصين ضد الضغوط....) مما يزيد من قوة الدراسة من خلال تطبيق البرنامج وتوضيح المعنى الدقيق لمفهوم صورة الجسد من خلال ممارسة فنيات العلاج السلوكي المعرفي.

#### 4.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

هل توجد فروق في نتائج الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حول مستوى معرفة عينة الدراسة لمفهوم صورة الجسد على مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟

أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لمتوسط إجابات العينة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي جاءت متوسطة، ويمكن عزو هذه النتيجة إلى عمر العينة الزمني والعقلي كون أفراد العينة في بداية مرحلة البلوغ

لذا من الصعب ادراك معنى مفهوم صورة الجسد بكافة أبعاده وهذا يعطي تفسير للنتيجة وهو حداثة المصطلح ومعناه للعينة قيد البحث بالإضافة إلى التجربة الأولى والتنوع في المشاركة في برنامج علاج نفسي سلوكي معرفي وما يحتويه العلاج من فنيات (الاسترخاء ولعب الدور ومعالجة الأفكار السلبية المعتقدات اللاعقلانية التحصين ضد الضغوط....) مما يزيد من قوة الدراسة من خلال تطبيق البرنامج وتوضيح المعنى الدقيق لمفهوم صورة الجسد من خلال ممارسة فنيات العلاج السلوكي المعرفي.

#### 4.2 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل توجد فروق في نتائج الاختبار القبلي والاختبار البعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي لتحسين صورة الجسد لدى الأطفال المراهقين الذين تعرضوا لاستغلال وعنف جسدي وجنسي والمقيمين في محافظة الخليل في فلسطين؟

أشارت النتائج المتعلقة بهذا السؤال إلى عدم ظهور أي تحسن في صورة الجسد لدى العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وهذا ظهر من خلال النتائج المتوسطة لأدائهم على المقياس البعدي وأدائهم على القياس القبلي، وذلك على الدرجة الكلية للمهارات والفنيات العلاجية للعلاج السلوكي المعرفي مثل (الاسترخاء ولعب الدور ومعالجة الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية والتحصين ضد الضغوط....)، بالتالي لا توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي للعينة ولا يوجد فرق بين إجابات عينة الدراسة التي لم تتلق أو تشارك سابقاً أبداً بأي برنامج علاجي نفسي، ولم تشارك بأي تدخل علمي علاجي ممنهج يتصل بموضوع الدراسة، وفي هذا النطاق تجد الباحثة انه من المنطق المتوقع أن تكون النتائج غير داله إحصائياً، حيث إن العينة لم تتلق أي علاج نفسي مسبق نهائياً ولم تخضع لأي تقييم أو تشخيص من متخصص، و فقط حصلت طفلتان على التدخل النفسي الأولي من قبل مرشد المدرسة بعد تعرضهن لاعتداء جنسي وطفلة من قبل حماية الطفولة وشرطة حماية الأسرة فقط، بينما باقي أفراد العينة لم يحصلوا نهائياً على أي تدخل نفسي أو علاج وكانت هذه التجربة الأولى لهم في الحديث عن معاناتهم النفسية والجسدية بعد تعرضهم للعنف من قبل الأهل والأقارب والمجتمع حيث تعرضت إحداهن لعنف جسدي متكرر من قبل

زوجة الأخ كان له الأثر الواضح في تنمية شخصية لديها اضطرابات سلوكية حادة، وطفلة تعرضت لعنف أبوي شديد نتيجة معاناتها من إصابة في الطفولة سببت لها إعاقة دائمة في الأطراف، ومعانات باقي أفراد العينة من إساءة شديدة نتيجة تجربة طلاق والدين وعنف نفسي وجسدي شديد من قبل الأهل. وفي هذا السياق تجد الباحثة أن العينة ليس لديها إدراك معرفي وانفعالي واجتماعي بسبب صغر العمر الزمني وصعوبة إدراك مفاهيم مثل مفهوم صورة الجسد والعلاج السلوكي المعرفي، وهذا الضعف يرجع فقر وانعدام التدخلات النفسية وطبية وعدم توفر أي علاج نفسي أو أي متابعة نفسية للعديد من الأطفال المعنفين في مدينة الخليل واقتصار التدخل على بعض المؤسسات غير الأهلية في تقديم بعض الإسعاف النفسي الأولي، وهذا الهدف الأساسي الذي دفع الباحثة إلى بحث دراسة العلاج السلوكي المعرفي موضوع الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع العديد من نتائج الدراسات السابقة وهي الآتية مثل: دراسة الحسيني في تحديد المكونات الأساسية لصورة الجسد والتي تشكل الاهتمام الأساسي للمراهق سواء من ناحية الشكل الذي يكونه الشخص عن نفسه ليشمل قياساته وخطوطه وشكله ومشاعره (Hosseini & Padhy, 2019) أيضا يتطابق مع دراسة الجيزاني (2021) التي تناولت العديد من الطقوس التي يقوم بها المراهق مثل الاهتمام بالمظهر العام بشكل مبالغ فيه مع كثرة النظر في المرآة ومتابعة كافة التغيرات الجسدية التي تظهر. وهذا يتطابق مع دراسة (2004) Veale والتي تصنف اضطراب تشوه الجسد بأنه حالة عقلية تسيطر عليها أفكار حول عيب خلقي في الجسم يؤثر هذا الهوس بهذا العيب إلى اضطراب في نشاط الأفراد اليومي في عملهم ودراساتهم وحياتهم الاجتماعية، أيضا تتطابق النتيجة مع دراسة عالمة النفس جين نيدلمان التي تفسر صورة الجسد على أنها صوت النقد السلبي (Taylka, 2015)، والذي بدوره يفرض على الشخص الحرص على تكوين فكرة متناقضة مع الصوت الداخلي السلبي.

تطبيق برنامج علاجي سلوكي معرفي دون المزامنة مع العلاج الدوائي من قبل طبيب مختص أفقد البرنامج العلاجي قدرته على إحداث تغيير في تحسين صورة الجسد وهذا ما أكدته نتائج القياس البعدي التي كانت غير دالة إحصائيا وهذا ما أثبتته عدة دراسات (Fava, et al., 2004)، التغيرات الكيميائية والإصابات التي

تحدث بالدماغ نتيجة هذه الصدمات وهذا ينطبق مع الدراسة التي اعدھا (Hyman, 2005) والتي تؤكد على الدور الأساسي الذي تلعبه الناقلات العصبية في وظائف المخ والتغيرات الناتجة عن التعرض للصددمات واثرا البارز على نشاط هذه الناقل والعمل على التحكم في عمل الناقل لما لها من دور حاسم في علاج الاضطرابات النفسية والعصبية. ولا يوصى العلاج السلوكي المعرفي للأشخاص الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء النفسيين بإصابتهم باضطرابات عقلية معقدة (Lynch, Laws, & McKenna, 2010). وهذا كان واضحا في نتائج العينة سواء بنتائج الاختبار القبلي أو الاختبار البعدي أي أنّ الفروقات بين القياس القبلي والقياس البعدي كانت ذو مستوى دلالة متوسط وغير دال إحصائياً، بالتالي لا توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي للعينة.

#### 4.3 إعادة تحليل الاختبار البعدي للتحقق من النتائج

تم إعادة تحليل الاختبار البعدي للتحقق من النتائج وكانت كالتالي بتنفيذ ثلاثة لقاءات أخرى بالإضافة إلى اللقاءات السابقة للتأكد من نتائج التحليل والتي كانت غير دالة إحصائياً. حيث كانت النتائج كالتالي:

أظهرت نتائج تحليل الاختبار البعدي الثاني لمقياس تشوه صورة الجسد الوهمي عدم وجود فروق بين إجابات العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي المعرفي وهذا ما يؤكد على التشابه بين تحليل النتائج الأول وتحليل النتائج الثاني والتأكيد على عدم قدرة البرنامج العلاجي في إحداث تحسين لصورة الجسد للأطفال المعرضين للعنف الجسدي والجنسي

وفق الدراسة الحالية والتي أثبتت الآثار الجانبية للعلاج النفسي من خلال مقابلة 100 معالج سلوكي معرفي أثبتت الدراسة تقاوم الأعراض لدى المرضى المشاركين بالدراسة 21% عانوا من تقاوم الأعراض بشدة 5% عانوا من اضطرابات مزمنة (Schermuly-Haupt, Linden, & Rush, 2018)، واثبت استطلاع مجهول عبر الإنترنت شمل 14 سؤالاً مفتوحاً بالاستعانة ببعض الأسئلة التي يستخدمها أطباء مصنفين على أنهم معالجين للسلوك الإدراكي أكد أغلب المشاركين معاناتهم من آثار سلبية بعد تلقيهم للعلاج النفسي وأن

الأطباء والمعالجين لم يكونوا على دراية كافية بحدوث الآثار السلبية وتأثيرها على مجريات العلاج والنتائج (Bystedt, Rozental, Andersson, Boettcher, & Carlbring, 2014).  
وفق الدراسة التالية قد يكون علاجاً فعالاً للذهان فقط إذا ترافق مع العلاج النفسي الدوائي (التحالف العلاجي TA)، ولا يمكن تقديم العلاج السلوكي المعرفي إلا إذا سبق بعلاج دوائي مناسب (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015) الأربعة سنة الماضية تم إحراز تقدم هائل في دراسة تأثير العلاج النفسي والآثار السلبية والإيجابية له، وتمت دراسة 500 نتيجة بعد تلقي العلاج النفسي وأظهر البحث أن 10% من المتعالجين ظهرت عليهم أعراض سلبية ناتجة عن العلاج وكانت نسبة الإبلاغ عن الآثار السلبية تتراوح بين 9% للعلاج النفسي الديناميكي، 4% للعلاج السلوكي المعرفي (Scott & Young, 2016).

#### 4.4 التوصيات:

تقدم الدراسة عدة توصيات في ضوء نتائج الدراسة، تتمثل في:

##### • النهوض بخدمات العلاج النفسي في فلسطين من خلال مجموعة من الإجراءات:

1. استخدام العلاج السلوكي المعرفي مع البالغين والمراهقين من 16 سنة فما فوق لقدرتهم العقلية والنفسية على مواجهة الأفكار السلبية والتحكم بالمشاعر التي تساعد على مواجهة التفكير السلبي بتفكير إيجابي..
2. تشجيع الأطفال المراهقين لتعلم مهارات وهويات جديدة وتوفير التشجيع والدعم من قبل الأهل لممارسة هذه الهوايات مع خلق بيئة تعليمية مناسبة لتعليم هذه المهارات من خلال بناء وافتتاح نوادي ومراكز ترفيهية تعليمية متخصصة تمكن الأطفال من اكتشاف أنفسهم وتطوير ذاتهم وتحديد أهدافهم وبالتالي بناء صورة إيجابية عن أنفسهم.
3. توعية و تثقيف الأهل على بناء وتوفير بيئة داعمة وآمنة ومحبة ومسالمة حريصة على تنمية قدراته وفهم مشاعره تضمن نمو الطفل بسعادة ونجاح وتعزز الرضا الذاتي الداخلي لديه.

4. خلق بيئة أسرية واجتماعية آمنة من خلال توعية الأهل ومقدمي الرعاية بأهمية توفير مساحات آمنة تمكن الطفل من التعبير عن مشاعره وأفكاره السلبية وتعليمه أساليب التعبير عنها لما له من أثر في إحداث اتزان نفسي مستقبلا.
5. توعيه وإرشاد الأهل من خلال برامج توعية وتنقيف حول أهمية صورة الجسد خاصة للفتيات والعمل على تنقيف الأهل لمساعدة أطفالهم على بناء صورة جسد إيجابية لديهم.
6. تنفيذ برامج توعيه لأهالي الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في صورة الجسد والحرص على إشراكهم في العلاج.
7. الاهتمام بالجوانب الطبية والتشريحية البحتة في العلاج النفسي مع التركيز على إجراء المزيد من الدراسات التي تدعم وتفسر الأسباب الكامنة للاضطرابات النفسية وما يبتغ الصدمات من اضطرابات نفسية حادة ومزمنة.
8. الاهتمام بالجيل الناشئ منذ الصغر بتوفير الوعي والدعم النفسي للأطفال خاصة في مرحلة المراهقة من خلال تطوير كوادر وطواقم علاج نفسي على درجة عالية من التخصص في مجال الطب النفسي
9. توفير برامج إرشادية يتم تطبيقها بالمدارس وفق برامج إرشادية تتم بإشراف وتنفيذ المرشد الاجتماعي بالمدارس ولكافة المراحل.
10. الاهتمام بفئة النساء بالمجتمع من خلال المراكز النسوية والاجتماعية بتنفيذ برامج إرشاد جمعي والهدف التركيز على صورة الجسد لدى المراهق مع تزويد الأمهات بأساليب متخصصة لخلق بيئة اجتماعية سليمة تضمن نمو صورة جسد سليمة غير مشوه.

## قائمة المصادر والمراجع العلمية

### المراجع العربية:

أحمد، شيريهان وصبري، محمد وخضر، وعبد الباسط، متولى. (2020). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين صورة الجسم لدى طالبات المرحلة الثانوية. *المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية*، (14)4، الصفحات 177-214.

جمال. (2021). فاعلية برنامج إرشادي إنتقائي تكاملي لتحسين صورة الجسم لدى عينة من المراهقات اللاتي يعانين من اضطراب الشره العصبي.

الجزائري، محمد حسين. (2021). القيمة التنبؤية لاضطراب تشوه الجسد الوهمي في الشره العصبي لدى طلبة جامعة سطات بن عبد العزيز. *مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية*، (2)25، الصفحات 651-680.

الخولي، محمد عبد الظاهر وعبد الله. (2018). استراتيجيات المسايرة واستراتيجيات التجنب كمنبئات بالمظهر وصورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية (أسيوط)*، (12.2)34، الصفحات 1-53.

طه، فرج عبد القادر. (1989). *معجم علم النفس والتحليل النفسي*.

عربادي، وحسان. (2013). *العنف ضد الأطفال في الوسط الأسري*.

عسوس، بريغث وبولبازين، أنيسة. (2018). *الاضطرابات النفسية والسلوكية-العوامل والأسباب*.

قندوسي، سعدية. (2021). مرحلة المراهقة -نظرياتها وخصائصها. *مجلة التمكين الاجتماعي*، (4)3، الصفحات 121-142.

معمرى، وناجي. (2016). *صورة الجسم عند المتشوه خلقيا*.

- Atallah, M. K. (2021). Cognitive Behavior therapy" Donald Meichenbaum Model" Concepts, main principles, and therapeutic strategies. *Journal of Research in Education and Psychology*, 36(1). 241-262.
- Ayub, N., Kimong, P. J., & Ee, G. T. (2018). A distorted body image: cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *In Cognitive Behavioral Therapy-Theories and Applications. IntechOpen.*
- Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., & Lee, S. H. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry investigation*, 14(1),. 37.
- Beaulieu, J., Espinoza, S., & Gainetdinov, R. R. (2015). Dopamine receptors–IUPHAR R review 13. *British journal of pharmacology*, 172(1),. 1-23.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62(1), pp. 397-409.
- Bergmann, G. (1956). The contribution of John B. Watson. *Psychological Review*,63(4),. 265.
- Blanco, L., Nydegger, L. A., Camarillo, G., Trinidad, D. R., Schramm, E., & Ames, S. L. (2015). Neurological changes in brain structure and functions among individuals with a history of childhood sexual abuse: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57,. 63-69.
- Boisso, C. V. (1989). *Psychological Characteristics of Adolescent Males Who Have Been Sexually Abused.*
- Brown, J., & Saied-Tessier, A. (2015). *Preventing child sexual abuse.* London: NSPCC.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4),. 319-331.

- Dastghir, S., & Karimi, J. (2019). The relationship between body Image cognitive fusion, body image psychological inflexibility, meaning in life and mindfulness with body dysmorphic disorder in female Students. *Razi Journal of Medical Sciences*, 26(6),. 1-12.
- Dattadeen, J. A. (2015). Treating Bulimia Nervosa with Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy. *Inquiries Journal*, 7(02).
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological psychiatry*, 45(10),. 1271-1284.
- de Brito, M. J., Nahas, F. X., Barbosa, M. V., Dini, G. M., Kimura, A. K., Farah, A. B., & Ferreira, L. M. (2010). Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Annals of plastic surgery*, 65(1),. 5-10.
- Diaz , A., Simantov, E., & Rickert, V. (2002). Effect of Abuse on Health: Results of a National Survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156(8): 811–817. doi:10.1001/archpedi.156.8.811.
- Didie, E. R., Tortolani, C. C., Pope, C. G., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child abuse & neglect*, 30(10),. 1105-1115.
- Dovi, A. T., Macaulay, J. L., Repine, A., De Jong, A., Williams, R. E., & Deutsch, S. A. (2022). Multidisciplinary Team Approach to Addressing Child Sexual Abuse at Nemours Children’s Health, Delaware. *Delaware Journal of Public Health*, 8(2),. 22.
- Enright, S. J. (1997). Cognitive behaviour therapy--clinical applications. *BMJ. British Medical Journal*, 314(7097). 1811.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American journal of Psychiatry*, 161(10),. 1872-1876.

- Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579-585.
- Fernández-Bustos, J. G., Infantes-Paniagua, Á., Cuevas, R., & Contreras, O. R. (2019). Effect of physical activity on self-concept: Theoretical model on the mediation of body image and physical self-concept in adolescents. *Frontiers in psychology*, 10, 1537.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse*. New York, 186f.
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2011). *Polyvictimization: children's exposure to multiple types of violence, crime and abuse (Juvenile Justice Bulletin)*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Department of Justice.
- Giang, T. V., Le, D. H., Nguyen, T. H., Huynh, V. S., & Nguyen-Thi, D. M. (2021). Case Report: The resiliency journey of a Vietnamese female sexual abuse survivor: an exploration in life history. *F1000Research*, 10, 1071.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373.
- Grogan, S. (2006). Body image and health: Contemporary perspectives. *Journal of health psychology*, 11(4), 523-530.
- Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2006). 'Body Image is for Girls' A Qualitative Study of Boys' Body Image. *Journal of health psychology*, 11(4), 567-576.
- Helgadóttir, S. G. (2016). *Associations between childhood sexual abuse, body image and the development of eating disorders*. (Doctoral dissertation).
- Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2019). *Body image distortion*.
- Hyman, S. E. (2005). Neurotransmitters. *Current biology*, 15(5), R154-R158. *Current biology*, 15(5), R154-R158.

- Hyun, M. Y., Jung, Y. E., Kim, M. D., Kwak, Y. S., Hong, S. C., Bahk, W. M., & Yoo, B. (2014). Factors associated with body image distortion in Korean adolescents. *Neuropsychiatric disease and treatment*, pp. 797-802.
- Jay, A., Evans, M., Frank, I., & Sharpling, D. (2018). *Interim report of the independent inquiry into child sexual abuse*.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric disease and treatment*.
- Karakuş, Ö. (2012). Relation between childhood abuse and self esteem in adolescence. *Journal of Human Sciences*, 9(2), pp. 753-763.
- Kearney-Cooke, A., & Ackard, D. M. (2000). The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia*, 3(6), pp. 54-60.
- Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I., & Anschütz, D. (2018). Picture perfect: The direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls. *Media Psychology*, 21(1), pp. 93-110.
- Kolb, B., Forgie, M., Gibb, R., Gorny, G., & Rowntree, S. (1998). Age, experience and the changing brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 22(2), pp. 143-159.
- Liechty, J. M., Clarke, S., Birky, J. P., Harrison, K., & Team, S. K. (2016). Perceptions of early body image socialization in families: Exploring knowledge, beliefs, and strategies among mothers of preschoolers. *Body Image*, 19, pp. 68-78.
- Lucki, I. (1998). The spectrum of behaviors influenced by serotonin. *Biological psychiatry*, 44(3), pp. 151-162.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological medicine*, 40(1), pp. 9-24.

- Macdonald, G., Higgins, J. P., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., & Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).
- Mahoney, J. (2011). Types of abuse. *Nursing Clinics*, 46(4), pp. 385-390.
- Moeller, T. P., Bachmann, G. A., & Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child abuse & neglect*, 17(5), pp. 623-640.
- Morita, T., Asada, M., & Naito, E. (2014). Contribution of neuroimaging studies to understanding development of human cognitive brain functions. *Journal of neural transmission*, 121(8), pp. 799-817.
- Nash, J. M. (1997). Fertile minds. *Time*, 149(5), pp. 48-56.
- National Research Council. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*.
- Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R. A. (2016). Does body image affect quality of life?: A population based study. *PloS one*, 11(9), p. e0163290.
- Otakpor, A. N., & Ehimigbai, M. (2016). Body image perception and mental health of in-school adolescents in Benin City, Nigeria. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 23(2), p. 71.
- Pesa, J. A., Syre, T. R., & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of adolescent health*, 26(5), pp. 330-337.
- Phillips, K. A. (2014). Body dysmorphic disorder: common, severe and in need of treatment research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(6), pp. 325-329.
- Rai, T., Mainali, P., Raza, A., Rashid, J., & Rutkofsky, I. (2019). Exploring the link between emotional child abuse and anorexia nervosa: A psychopathological correlation. *Cureus*, 11(8).

- Rinne-Albers, M. A., Van Der Werff, S. J., van Hoof, M. J., van Lang, N. D., Lamers-Winkelmann, F., Rombouts, S. A., & van der Wee, N. J. (2016). Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: a DTI study. *European child & adolescent psychiatry*, 25(8), pp. 869-878.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). *Cognitive-behavioral therapy*.
- Sarwer, D. B., & Heinberg, L. J. (2020). A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. *American Psychologist*, 75(2), p. 252.
- Schermuly-Haupt, M. L., Linden, M., & Rush, A. J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42, pp. 219-229.
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder—What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of psychosomatic research*, 78(3), pp. 223-227.
- Scott, J., & Young, A. H. (2016). Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), pp. 208-209.
- Soltani, N., Safajou, F., Amouzesi, Z., & Zamani, E. (2017). The relationship between body image and mental health of students in Birjand in 2016 academic year: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(5), pp. 479-486.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse. *Journal of general internal medicine*, 18(10), pp. 864-870.
- Steinberg, L. (2010). Commentary: A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain and cognition*, 72(1), p. 160.
- Stiles, J., & Jernigan, T. L. (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology review*, 20(4), pp. 327-348.

- Taylor, C. A. (2017). *The Relationship between Sexual Abuse and Body Image of Members of the United States Military*.
- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*, The Guilford Press, pp. 12-19.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S., & Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. European Eating Disorders Review. *The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(2), pp. 106-111.
- Turner, R., & Swearer Napolitano, S. M. (2010). *Cognitive behavioral therapy (CBT)*.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image*, 14, pp. 118-129.
- Vallone, D., Picetti, R., & Borrelli, E. (2000). Structure and function of dopamine receptors. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 24(1), pp. 125-132.
- Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate medical journal*, 80(940), pp. 67-71.
- Wright, J. H. (2006). Cognitive behavior therapy: Basic principles and recent advances. *Focus*, 4(2), pp. 173-178.
- Zeigler-Hill, V. (2013). *Self-esteem*. Psychology Press.

## الملاحق

### الملحق (أ)

#### موافقة ولي أمر الطالبة

بسم الله الرحمن الرحيم

أنا ولي أمر الطفلة..... أوافق على مشاركة  
ابنتي في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والذي سيتم تنفيذه من قبل طالبة الماجستير تخصص علم  
نفس إكلينيكي / جامعه النجاح فادية عوض بعنوان برنامج سلوكي معرفي لتحسين صورة الجسد للأطفال  
المراهقين في مدينة الخليل بواقع (8) لقاءات والذي سيتم في قاعة جمعية بنت الريف / دورا.

اسم ولي الأمر: .....

رقم الجوال: .....

التوقيع: .....

## ملحق (ب)

### كتاب تسهيل مهام

الرقم: 2022/9/50

التاريخ: 2022/9/6

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الدكتور شادي أبو الكباش المشرف الأكاديمي في جامعة النجاح الوطنية/ المحترم

تحية طيبة.....

الموضوع: تسهيل مهام طالبة فادية فيصل عوض

نعلمكم أن رئيسة وأعضاء جمعية بنت الريف الخيرية /دورا أننا نوافق على طلب طالبة فادية عوض لاستخدام قاعة الجمعية لتنفيذ برنامج علاجي نفسي مع مجموعة من الأطفال وعددهم (8 فتيات) وفق متطلبات رسالة الماجستير المطلوبة بواقع (8 لقاءات) لمدة ساعتين من الزمن لكل لقاء من تاريخ 2022/9/6 ولغاية 2022/12/30 وفق الأصول.

مع الاحترام

رئيسة الجمعية

الاسم:

التوقيع:

الخاتم الرسمي

## ملحق (ج)

### برنامج الجلسات العلاجية

ملاحظات	الجلسة التمهيديّة (تعريف المشاركين بالبرنامج)	الجلسة الأولى
<p>– مدة اللقاء: 120 دقيقة</p> <p>– مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف</p> <p>– عدد الحضور 8 أفراد</p>	<p>– جلسة تعارف بين الباحثة والأطفال المشاركين</p> <p>– بناء علاقة متبادلة مع الأطفال وبناء جو من الراحة والانسجام والهدوء لضمان الوصول إلى النتائج المطلوبة نهاية اللقاءات</p> <p>– تنظيم أيام اللقاءات والمواعيد، اقتراح قوانين المجموعة</p> <p>– شرح وتمهيد موجز عن النشاط</p> <p>– تطبيق الاختبار القبلي (مقياس صورة الجسد)</p> <p>– تمرين بعنوان (ما يشغل بالنا)</p>	<p>الأهداف</p>
	<p>– الأدوات: أوراق وأقلام</p> <p>– التقنيات: نقاش وعمل مجموعات</p>	<p>الأدوات والفنيات المستخدمة</p>
	<p>• تقوم الباحثة باستقبال الأطفال واستكشاف المكان أو الغرفة التي سيتم فيها اللقاءات وتهيئة الغرفة وكيفية الجلوس بمشاركة الأطفال والأخذ باقتراحاتهم</p> <p>• السماح لكل طفل باختيار المكان والجلسة التي تناسبه ثم التعارف بين المجموعة كل باسمه</p> <p>• تحديد أيام اللقاء من كل أسبوع وتحديد وقت الحضور وتنفيذ النشاط، كتابة جدول اللقاءات</p> <p>• التعريف بالباحثة بشكل موجز بالتعريف بدراسة الباحثة والجامعة التي تدرس فيها وما هو المطلوب منها من هذه اللقاءات وما الهدف من النشاط</p> <p>• طرح عنوان النشاط، أسئلة مفتوحة لأطفال لقياس ما استنتجه الأطفال من العنوان</p> <p>• تطبيق الاختبار القبلي (مقياس صورة الجسد)</p> <p>• تنفيذ التمرين (ما يشغل بالنا قبل والآن ومستقبلاً)</p> <p>• خطوات تنفيذ التمرين: الهدف من التمرين:</p> <p>1. اطلب من الأطفال التفكير بصمت بمشكلات ومواقف صعبة وأجهوها ثم سؤالهم هل أثرت عليهم نفسياً؟ وكيف أثرت؟</p> <p>2. تعزيز قدرات الأطفال على التفكير في كيفية التعامل مع المشكلات والتجارب السيئة</p> <p>• اشرح للأطفال أن النشاط فردي لا يتم مشاركة الآخرين بالأفكار التي كتبت</p> <p>• كل طفل يقوم بتسجيل الأفكار السيئة والمواقف التي مر بها خلال الأسبوعين الأخيرين</p>	<p>الإجراءات</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الخطوة التالية اطلب منهم أن يتذكروا أنفسهم قبل سنة من الآن (الآن ارجعوا بالذاكرة للعام الماضي وتذكروا أنفسكم) نقاش</li> <li>• سؤال آخر (الآن تخيلوا أنفسكم بعد سنة من الآن)</li> </ul> <p>3. سؤال: حوار مع الأطفال عن الأمور التي كتبوها لكن بشكل عام دون تفاصيل والتركيز على تأثيرها على الصحة النفسية لديهم</p> <p>4. تقييم وإنهاء</p>	
	<b>تعريف صورة الجسد والعلاج السلوكي المعرفي</b>	<b>الجلسة الثانية</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مدة اللقاء: 120 دقيقة</li> <li>- مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف</li> <li>- عدد الحضور 8 أفراد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمرين (صورة الجسد والتعبير عن الذات)</li> <li>- جلسة حوار وعصف ذهني حول مفاهيم الجسد التجارب والخبرات في الطفولة</li> <li>- كيفية التعامل مع الصدمات وما هو علاجها</li> <li>- تمرين إنهاء (توكيد الذات)</li> </ul>	الأهداف
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ورق أبيض، ألوان مائية، ورق ملون، تليق</li> <li>- رسم وتلوين، تعبير فني</li> </ul>	الأدوات والفنيات المستخدمة
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطلب من كل طفل أن يختار شريك له بالتمرين، سيأخذ كل طفل ورقة بيضاء، سأطلب من كل طفل أن يضع الورقة على وجه شريكة ويقوم برسم ملامح الوجه الأساسية</li> <li>- كل طفل سيكتب اسمه على الورقة التي رسم عليها وجهه، نقوم بتعليق الأوراق على الحائط واطلب من كل طفل أن يضيف ما يرغب على شكل وجهه شعر، تفاصيل الوجه، ألوان</li> <li>- بعد الانتهاء من وضع الإضافات اطلب من الأطفال الجلوس بدائرة مغلقة على الأرض لمناقشة الرسومات بطرح مجموعة من الأسئلة:</li> <li>- كيف تشعرون؟ بماذا يشبهكم رسمكم؟ ما الذي أعجبكم برسومات الآخرين؟</li> <li>- التمرين يساعد الأطفال على التعبير عن ما لا يحبونه في شكلهم الخارجي، ولماذا؟ وهل يرغبون في تغييره؟</li> <li>- جلسة عصف ذهني وحوار عن أنفسنا وكيفية التعبير عن مشاعرنا وهويتنا</li> <li>- إنهاء الجلسة بتمرين توكيد الذات</li> <li>- خطوات تنفيذ التمرين: الهدف من التمرين: زيادة وعي الأطفال بأهمية توكيد الذات لديهم</li> <li>- الأدوات: مقياس توكيد الذات</li> <li>- التنفيذ:</li> <li>- أوزع ورقة التمرين على كل طفل، ثم اطلب منهم أن يجيبوا عن الأسئلة كل بمفرده</li> <li>- نقوم بعد الانتهاء بمناقشة ما هو مكتوب بالتمرين، وان يفكروا بالمواقف التي قد تواجههم والتي تحتاج أن يعبروا بصراحة عن أفكارهم ومشاعرهم</li> </ul>	الإجراءات

	– آخر سؤال: ما الذي تعلمتوه من هذا التمرين، مع تشجيعهم على المواقف التي يرغبون بالتعبير عنها	
	<b>المشاعر السلبية، الأفكار السلبية</b>	<b>الجلسة الثالثة</b>
– مدة اللقاء: 120 دقيقة – مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف – عدد الحضور 8 أطفال	– تمرين طرق مختلفة للتعبير (إعادة صياغة من أجل توكيد الذات) – عصف ذهني ونقاش حول المشاعر وبماذا نحس وكيف نحس، هل لدينا مشاعر وأفكار سلبية. – تشجيع الأطفال على تنمية قدراتهم على التعبير عن الذات لديهم وطرق التعامل مع الضغط الناتج عن التجارب اليومية	الأهداف
	– أوراق للكتابة	الأدوات والفنيات المستخدمة
	– تمرين طرق مختلفة للتعبير (إعادة صياغة من أجل توكيد الذات) – عصف ذهني ونقاش حول المشاعر وبماذا نحس وكيف نحس، هل لدينا مشاعر وأفكار سلبية. – نبدأ الجلسة بتقييم للجلسات السابقة، سؤال للأطفال: من يرغب بالحديث عن أي شيء حصل في الجلسات السابقة؟ – تمرين طرق مختلفة للتعبير – ابدأ بسؤال المجموعة عدة أسئلة: ما الذي يمنعنا من أن نقول رأينا أن نعبر عن مشاعرنا؟ – ما هي مخاوفنا؟ وما أسبابها؟ ومنذ متى بدأت؟ – سأكتب الإجابات والهدف تعليم الأطفال طرق التعبير عن مشاعرنا دون حرج – من الضروري مناقشة مشاعر الأطفال اتجاه أجسادهم مع التركيز على الأفكار السلبية التي تسيطر على تفكيرهم اتجاه أنفسهم. – طرح أمثلة حول عكس المشاعر وتطبيقها عملياً بين أعضاء المجموعة (لعب دور). – تلخيص الجلسة والإنهاء.	الإجراءات
	<b>مناقشة قائمة الأفكار والمشاعر السلبية (تحديد التشوهات المعرفية)</b>	<b>الجلسة الرابعة</b>
– مدة اللقاء: 120 دقيقة – مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف – عدد الحضور 8 أطفال	– تمرين (ما الذي تغير أيضاً) – تحديد قائمة تتكون من (المشاعر، السلوك اللاحق للشعور) من خلال أسلوب الواجبات الإدراكية – يطلب من الأطفال المشاركين تحديد أسباب المشكلة وما نتج عنها من نمط تفكير خاطئ – مساعدة الأطفال على تأمل التغيرات النفسية والاجتماعية التي ترافق مراحل النمو المختلفة	الأهداف
	– أقلام – أوراق – استرخاء وتأمل – تعبير كتابي	الأدوات والفنيات المستخدمة

	<p>- نقاش حر</p> <p>- تنفيذ التمرين (ما الذي تغير أيضا)</p> <p>- خطوات تنفيذ التمرين: الهدف من التمرين: مساعدة الأطفال على تأمل التغيرات النفسية والاجتماعية التي ترافق مراحل النمو المختلفة</p> <p>- اطلب من كل طفل أن يجلس بهدوء مع نفسه ويبدأ بالتنفس بشكل عميق، يغمض عينيه ويفكر ويتأمل بالأسئلة التي سأطرحها: ماذا يحصل عند ما نبلغ سن المراهقة؟ جسدنا يتغير.... أفكارنا تتغير..... هوياتنا تتغير.... أصدقاؤنا يتغيرون؟.... ما الذي تغير أيضا؟</p> <p>- اطلب من كل طفل أن يفتح عينيه ويكتب بشكل مختصر ما هي التغيرات التي حصلت وتحصل في حياته حالياً، من الناحية الاجتماعية (تغيرات في العلاقات) وتغيرات نفسية (لها علاقة بالمشاعر اتجاه الآخرين واتجاه أنفسنا نظرتنا لجسدنا ونظرتنا لأجساد الآخرين) الهدف تعليمهم التأمل الشخصي مع عدم مشاركة الآخرين التفاصيل وإنما النقاش بشكل عام.</p> <p>- نقاش حر حول التغيرات التي تشكل ضغط لدينا وأن هذه الضغوط نستطيع تجاوزها عندما نطلب مساعدة أشخاص نثق فيهم.</p> <p>- تحديد قائمة تتكون من (المشاعر، السلوك اللاحق للشعور) من خلال أسلوب الواجبات الإدراكية</p> <p>- اطلب من الأطفال أن يكتبوا قائمة بالمشكلات التي يعاني منها ثم النظر في كل مشكلة ثم تحديد نمط التفكير الخاطيء الذي ساهم في تأثير المشكلة</p>	الإجراءات
<p>- مدة اللقاء: 120 دقيقة</p> <p>- مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف</p> <p>عدد الحضور 8 أفراد</p>	<p><b>تمارين استرخاء (تنفس عميق، الارتخاء التدريجي للعضلات، التأمل)</b></p> <p>- تحسين قدرة الأطفال على التركيز وتحديد الأفكار الغير عقلانية</p> <p>- النقاش والحوار.</p> <p>- تمارين الاسترخاء</p> <p>- اطلب من الأطفال الجلوس على الأرض بشكل دائري ثم ابدأ معهم بالتقنيات التالية:</p> <p>- التنفس العميق: التركيز على التنفس من العضلة الموجودة بين الصدر والبطن</p> <p>- الارتخاء التدريجي للعضلات: من خلال مساعدة الأطفال على إرخاء عدد من العضلات دفعة واحدة بزيادة التوتر بالعضلة ثم تخفيفه</p> <p>- يتم بعدها استخدام أسلوب التأمل: اطلب من الأطفال البقاء جالسين بنفس المكان والوضعية لمدة 15-20 دقيقة والتنفس ببطيء بطريقة هادئة منتظمة.</p>	<p><b>الجلسة الخامسة</b></p> <p>الأهداف</p> <p>الأدوات والفنيات المستخدمة</p> <p>الإجراءات</p>
<p>- مدة اللقاء: 120 دقيقة</p> <p>- مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف</p>	<p><b>لعب الدور</b></p> <p>- يتم من خلاله أداء أدوار تحسن من رؤية الطفل لنفسه بطريقة واقعية وأفكار واقعية معاكسة للأفكار السلبية عن صورة جسده</p>	<p><b>الجلسة السادسة</b></p> <p>الأهداف</p>

عدد الحضور 8 أفراد	– إيقاف مشاعر القلق والأفكار الغير عقلانية المرتبطة به	
	– الأطفال أنفسهم	الأدوات والفنيات المستخدمة
	– يختار كل طفل سلوك إيجابي قام بتعلمه أثناء التدريب – كل طفل يختار شريك له من المجموعة – يقوم الأطفال بتبادل الأدوار بحيث يتم تبادل كل سلوك تعلمه الطفل مع الطفل الآخر الشريك – نقاش مفتوح مع الأطفال حول السلوك الذي قام بتأديته أثناء التمرين	الإجراءات
– مدة اللقاء: 120 دقيقة – مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف عدد الحضور 8 أفراد	<b>تغيير المفردات</b>	<b>الجلسة السابعة</b>
	– السيطرة على اللغة الغير دقيقة والمحددة التي تساهم في تثبيت عمليات التفكير	الأهداف
	– نقاش، أقلام، أوراق للكتابة	الأدوات والفنيات المستخدمة
	– سيتم التركيز في هذا التمرين على مساعدة الأطفال على تغيير معاني الكلمات التي تتحكم في التفكير واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية – سأطلب من الأطفال اختيار مجموعة من الكلمات السلبية التي تخطر في لحظتها وكتابتها على ورقة – مثلا عندما يقول الطفل: إنه لأمر سيء جدا أن لا يكون لي أصدقاء، التغيير يكون: انه من غير المحبب لي أن لا يكون لي أصدقاء. الجملة الأولى تشاؤمية والأخرى تحمل نظرة إيجابية.	الإجراءات
– مدة اللقاء: 120 دقيقة – مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف عدد الحضور 8 أفراد	<b>التحصين ضد الضغوط</b>	<b>الجلسة الثامنة</b>
	– تعتبر هذه التقنية وقائية يتم فيها تعليم الأطفال مجموعة من مهارات المواجهة لمساعدتهم على التعامل مع الأحداث الضاغطة – كتابة مخطط الرفاهية الخاص بالطفل – إنهاء العلاج – تقييم بعدي (مقياس صورة الجسد)	الأهداف
	– ورقة وقلم، نقاش عام – مخطط الرفاهية – التقييم البعدي	الأدوات والفنيات المستخدمة
	– تعتبر هذه التقنية وقائية يتم فيها تعليم الأطفال مجموعة من مهارات المواجهة لمساعدتهم على التعامل مع الأحداث الضاغطة – إنشاء خطة تساعد الطفل على تحديد المواقف التي قد تسبب مشكل له مستقبلا – ممارسة بعض المهارات (مهارات المواجهة) مع الأطفال مثل التفكير بعقلانية مع مكافئة الطفل لنفسه في كل مره ينجح بهذه التجربة	الإجراءات

	<p>– سيتم توزيع الجدول التالي على كل طفل ليحيب عن الأسئلة والهدف تعليم الطفل أفضل السبل لإدارة المواقف الصعبة.</p>	
	<p><b>ما الذي تغير أيضا</b></p>	<p><b>الجلسة التاسعة</b></p>
<p>– مدة اللقاء: 120 دقيقة – مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف – عدد الحضور 8 أفراد</p>	<p>– إضافة عدد من الجلسات للجلسات السابقة لإعادة قياس درجة الصدق في تنفيذ البرنامج والتأكد من النتائج بعد التحليل الإحصائي الأول – جلسة تغذية راجعه بين الباحثة والأطفال المشاركين للتذكير بالجلسات السابقة والهدف من اللقاءات – إعادة بناء علاقة متبادلة مع الأطفال وبناء جو من الراحة والانسجام والهدوء لضمان الوصول إلى النتائج المطلوبة نهاية اللقاءات – تنظيم أيام اللقاءات والمواعيد، اقتراح قوانين المجموعة – تمرين بعنوان (ما الذي تغير أيضا)</p>	<p>الأهداف</p>
	<p>– النقاش والحوار . – الأسئلة والعصف الذهني. – لعب الأدوار . – مادة علمية.</p>	<p>الأدوات والفنيات المستخدمة</p>
	<p>– تقوم الباحثة باستقبال الأطفال واستكشاف المكان أو الغرفة التي سيتم فيها اللقاءات وتهيئة الغرفة وكيفية الجلوس بمشاركة الأطفال والأخذ باقتراحاتهم – تطلب الباحثة من الأطفال الجلوس على الأرض بشكل دائرة، – يتم سؤال الأطفال عن اللقاءات السابقة والنشاطات التي تم تنفيذها معهم وما هو النشاط الذي أثر فيهم وما الاستفادة التي حصلوا عليها بعد المشاركة بتلك اللقاءات وهل حدث تحسن ولا زال أثره لغاية الآن. – تقوم الباحثة بشرح الحاجة إلى عقد مجموعه من اللقاءات استكمالا لما سبق – تقوم الباحثة بالتأكيد على ضرورة المشاركة في الاختبار البعدي للمرة الثانية بالإجابة عليه بمصادقية وشفافية (مقياس تشوه صورة الجسد الوهمي) – تبدأ الباحثة بشرح التمرين والذي يتكون من مجموعة من الأسئلة وهي: – عندما كنت صغيرا كنت أحب أن العب..... أما الآن فأنا أحب..... – عندما كنت صغيرا كنت انزعج من..... أما الآن فأكثر ما يزعجني هو..... – عندما كنت صغيرا كنت أخاف من..... أما الآن فما يخيفني هو..... – اغضب كثيرا عندما.....</p>	<p>الإجراءات</p>

	<p>– عندما اغضب أقوم ب.....</p> <p>– الشخص الذي أخبره أسراري هو.....</p> <p>– الشخص الذي أثق به ويساعدني عندما يكون هناك مشكلة هو.....</p> <p>– المكان المفضل الذي أحب أن أذهب إليه هو.....</p> <p>– عندما أكبر أكثر أريد أن أصبح.....</p> <p>– تقوم الباحثة بإدارة النقاش حول الأسئلة التالية:</p> <p>– إضافة إلى الأشياء التي تتغير في جسدنا، ما الذي تغير أيضا في حياتنا؟</p> <p>– هل يبقى أصدقاؤنا أنفسهم، أم هل يصبح لدينا أصدقاء إضافيين؟</p> <p>– هل تتغير نشاطاتنا وهواياتنا وطريقة تفضيلنا للوقت؟</p> <p>– هل تتغير علاقتنا بأهلنا، هل يطلبون منا أشياء إضافية؟</p> <p>– هل زادت مسؤولياتنا؟</p> <p>– هل نصبح قادرين على أمور لم نكن نستطيع فعلها سابقا؟ مثل ماذا؟</p> <p>– هل هناك أمور لم نعد نستطيع فعلها لأننا كبارنا؟ مثل ماذا؟</p> <p>– هل هناك مشاعر وأحاسيس نشعر بها. ولم نكن نشعر بها بهذه القوة من قبل؟ ما هي؟</p>	
	أنا أستطيع	الجلسة العاشرة
<p>– مدة اللقاء: 120 دقيقة</p> <p>– مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف</p> <p>عدد الحضور 8 أفراد</p>	<p>– تمرين بعنوان (ما الذي تغير أيضا).</p> <p>– تطوير قدرة الأطفال على التعبير عن أنفسهم من خلال التركيز على نقاط القوة لديهم.</p>	الأهداف
	كرة أو طابة	الأدوات والفنيات المستخدمة
	<p>تطلب الباحثة من الأطفال الوقوف بشكل دائري وترمي الكرة إلى أحدهم وعليه أن يقول (أنا فلان /أو فلانة) وأنا أستطيع أن.....</p> <p>ثم يرمي المشارك الكرة لشخص آخر يختاره عشوائيا، لعيد نفس الجملة (أنا فلان /أو فلانة) وأنا أستطيع أن.....</p> <p>• بعد إنهاء التمرين يفتح نقاش مع الأطفال من خلال مجموعة من الأسئلة:</p> <p>• ما شعورك خلال التمرين؟ وما شعورك الآن؟</p> <p>هل تتذكرون الأمور الإيجابية التي تتمتعون بها دائما؟ ما هي الأشياء التي تجعلنا نشعر بالثقة بالنفس عادة؟</p>	الإجراءات
<p>– مدة اللقاء: 120 دقيقة</p> <p>– مكان اللقاء: قاعة جمعية بنت الريف</p>	أتعرف إلى شخص مميز وأشعر بالثقة	الجلسة الحادية عشر
	<p>– تمرين بعنوان (أتعرف إلى شخص مميز وأشعر بالثقة).</p> <p>– أن يطور الأطفال ثقتهم بأنفسهم.</p>	الأهداف

عدد الحضور 8 أفراد	- مرآة، أوراق وأقلام، أدوات الرسم والتلوين	الأدوات والفنيات المستخدمة
	<p>- تخبر الباحثة الأطفال بأن هناك شخص مميز سيتعرفون إليه</p> <p>- ثم تشرح الباحثة التمرين وتخبرهم أنها لديها صورة لشخص يمكنهم رؤيتها ليتعرفوا به، وهو شخص محبوب ومميز على الرغم من وجود اختلافات بينه وبين الآخرين، وقد يكون هذا الاختلاف إيجابياً، ضروري التكتك وعدم الإفصاح عن هوية صاحب الصورة وعدم الإدلاء بأي معلومة عنه</p> <p>- تدعو الباحثة الأطفال واحدا تلو الآخر كي ينظر إلى الصورة، تقوم الباحثة بتوجيه المرأة نحو المشارك ليرى أنه هو الشخص المميز الذي ظهر في المرأة، يتم استدعاء المشاركين واحد تلو الآخر مع التأكيد على عدم البوح بمن هو الشخص، يتم تنفيذ التمرين بمعزل عن المجموعة.</p> <p>- تطلب الباحثة بعد التمرين من الأطفال الكتابة على ورقة بشكل فردي ثلاث صفات يحبونها في شخصيتهم وثلاث صفات يحبها الآخرين فيهم.</p> <p>- ثم نطلب أن يكتبوا ثلاثة أشياء يحبونها في شكلهم ومظهرهم الخارجي، وثلاثة أشياء يحبها الآخرون في شكلهم.</p> <p>- تطلب الباحثة من منهم رسم هذه الأشياء وتلوينها.</p> <p>- تقوم الباحثة بتوزيع الاختبار البعدي للمرة الثانية على العينة مع الشرح مسبقاً عن ضرورة الإجابة بشكل فردي وبشفافية ودون استعجال</p> <p>- إنهاء اللقاءات وتقديم الشكر للأطفال المشاركين ولذويهم على امل الاستفادة من البرنامج العلاجي.</p>	الإجراءات

ملحق (د)

مخطط الرفاهية (تابع للجلسة الثامنة)

ما الذي وجدته أكثر فائدة في مجموعة النشاطات التي قمنا بتنفيذها

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

كيف ستستمر في تطبيق ما تعلمته

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

بعد سنة من الآن كيف ستكون حياتك

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**An-Najah National University**  
**Faculty of Graduate Studies**

**THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL  
THERAPY PROGRAM TO IMPROVE BODY IMAGE AMONG  
ADOLESCENTS WHO WERE PHYSICALLY AND SEXUALLY  
ABUSED WHO RESIDENT IN SAFE HOUSES IN THE WEST  
BANK - PALESTINE**

**By**  
**Fadia Faisal Awad**

**Supervisor**  
**Dr. Shadi Abulkibash**

**This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Clinical Psychology, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National  
University, Nablus - Palestine.**

**2023**

**THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY  
PROGRAM TO IMPROVE BODY IMAGE AMONG ADOLESCENTS WHO  
WERE PHYSICALLY AND SEXUALLY ABUSED WHO RESIDENT IN SAFE  
HOUSES IN THE WEST BANK - PALESTINE**

**By**  
**Fadia Faisal Awad**  
**Supervisor**  
**Dr. Shadi Abulkibash**  
**Abstract**

The current study aimed to examine the effectiveness of a cognitive behavioral program in improving body image among adolescents who have experienced physical and sexual abuse and reside in the Hebron Governorate in Palestine. The study adopted a quasi-experimental approach to collect and analyze the data. A pretest-posttest experimental group design was used. A sample of 8 female children was selected from the sample community of 50 children. They were purposefully selected in coordination with institutions that provide assistance and support to abused children who sought help from these organizations. The sample was selected after its members had experienced various forms of violence and were recorded as cases in need of psychological intervention. They were then divided into a single-group experimental design, with a total of 8 participants. The therapeutic program consisted of 11 sessions over a period of two months, with each session lasting for 120 minutes. The significance of the differences between the pretest measurements of the experimental group was calculated, and the differences were not statistically significant. The results indicated that there were no differences between the pretest and posttest measurements of the experimental group in terms of body image distortion and its dimensions. The results were not statistically significant, and the differences were similar for both pretest and posttest measurements. These results demonstrated the ineffectiveness of the therapeutic program used in the study. The results also showed no statistically significant differences between the posttest measurements of the experimental group in improving body image and its dimensions. In light of these results, the study recommends the adoption of a clear plan that includes scientific studies and research to investigate the pros and cons of cognitive-behavioral therapy, in addition to a feasibility study of this treatment with children and adolescents and which age group may show statistically significant results after the application of the therapeutic program.

**Keywords:** Body Image, Cognitive Behavioral Therapy, Physical and Sexual Abuse