

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

تأليف د. حميدة السيد العربي



كتاب

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

تأليف

د/ حميدة السيد العربي

مدرس التربية الخاصة

كلية التربية ببورسعيد

كتاب إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

جميع حقوق الطبع محفوظة ©

1445 هـ - 2024 م

الطبعة الأولى

اسم الكتاب: كتاب إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة
حميدة السيد العربي السيد

مقاس الكتاب: 7" * 10"

عدد الصفحات: 122

المدقق اللغوي: حميدة السيد العربي السيد
التنسيق الفني: عدنان قلعه جي

رقم التسجيل الدولي ISBN :



arid.my | info@arid.my



المحفل العلمي الدولي



الفهرس

4	الفهرس
5	الفصل الأول
5	مفهوم الإرشاد النفسي
25	الفصل الثاني
25	نظريات الارشاد النفسي
30	والثانوي
30	التدعيم
30	التمييزي
43	الفصل الثالث
43	إرشاد ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية
58	الفصل الرابع
58	إرشاد ذوي اضطراب قصور الانتباه
58	المصحوب بالنشاط الزائد
69	الفصل الخامس
69	إرشاد ذوي صعوبات التعلم
75	الفصل السادس
75	إرشاد ذوي الإعاقات الحسية
86	الفصل السابع
86	إرشاد ذوي الإعاقة العقلية
97	الفصل الثامن
97	إرشاد ذوي التوحد
108	المراجع:

الفصل الأول

مفهوم الإرشاد النفسي

- تعريف الارشاد النفسي
- نشأة الارشاد النفسي وتطوره
- الفرق بين الارشاد النفسي والمفاهيم الأخرى
- أسس ومسلمات الارشاد النفسي
- أهداف وخصائص الإرشاد النفسي
- خطوات ومشكلات عملية الإرشاد
- مجالات الارشاد النفسي
- طرق وأساليب الإرشاد النفسي
- وسائل جمع المعلومات في الارشاد النفسي

تعريف الإرشاد النفسي:

من الصعب وضع تعريف محدد للإرشاد وذلك لتعدد مجالاته (إرشاد تربوي، إرشاد زواجي، إرشاد مهني.. الخ) واختلاف نظرياته (تحليل نفسي، سلوكي، معرفي عقلاني.. الخ) ومن جانب آخر تركّز بعض تعريفات الإرشاد النفسي على الإرشاد كمفهوم، والبعض الآخر يركّز على العلاقة المهنية بين المرشد والمسترشد، والبعض يركّز على أهداف الإرشاد أو العملية الإرشادية.

وقد جاءت كلمة إرشاد في اللغة العربية من الفعل أرشد، يرشد، إرشاداً، ورشد، يرشد، رشداً، والرشد هو الصلاح، والفعل راشد، ويقال أرشده: هداه ودله. ورشده، أرشده وهداه، واسترشد فلاناً: طلب منه أن يرشده، والترشيد: حسن القيام على الشيء وتوجيهه في خير سبيل. والراشد: المستقيم على طريق لا يحيد عنه (المعجم الوجيز، 1990، 264-265).

وتختلف كلمة إرشاد Counseling عن كلمة إرشاد Counselling في قاموس اللغة الإنجليزية (H, B, English)، فالثانية يستخدمها العاملون بمكاتب المحاماة والسفارات والمسؤولين عن مراكز العمل المختلفة، أما كلمة إرشاد Counseling فهي مجموعة الإجراءات التي تتضمن النصائح والتشجيع وتقديم المعلومات، وتفسير نتائج الاختبارات والتحليل النفسي، وهي العلاقة التي يحاول فيها شخص متخصص يحمل درجات علمية تخصصية في تقديم مساعدة لشخص آخر في مواقف الحياة المختلفة: الدراسية، المهنية، الشخصية، والاجتماعية.

أما من الناحية الاصطلاحية فيرى البعض أن الإرشاد في صحيحه عملية تعليمية تقوم على نظريات ومبادئ التعلم، وأن غاية الإرشاد هو تعديل السلوك Behavior Modification ليصبح متوافقاً مع المتطلبات الاجتماعية الحالية والمستقبلية، من خلال علاقة تتألف من مرشد Counselor وهو الشخص الذي أحسن إعداده وتدريبه على طرائق وأساليب الإرشاد النفسي، ومسترشد Counselee وهو الشخص أو العميل Client الذي يتلقى عملية الإرشاد.

إذن فالاتجاه السابق في تعريف الإرشاد ينظر إليه على أنه عملية تعلم وتدريب، وهناك اتجاه آخر ينظر إلى الإرشاد في ضوء النصيح والتوجيه، حيث تشير مني هبد (2002) إلى أن أصحاب هذا الاتجاه يرون ضرورة توفير فرصة تساعد الأفراد على فهم أنفسهم فهماً صحيحاً وتعينهم على الاختيار واتخاذ القرارات وحل الصراعات البسيطة، وذلك عن طريق خلق علاقات شخصية خاصة مع مرشد كفء.

وفيما يلي عرض لبعض تعريفات الإرشاد النفسي بصفة عامة:

يعرف حامد زهران (2002) الإرشاد النفسي بأنه "عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً".

وتشير كلمة الإرشاد النفسي إلى الاعتماد على ما هو موجود لدى المريض والاعتماد على ذلك في مساعدة هذا المريض على التغلب على المشكلات التي تواجهه والتي لا يستطيع التغلب عليها بمفرده، والتي غالباً ما تتصف بأنها مشكلات وجدانية، وعليه فإن الإرشاد النفسي يهتم بالفرد وليس بالمشكلة التي يعاني منها، باعتبار أن في مقدوره أن يعالج مشكلاته، كما يؤكد الإرشاد على عملية التعلم وعلى اعتبار أن المقابلة الإرشادية عبارة عن موقف تعليمي يتعلم الفرد فيها كيف يمكنه حل مشكلاته (زينب شقير، 2002، 180).

ويري محمد السفسافة (2003) الإرشاد على أنه " العملية المهنية الفنية المتخصصة التي تتم وفق خطوات محددة محكومة بزمان ومكان محددين يتم من خلالها مساعدة المسترشد في النمو ، والوصول بإمكاناته إلى أقصى درجة ممكنة ، وفقاً لحاجاته وميوله واتجاهاته وقدراته من خلال علاقة تفاعلية دافئة بينه وبين مرشد مؤهل مدرب راغب قادر على تقديم المساعدة الفنية ، بهدف تطوير سلوك المسترشد وفهمه لنفسه ومشكلاته وأساليب تعامله مع الظروف والمواقف والمشكلات التي يواجهها تحقيقاً لصحته النفسية ".

كذلك يشير سيد صبحي (2003) إلى أن الإرشاد النفسي هو العلم التطبيقي الذي يتعامل مع المشكلات التي تحتاج إلى توجيه ، وهو الذي يستند إلى الأساليب المشتقة من مجالات علم النفس وفروعه وعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا والتربية والاقتصاد والفلسفة.

إذن فالإرشاد النفسي هو عملية تدريب وتعليم، وكذلك هو عملية توجيه ونصح يقدمها شخص مدرب ومؤهل وهو المرشد لمساعدة شخص يحتاج إلى المشورة للوصول بإمكاناته لأعلى مستوى أو لحل مشكلاته (المسترشد)، وبالتالي فالإرشاد النفسي هو علاقة بين شخصين (المرشد والمسترشد)، وهو عملية لها إجراءاتها المحددة وأهداف ينشد إلى تحقيقها في إطار من الألفة وجو من الود والطمأنينة.

نشأة الإرشاد النفسي وتطوره:

بداية الإرشاد النفسي كعلم مستقل تأخر حتي عام 1898 حينما استقل الإرشاد النفسي عن التوجيه التربوي والمهني والقياس النفسي، حيث بدأت حركة التوجيه والإرشاد في مدارس الولايات المتحدة

الأمريكية الحكومية عام 1898م علي يد جيس ديفز Jesse Davis الذي عمل مرشداً في مدرسة ثانوية ديترويت في ولاية ميتشجن ولمدة عشرة سنوات ، وكان مسئولاً عن الإرشاد التربوي والمهني لطلاب الصف الحادي عشر.

إذن فالإرشاد النفسي بدأ تحت مسمي التوجيه المهني ، فيذهب البعض إلي أن الكتاب الذي ألفه العالم الإسباني " جون هورت " John huart بعنوان (اختبار العقل) في القرن السادس عشر هو أول محاولة لمناقشة ما يعرف الآن بالتوجيه المهني .. ويعد "فرانك بارسونز" Frank Parsons الأب الروحي للتوجيه المهني فقد أنشأ في عام 1908 مكتباً مهنيّاً في مدينة بوسطن وكان يهدف إلي مساعدة الشباب في اختيار المهنة.

وامتداداً للتوجيه المهني ظهر ما يعرف بالتوجيه التربوي ويعتبر ترومان كيلي Truman Kelley (1914) أول من حدد ملامح التوجيه التربوي في بحثه للدكتوراه .. ومن العوامل التي ساعدت علي تطور الإرشاد النفسي أيضاً تطور حركة القياس النفسي .. ويضاف إلي الجهود السابقة جهود كارل روجرز Carl Rogers في الشخصية والإرشاد والعلاج النفسي ، فقد وضع كتاب الإرشاد والعلاج النفسي في عام (1942) حيث وضع أسلوب في الإرشاد يعرف بالإرشاد غير المباشر.

وقد كان لتأسيس الرابطة الأمريكية للتوجيه والخدمات الشخصية عام (1951) دور في توسيع برامج الإرشاد ودعمها في المدارس ، وبعد ذلك التاريخ توسعت حركة الإرشاد النفسي وازداد عدد المرشدين ومراكز الإرشاد بشكل كبير.

ويحدد بركهام Barkham مسار حركة الإرشاد النفسي من خلال ثلاثة أجيال متعاقبة : الجيل الأول يغطي الفترة من (1950-1970) ، ويعالج موضوع هل العلاج النفسي فعال ؟ وهل ثمة وسائل موضوعية لتقييم العملية العلاجية؟ والجيل الثاني : يغطي الفترة من (1960-1980) وينشغل بتساؤلات علمية من أهمها أي العلاجات النفسية أكثر فاعلية ؟ وما مكونات العلاج النفسي التي تعتبر أشد ارتباطاً بالنتائج الفعالة ؟ أما الجيل الثالث : فيغطي الفترة من 1970 حتي وقتنا الحاضر ويتعرض لموضوعات شديدة التنوع والثراء لعل من أهمها كيف يمكن النهوض بالإرشاد النفسي ؟ وكيف يمكن جعله أكثر فاعلية وقدرة علي تغيير السلوك اللاتوافقي ؟ وكيف يحدث هذا التغيير ؟ .

يتضح مما سبق العلاقة الوثيقة بين الإرشاد النفسي والتوجيه المهني والتربوي ، حيث يعد الأخير بداية لظهور الإرشاد النفسي ، ومن هنا يجب توضيح الفرق بين المصطلحين والحاجة التي دعت إلي ظهور مفهوم الإرشاد النفسي وجعله علماً وعملاً مستقلاً بذاته .

الفرق بين الإرشاد النفسي والمفاهيم الأخرى :

أولاً: الإرشاد والتوجيه Counseling & Guidance:

يمكن تعريف التوجيه بأنه (مجموع الخدمات التربوية ، والنفسية ، والمهنية ، المتخصصة والمنظمة والهادفة ، المباشرة وغير المباشرة التي تقدم للفرد أو للأفراد لتمكينهم من التخطيط السليم لمستقبل حياتهم ، حيث تتيح لهم استغلال وتوجيه طاقاتهم وإمكاناتهم ونموهم إلي أقصى ما تسمح به ، بغرض مساعدتهم في فهم أنفسهم ، وتحقيق ذواتهم والتمتع بمستوي مناسب من الصحة النفسية.

ويعبر مصطلحا التوجيه والإرشاد عن معني مشترك ، وهما مترابطان ويكمل بعضهما البعض من حيث المهمة والهدف ، إلا أن هناك بعض الاختلافات بينهما حيث أن التوجيه لا يحتاج تخصص بينما الإرشاد باعتباره وسيلة وقائية علاجية يتطلب التدريب والكفاءة ، كما أن التوجيه يتضمن أسس عامة ونظريات وبرامج ، بينما الإرشاد يمثل الجانب العملي التطبيقي للتطبيق ، وعليه فإن التوجيه عملية يجب أن تسبق الإرشاد وتمهد له ، بينما يكون الإرشاد الناتج النهائي لبرامج التوجيه ، وأخيراً فإن التوجيه لا يمكن غير أن يكون عمل جماعي بينما الإرشاد يتضمن علاقة إرشادية بين المرشد والمسترشد وجهاً لوجه.

ثانياً: الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Psychotherapy:

يري باتيرسون (1995) أنه ليس هناك فرق واضح بين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي، ولا يمكن اعتبار التفرقة بينهما علي أساس شدة الحالة ، فهذا سبب غير كاف ، حيث لا يوجد حد فاصل بينهما علي المتصل ، حيث ينتهي الإرشاد ويبدأ العلاج النفسي ، وعلاوة علي ذلك ، فطالما لا يوجد فرق في الوسائل المستخدمة ، فإن التمييز بينهما غير وارد ، وعلي الرغم من عدم وجود خط فاصل في مصطلح شدة المشكلة ، فهناك أشخاص كثيرون ممن يحتاجون إلي المساعدة التي يقدمها أفراد ليسوا بأطباء نفسيين أو ممن حصلوا علي تدريب علي مستوي الدكتوراه في علم النفس ، ويمكن تسمية هؤلاء الأشخاص بمرشدين نفسيين بدلاً من معالجين نفسيين ، وهناك أيضاً مشكلة تجنب النزاع والخلاف مع الطب النفسي والمهن الطبية ، ولهذا السبب ، يفضل الكثيرون أن يستخدموا مصطلح (مرشد نفسي).

ويري البعض أن الإرشاد ليس مرادفاً للعلاج النفسي إنما يشترك معه في بعض العناصر ويختلف في البعض الآخر، وأوجه الاختلاف تتلخص فيما يلي :

- 1- الإرشاد النفسي لا يقدم إلي المريض بل إلي العاديين وإلي المرضى الأقرب إلي الصحة النفسية .
- 2- يختلف العلاج عن الإرشاد في الدرجة أي درجة المرض .
- 3- لا يقتصر المرشد علي الجانب الانفعالي إنما يتناول جميع جوانب شخصيته .
- 4- ليس الإرشاد قاصراً علي المشاكل الشخصية بل يمتد إلي جميع مجالات حياة الفرد .

- 5- لا يقوم بعملية الإرشاد المرشد فقط بل هي عملية تفاعلية بينه وبين المسترشد .
- 6- لا يقتصر الإرشاد علي مرشد واحد بل يقوم بعملية الإرشاد والتوجيه كثيرون كالمدرس والمرشد الاجتماعي وغيرهما.
- 7- لا تضاف خدمات الإرشاد للمؤسسات بل هي من برامجها.
- 8- لا تقوم العملية الإرشادية في مكان معين بل في أي مكان مناسب.

ويمكن تلخيص أهم جوانب الاختلاف بين الإرشاد والتوجيه في أن الأخير هو عملية تقدم بشكل جمعي ولا يحتاج إلي تخصص، أما بالنسبة للإرشاد فهو الجانب التطبيقي العملي والذي يحتاج إلي التدريب والكفاءة ، أما بالنسبة لجوانب الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي فيتمثل في نوعية المسترشد الذي يقدم إليه الخدمة ففي الإرشاد هو شخص سوي يحتاج إلي المساعدة في حل مشكلاته ، أما العلاج فيتعامل مع المريض وغير الأسوياء ، وإن كانت العمليتان تنطويان علي نفس الأسس والمبادئ والوسائل في تنفيذهما .

أسس ومسلمات الإرشاد النفسي:

توجد بعض الأسس العامة التي يعتمد عليها الإرشاد وتتضمن :

- 1- ثبات السلوك الإنساني ومرونته.
- 2- السلوك الإنساني فردي – جماعي .
- 3- استعداد الفرد للتوجيه والإرشاد .
- 4- حق الفرد في التوجيه والإرشاد .
- 5- حق الفرد في تقرير مصيره .
- 6- تقبل العميل ، واستمرارية عملية الإرشاد .
- 7- الدين ركن أساسي في عملية الإرشاد .

ويمكن تصنيف أسس ومسلمات الإرشاد النفسي إلي ما يلي :

1- الأسس الفلسفية: وتشتمل علي :

- أ- طبيعة الإنسان : اختلفت النظريات في نظرتها للطبيعة الإنسانية فمنها ما ينظر إليها أنها خيرة كنظريات الذات ، والبعض الآخر ينظر إليها أنها شريرة عدوانية كنظرية التحليل النفسي ، والبعض محايد كما هي عند السلوكيين ، وهي في الإسلام أفضل المخلوقات تتميز بالفعل والتفكير والقدرة علي الاختيار والتخطيط وهي مجبرة في أمور ومخيرة في أمور ، ولا شك بأن مفهوم المرشد عن طبيعة الإنسان يعتبر أحد الأسس الفلسفية التي يقوم عليها عمله لأنه يري نفسه ويرى المسترشد في ضوء هذا المفهوم.
- ب- الكينونة والصيرورة : الكينونة تعني ما يوجد أو ما يمكن أن يوجد ، أما الصيرورة فهي تتضمن التغيير ، والكينونة والصيرورة متكاملان وبينهما تغير يؤدي إلي الصيرورة ، والإرشاد النفسي ينظر للشخص ككائن يتغير رغم بقائه نفس الشخص .

ج- علم الجمال : هو أحد فروع الفلسفة ، وهو يعتبر المرشد النفسي كأساس من الأسس الفلسفية علي اعتبار أن تذوق الجمال وتنميته لدي العميل يعتبران جزءاً هاماً في مساعدة العميل في توافقه العام مع الحياة.

د- علم المنطق : وهو أحد فروع الفلسفة كذلك ويدرس قواعد التفكير الصحيح وتحتاج عملية الإرشاد إليه ، فكثير من المناقشات أثناء المقابلات الإرشادية تحتاج إلي التفكير المنطقي .

2- الأسس النفسية والتربوية : وتتمثل في الفروق الفردية والفروق بين الجنسين ومتطلبات النمو

3- الأسس الاجتماعية للإرشاد النفسي: يميل الإنسان للعيش في جماعات والاشتراك في أوجه نشاطها ، ويشعر بالضيق إذا ابتعد عنها لذلك يقال الإنسان كائن اجتماعي.. ويسعي الإرشاد النفسي إلي مساعدة الفرد في أن يتفاعل مع الآخرين بطريقة صحيحة تحقق له التوافق الاجتماعي والتوافق الشخصي .

4- الأسس العصبية والسيولوجية :

المسترشد إنسان له حجم يتكون من عدد من الأجهزة ويتكون من أنسجة وخلايا تخصص في أداء وظائف مختلفة ، والإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية تتأثر الحالة النفسية بالجسيمة والعكس ، وهكذا يحتاج المرشد النفسي إلي دراسة ومعرفة عصبية فسيولوجية حتي يتمكن من مساعدة مسترشديه فيتعرف إلي جانب دراسته النفسية علي أشياء عن الجسم من حيث التكوين والوظيفة وعلاقتها بالسلوك.

5- الإرشاد النفسي علم وفن :

فهو علم لأنه يقوم علي أساس نظريات استندت إلي مناهج علمية ، ويدرس المرشد الأساس العلمي الذي تقوم عليه عملية الإرشاد ، وهو فن لأن المرشد سيواجه مشكلات لم يتعرض لها العلم ولهذا فعليه تكييف عملية الإرشاد لمواجهة الفروق الفردية والعمرية وتوثيق العلاقة أيضاً يعتمد علي الجانب الذاتي أكثر بالنسبة للمرشد.

أهداف الإرشاد النفسي :

هناك أهداف عالمية (رئيسية) للإرشاد النفسي ومنها :

- أن يتمكن المسترشد من التعامل مع القضايا العاطفية المؤلمة .
- أن يتمكن من تحقيق مستوي من الانسجام فيما يتعلق بالأفكار والعواطف والسلوكيات المختلفة .
- أن يتمكن من الشعور جيداً حيال نفسه ، وأن يتمكن من قبول نواحي ضعفه وقوته .
- أن يتمكن من تغيير تصرفاته ذات النتائج السلبية .

- أن يتمكن من التعامل بارتياح والتكيف مع البيئة الخارجية (المنزل ، المدرسة ، العمل).
- أن تزيد الفرصة أمامه كي يتابع المعالم التقدمية

(Geldard, K. & Geldard, D., 1997, P.3).

ويمكن تحديد أهم الأهداف العامة للإرشاد النفسي كما يلي :

1- تحقيق الذات Self Actualization :

حيث يهدف الإرشاد لنمو مفهوم موجب للذات لأن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات لذا يسعى الفرد إلي فهم ومعرفة وتحليل ذاته ، وفهم استعداداته وإمكاناته وتقييم نفسه وتوجيهها وهناك هدف بعيد المدى للتوجيه والإرشاد وهو توجيه الذات Self guidance أو إرشاد الذات Self Counseling أي تحقيق قدرة الفرد علي توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة .

2- تحقيق التوافق الشخصي :

يتحقق التوافق الشخصي بإشباع دوافع الفرد وحاجاته وتلبية مطالب نمو كل مرحلة عمرية ، ويشتمل التوافق الشخصي علي :

أ- التوافق المهني ب- التوافق التربوي ج- التوافق الاجتماعي

3- تحسين العملية التعليمية :

ويتم تحقيق ذلك عن طريق تقديم خدمات إرشادية في المؤسسات التعليمية من أجل توفير مناخ ملائم للعملية التعليمية ، وإثارة دافعية الطفل للتعلم ، والتعرف علي حاجات المسترشد وإشباعها من خلال المناهج والأنشطة المدرسية ، والتعرف علي المشكلات السلوكية والتعليمية والاضطرابات الانفعالية المرتبطة بالمدرسة أو الجامعة.

4- تحقيق الصحة النفسية Mental Health :

إن الهدف العام والشامل للتوجيه والإرشاد النفسي هو تحقيق الصحة النفسية وسعادة وهناء الفرد عن طريق مساعدته في حل مشكلاته بنفسه والتعرف علي أسباب تلك المشكلات وأعراضها وإزالة هذه الأسباب وتلك الأعراض.

خصائص الإرشاد النفسي:

- 1- الإرشاد النفسي علم وفن .
- 2- الإرشاد النفسي هو أحد فروع علم النفس التطبيقية والتي تقدم خدمات للأشخاص.

- 3- المرشد النفسي مهني متخصص ومتدرب ولذلك يتم اختياره بدقة ويتم تدريبه علي العملية الإرشادية، ويعمل في ضوء ميثاق للأخلاق خاص بالمهنة.
- 4- الإرشاد النفسي عملية بمعنى أنه ليس موقفاً عارضاً أو يتم بطريقة عشوائية، ولكنه عملية مخططة تتم في شكل منظومة منطقية.
- 5- يتم تقديم الخدمات الإرشادية (في الغالب) من خلال علاقة إنسانية ومهنية دينامية هادفة تتم وجهاً لوجه بين مرشد نفسي ومسترشد أو أكثر ، وقد يتم تقديم الخدمات الإرشادية من خلال وسيط بين المرشد النفسي والمسترشد مثل الوالدين والمعلم .
- 6- الإرشاد النفسي ذو طبيعة نمائية حيث يعمل علي رعاية مظاهر النمو المختلفة.
- 7- الإرشاد النفسي ذو طبيعة وقائية بمعنى أنه يعمل علي منع حدوث المشكلة أو الاضطرابات وذلك بإزالة الأسباب أو الكشف المبكر عن الأعراض أو التقليل من الآثار المترتبة.
- 8- الإرشاد النفسي ذو طبيعة تعليمية بمعنى أنه يساعد المسترشد علي تعلم كيفية تحديد مشكلة ومعرفة أسبابها وآثارها، ثم تعلم طرق تفكير إيجابية جديدة وأنماط سلوكية جديدة.
- 9- الإرشاد النفسي ذو طبيعة علاجية بمعنى أنه يعالج المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية.

إذن يمكن القول أن الإرشاد النفسي هو علم له أسسه ومبادئه كما أن له تطبيقاته العملية والتي تحتاج إلي شخص مدرب علي القيام بهذه العملية، كما يحتاج إلي علاقة إنسانية مهنية بين المرشد والمسترشد ، كما أنه فن يعتمد في جانب كبير منه علي القدرات والسمات الشخصية التي يتمتع بها المرشد، وتحتاج هذه العملية إلي الحس الإنساني والذي يساعد العميل علي حرية التعبير عن ذاته ويساعده في التقبل للعملية الإرشادية والتفاعل معها بنجاح .

خطوات الإرشاد النفسي :

تعد العملية الإرشادية سلسلة من الخطوات المتتابعة التي يتبعها المرشد بدءاً من الإحالة وانتهاء بتحقيق الأهداف وإنهاء العلاقة الإرشادية فهي عملية مرنة في طبيعتها حيث تهدف إلي مساعدة الفرد ، وتتمثل خطوات الإرشاد في :

- 1- تحديد المشكلة ، وتهيئة الظروف المناسبة لموقف الإرشاد .
- 2- اختيار الطرق الملائمة لاستخدامها في عملية الإرشاد .
- 3- تيسير تعبير العميل عن مشاعره .
- 4- المعاونة في توضيح المشكلة (هيكل المشكلة والعلاقة) .
- 5- تجميع المعلومات بصورة منتظمة ، تفسير المعلومات ، ووضع خطة العمل .
- 6- مراعاة احتمال الحاجة إلي مزيد من الإرشاد فيما بعد .
- 7- كتابة تقرير موجز .

8- رسم برنامج لمتابعة الحالة (دونالد مورتنس وألن شمولر ، 2005 ، 94) .

مشكلات عملية الإرشاد :

تتمثل طوارئ عملية الإرشاد في (الإحالة والمقاومة والتحويل).

1- المقاومة Resistance : قوة لا شعورية مضادة للعملية الإرشادية من جانب العميل تعرقل سير عملية الإرشاد ، وهي تعتبر إحدى حيل الدفاع النفسي لدى العميل ضد كشف المكبوتات غير المرغوب في كشفها ، أي أنها نوع من التغليف الدفاعي للذات .

2- الإحالة Referral : هي إحالة العميل إلى أخصائي آخر أو إلى جهة اختصاص أخرى لسبب أو لآخر مثل الفحص أو تقديم خدمات نفسية متخصصة غير متوافرة لدى المرشد أو في عيادة وذلك بعد موافقة العميل .

3- التحويل Transference: هو مصطلح أخذ من نظرية التحليل النفسي ، فبالنسبة لإرشاد الطفل مثلاً يحدث التحويل عندما يتصرف الطفل تجاه المرشد باعتباره والده أو أي بالغ آخر مؤثر في حياته ، فيسقط الطفل معتقداته حول شخص مؤثر علي المرشد معتقداً أن المرشد مثل هذا الشخص ، وقد يكون التحويل إيجابياً أو سلبياً .

مجالات الإرشاد النفسي :

إن مجالات الإرشاد متعددة ، ومن أهم مجالات الإرشاد :

1- الإرشاد التربوي Educational counseling :

يطبق التوجيه والإرشاد في المؤسسات التعليمية المختلفة ، ويقوم بذلك مرشد متخصص يسعى إلى تحقيق أهداف العملية التعليمية ، وإلى تحقيق النمو السليم والمتكامل لشخصية المتعلم وتحقيق التوافق الدراسي ، والتغلب على المشكلات التربوية التي تواجه الطلبة ، واختيار التخصصات الدراسية والنشاطات التي تتفق مع ما لدى كل طالب منهم من قدرات واستعدادات وميول وأنماط شخصية.

2- الإرشاد المدرسي School Counseling:

هو علاقة تفاعلية تنشأ بين شخصين أحدهما مختص وهو المرشد المدرسي والآخر بحاجة إلى المساعدة وهو المتعلم المسترشد ، حيث يساعد المرشد في مواجهة مشكلاته أو تغيير سلوكه أو تطويره وتطوير أساليب تعامله مع الظروف التي يواجهها من جهة ومع الآخرين من جهة أخرى ، ويختلف الإرشاد المدرسي عن الإرشاد التربوي في سعة مساحة الفئة التي يتعامل معها ، حيث يقتصر الإرشاد المدرسي فقط على المدرسة والمتعلم أثناء وجوده فيها ، أما الإرشاد التربوي فيتم في المواقف التربوية في البيت والمدرسة والجامعة وغيرها.

3- الإرشاد العلاجي Clinical Counseling:

يطلق عليه أحياناً Therapeutic Counseling وهو عملية مساعدة العميل علي اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية ، والتي تؤدي إلي سوء توافقه النفسي والعمل علي حل المشكلات بما يحقق أفضل مستوى للتوافق والصحة النفسية.

4- الإرشاد المهني Vocational Counseling :

وهو مساعدة الفرد في اختيار مهنته بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامعه وظروفه الاجتماعية وجنسه والإعداد والتأهيل لها والدخول في العمل والتقدم فيه ، وبعبارة أخرى يهدف إلي وضع الشخص المناسب في المكان المناسب بما يحقق التوافق المهني ويعود علي الفرد والمجتمع بالخير.

5- الإرشاد الديني والأخلاقي :

يهدف الإرشاد الديني إلي بعث الإيمان والثقة بالنفس ، وكذلك الاهتمام بالتعاليم الدينية الدنيوية وتوجيه الفرد توجيهاً دينياً سليماً ، أما الإرشاد الأخلاقي فيهدف إلي تحقيق النمو الأخلاقي والبعد عن الشر وتحقيق الفضيلة والعدل في الأحكام الصحيحة الصادقة والمعاملة الوجدانية الصحيحة.

6- الإرشاد الأسري Family Counseling :

يتضمن الإرشاد الأسري عدة مجالات منها الإرشاد الزواجي ، وإرشاد الأبوين والأولاد ، وقد يتم ذلك بإرشاد كل فرد علي حدة ولكن ضمن العائلة ، ومن أمثلة المشكلات التي يتعامل معها الإرشاد العائلي : الإدمان ، اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة ، التنشئة الاجتماعية غير السليمة حينما يكون أحد الوالدين قدوة سيئة لأبنائه ، اضطراب العلاقات بين الأخوة ، عقوق الوالدين ، سوء التوافق الأسري ، مشكلات المرأة العاملة ، التفكك الأسري وغير ذلك من المشكلات الأسرية.

7- إرشاد الأطفال :

إن إرشاد الأطفال يتطلب مراعاة عدة مبادئ منها :

- اختيار وسيلة الإعلام المناسبة علي أساس العمر ، الجنس ، السمات الشخصية ، نوع المشكلة .
- الاندماج مع الطفل بتوفير البيئة الودودة المضيافة .
- دعوة الطفل لكي يخبر عن قصته ، فقضية الثقة هنا مركزية فبدون مستوى مناسب من الثقة فإن ذلك يكبح نمو العلاقة الإرشادية .
- تمكين الطفل من أن يخبر قصته ، وذلك بتوفير ما يلي : (علاقة مليئة بالثقة ، وسائل إعلام مناسبة ، تسهيلات وفرص للعب الحر وذي معني ، استخدام مهارات إرشاد الأطفال المناسبة) .
- التصميم علي قضايا معينة وذلك بمساعدة الطفل علي العمل في قضايا معينة لم تعد مزعجة .

- تفويض الطفل ويتضمن الحصول علي السيادة في القضايا فيكون الطفل غير منزوع من الأفكار والذكريات المثيرة للقلق ، كما يتضمن تقدير الذات وتعزيز العلاقات الاجتماعية .

8- إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة :

نستطيع أن نوجز أهداف الإرشاد النفسي للمعوقين بوجه عام في :

- أ- التغلب علي الآثار المباشرة الناجمة عن الإعاقة مثل توجيه المعوق إلي المدارس والمؤسسات التي تتوافر البيئة للاستفادة من خدماتها التربوية .
- ب- إزالة الآثار النفسية الناجمة عن اتجاهات الآخرين نحو المعوق مثل المعاملة التي تتسم بالشفقة المفرطة والتي تجعل المعوق يشعر بالقصور والضعف، حيث تولد لديه مشاعر انطوائية انسحابية .
- ج- معالجة الآثار الناجمة عن الإعاقة بحد ذاتها وذلك بتكوين مفهوم سليم عن الذات بحيث يدرك المعوق نفسه أنه يملك قدرات أخرى غير التي فقدوها) .

طرق وأساليب الإرشاد النفسي:

تعددت طرائق الإرشاد والعلاج النفسي حسب المنطلقات النظرية المتعددة، ويمكن أن نصنف هذه الطرائق والأساليب إلى ما يلي:

- 1- فردي – جماعي (حسب عدد المسترشدين).
- 2- مباشر – غير مباشر (حسب التركيز علي المسترشد).
- 3- تحليلي – سلوك – معرفي – ديني – انتقائي (حسب الخلفية الفكرية والنظرية).
- 4- أساليب أخرى (بالعقاقير – بالأعشاب – بالتنويم).

أولاً: الإرشاد المباشر وغير المباشر:

1- الإرشاد المباشر (الموجه) Directive Counseling :

هو الإرشاد الممركز حول المرشد أو الممركز حول الحقيقة ، ويعد ويليامسون Williamson رائد هذه الطريقة التي تقوم علي أساس افتراض رئيسي : نقص معلومات المسترشدين وعجزه عن حل مشكلاته ، زيادة معلومات المرشد وخبرته في حل المشكلات.

وهناك ستة خطوات لهذا النوع من الإرشاد هي :

- 1- التحليل Analysis : ويقصد به جمع كل ما يمكن الحصول عليه من معلومات تتعلق بالفرد.
- 2- التنسيق Syntheses : أي تنظيم وترتيب وتلخيص المعلومات التي جمعت بعد تحليلها تحليلاً يؤدي إلي الكشف عن نواحي القوة والضعف ودواعي تكيفه من عدمه.
- 3- التشخيص Diagnosis: التي توصل المرشد إلي أسباب المشاكل التي يعاني منها الفرد.

- 4- التنبؤ بالنتائج Prognosis : وهذه مرحلة تتصل بالسابقة ، إذ علي الأخصائي أن يتنبأ من دراسة الحالة بالمراحل التي ستتطور إليها مشاكل الفرد فيما بعد .
- 5- الإرشاد الفردي Counseling : ويقصد بذلك الخطوات التي يشترك الفرد في اتخاذها مع الأخصائي لحل المشكلة .
- 6- التتبع Follow Up : تتضمن الخطوات التي يقوم بها الأخصائي بعد الانتهاء من عملية الإرشاد وبعد انقضاء فترة للتأكد من مدي نجاح الفرد واستفادته من الإرشاد.

2- الإرشاد غير المباشر (غير الموجه) Nondirective Counseling :

نما هذا الاتجاه من العديد من المواقف الإنسانية والوجودية في الإرشاد منذ 1940 ، ومن الرواد في هذا الاتجاه الإرشادي – الوجودي أو الإنساني – كارل روجرز ، فريدريك فريتز ، ألبرت أليس ، ريتشارد باندلر ، جون جريندر ، ووليام جلاسر ، بالإضافة إلي فرجينيا أكسلين وفيوليت أوكندر والذين أضافوا إسهامات مهمة في مجال إرشاد الأطفال.

وأهم ركن من أركان هذه الطريقة هو قدرة المرشد علي أن يعكس انفعالات الفرد حتي يري الفرد هذه الانفعالات في مرشده ، فيتمكن بذلك من أن يري نفسه في صورة مقبولة ما دام المرشد يتقبل هذه الانفعالات ويراهما العميل منعكسة عليه ، ومعني ذلك أن يكون المرشد قادراً علي وضع نفسه في إطار الفرد فاهماً إياه من وجهة نظره الخاصة.

ثانياً: الإرشاد الفردي والجمعي :

1- الإرشاد الفردي Individual Counseling :

يعتمد هذا النوع من الإرشاد علي العمل مع عميل واحد وجهاً لوجه في كل مرة وتعتمد فاعليته علي أساس العلاقة الإرشادية بين المرشد والفرد المشكل ، أي أنها علاقة مخططة بين طرفين ، ويعتبر الإرشاد الفردي نقطة الارتكاز في عملية الإرشاد ، والبرامج الإرشادية حيث يساعد علي تبادل المعلومات ، وإثارة الدافعية لدي الفرد المشكل وتفسير مشكلته ووضع خطط العمل المناسب.

ويستخدم الإرشاد الفردي للتعامل مع الحالات الفردية التي تحتاج من المرشد الوقوف علي العوامل والمسببات المساهمة في نشأة وتطور الاضطراب ، وكذلك مع الحالات التي تحتاج إلي تقبل وتعاطف واهتمام ورعاية خاصة ، وينطلق الإرشاد الفردي من مبدأ تفرد الفرد وتميزه واختلافه عن غيره ، حتي أن هناك تمايزاً داخل الفرد الواحد في استجاباته وردود أفعاله لمواقف متشابهة ، وبذلك لابد من العمل علي التعامل مع هذا الفرد ومع مشكلاته بشيء من الفردية والخصوصية لأن ما يناسب أحد الأفراد كأسلوب وطريقة إرشادية وعلاجية قد لا يناسب فرد آخر.

2- الإرشاد الجمعي Group Counseling :

ويعرف الإرشاد الجمعي بأنه عملية دينامية تتم فيما بين الأشخاص وتركز علي التفكير الشعوري الواعي والسلوك ، وهو يتضمن وظائف علاجية مثل التسامح والتساهل ، والتوجيه إلي الواقع ، والتنفيس ، وتبادل الثقة ، والاهتمام والعناية ، والفهم ، والتقبل والتدعيم ، وهذه الوظائف العلاجية تنمو وتترعرع في جماعة صغيرة من خلال المشاركة في الاهتمامات الشخصية مع الأقران ومع المرشد ، والمسترشدون في الجماعة هم في الأساس أشخاص أسوياء ذوي اهتمامات متنوعة ، يستخدم المسترشدون في الجماعة التفاعل داخل الجماعة لزيادة الفهم والتقبل لقيم وأهداف معينة أو نبذ سلوك أو اتجاه معين.

ويستخدم الإرشاد الجماعي في الحالات التالية :

- 1- علاج الأطفال ، والمراهقين ، والراشدين.
- 2- يقوم بتقديم النصح للوالدين للابتعاد عن الأساليب الخاطئة في تربية أطفالهم .
- 3- أيضاً يستخدم في علاج الأسرة بأكملها حينما تتفاقم مشاكلها .
- 4- يستخدم في علاج معظم الحالات الانحرافية ، وحالات الإدمان وأمراض الكلام .
- 5- أيضاً علاج المشكلات المهنية وتحقيق التوافق بين الشخص ومهنته .
- 6- علاج حالات الانطواء والانعزال والاكتئاب والخجل.

ومن مهارات الإرشاد الجماعي :

- الاستماع الفعال : الاهتمام الكلي بالمتحدث والتفاعل مع كل ما هو لفظي وغير لفظي .
- التكرار : أي إعادة صياغة ما قاله أحد الأفراد بطريقة مختلفة تجعله أكثر وضوحاً .
- التوضيح : أي تفسير التضارب والرسائل غير الواضحة بالتركيز علي النقاط الأساسية .
- التلخيص : وهو مفيد في الانتقال من جزء إلي آخر .
- الاستجواب : ومنه الاستجواب المغلق (نعم - لا) أو الاستجواب بصيغة لماذا .
- التفسير : يقوم قائد الجماعة بتفسير ما يتم تقديمه من أفكار ومشاعر وسلوكيات للمشاركين .
- المواجهة : تعتبر طريقة قوية لتحدي الأعضاء لكسب الثقة بالنفس .
- المشاعر المؤثرة : الغرض منها تعريف الأعضاء بأنه قد تم الاستماع لهم وفهم أفكارهم .
- التحفيز : هو مد أعضاء الجماعة بالتشجيع والتعزيز للإفصاح عن المعلومات .
- التعاطف : أي قدرة القائد علي فهم العالم الخاص بالمشارك .
- الاستهلال : التقديم الجيد للقائد يحفظ المجموعة من التخبط .
- تحديد الأهداف والتقييم المستمر ، وإبداء الملاحظات والمقترحات .
- الحماية من المخاطر النفسية أو الفيزيائية .

- النسخ : حيث يتعلم أعضاء المجموعة بملاحظة سلوكيات القائد .
 - الختام : يحتاج قائد المجموعة إلى معرفة متى وكيف تختتم أعمال الجماعة الاسترشادية .
- (Corey, G., 2008, PP. 23- 29) .

وتتشكل الجماعة الإرشادية في ضوء عدة متغيرات مثل الحجم والسن والذكاء ونوع الأعراض والجنس ، ويعتمد حجم المجموعة علي عدد من المتغيرات منها (أهداف المجموعة – أعمار الأعضاء – نوع المشكلة المشتركة بين الأعضاء - ومقدار الوقت والجهد المتاح للعملية الإرشادية) ، وفي الغالب يتحدد العدد بين 6 - 8 أعضاء إذا كانت المشكلة شخصية أو انفعالية، وفي بعض الحالات قد يصل العدد إلي 24 عضواً إذا كانت المشكلة دراسية أو سلوكية يومية

ثالثاً : طرق الإرشاد حسب الخلفية النظرية :

1- الإرشاد بالتحليل النفسي :

إن أول الرواد الأوائل لهذا النوع من الإرشاد هو سيجموند فرويد والذي نمي نموذجه في التحليل النفسي خلال الفترة من 1880 إلى 1930 ، حيث اكتشف عمليات العقل اللاواعي ، وأيضاً الحيل الدفاعية التي يقوم بها المضطربين انفعالياً لكي يقوا أنفسهم من الخبرات المربكة وغير المحتملة ، كما قدم مفاهيم حول تكوين الشخصية منها (الهو – الأنا – الأنا الأعلى) ، أيضاً اهتم بمراحل النمو الجنسي ، كما قدم مفاهيم إرشادية مثل (تداعي المعاني – الانتقال) ، ومن الرواد المهمين التابعين لهذه المدرسة : أنا فرويد – ميلاني كلين – كارل يونج – ألفريد أدلر .

2- الإرشاد السلوكي :

يستخدم الإرشاد السلوكي أساساً في مجال الإرشاد العلاجي حيث تعتبر عملية الإرشاد عملية إعادة تعلم ، ويعتبر الإرشاد السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم ، والنظرية السلوكية وعلم النفس التجريبي بصفة عامة في ميدان الإرشاد النفسي وبصفة خاصة في محاولة حل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن ذلك بضبط وتعديل السلوك المضطرب المتمثل في الأعراض.

ومن أساليب الإرشاد السلوكي : الإشرط الكلاسيكي والذي يتضمن تأثيرات المثير الشرطي كما وصفها بافلوف في عام 1927 ، حيث يرتبط مثير محايد سابق بمثير آخر يثير الاستجابة الفسيولوجية ، وبمرور الوقت يثير المثير الجديد (الشرطي) الاستجابة ، ومن الأساليب الإرشادية القائمة علي هذه الطريقة (الاسترخاء ، والتحصين التدريجي) ، أما الأسلوب الآخر فهو الإشرط الإجرائي ويتضمن تأثيرات الاستجابة المشروطة كما وصفها سكينر عام 1938 حيث يري أن الاستجابة إلي مثيرات معينة تصبح أقوى أو أكثر تكراراً إذا ما أدت إلي نتائج مرضية (تعزيز إيجابي) أو النفور من نتائج غير مرضية (تعزيز سلبي) ،

وتصبح السلوكيات أقل تكراراً إذا منعت النتائج المرضية السابقة (الانطفاء) ، أو أنها قادت إلى نتائج غير مرضية (العقاب) .

3- الإرشاد المعرفي :

يعتمد علي النظرية الأخذة بأن أسلوب تفكير الفرد هو المسئول عن انفعالاته وعن سلوكه ، ويمكن تعريفه بأنه التنظيم والإستراتيجيات (أي الخطط) التي يعاون المعالج في خلقها في عميله حتي يعيد تشكيل وتوظيف أفكاره التي أدت إلي أخطائه المعرفية وانفعالاته الضارة أو سلوكه الشاذ ، وتتلخص تقنيات الإرشاد المعرفي في تحويل وظائف المعرفة لدي المضطرب إلي اتجاه يتيح له رؤية أفضل ، ويحدث ذلك بإتاحة الفرصة للمريض بأن يختبر الحقائق (بمساعدة مرشده) حتي يستنتج أن أفكاره المرضية لا يمكن أن تكون منطقية ، ثم يقاد ليكتشف بنفسه مدي زيف هذه الأفكار .

4- الإرشاد الانتقائي Eclectic Counseling :

وهو أسلوب توفيق يجمع بين طرق الإرشاد المختلفة بحيث يأخذ منها ما يناسب ظروف المرشد والمسترشد والمشكلة والعملية الإرشادية بصفة عامة ، وينقسم إلي :

أ- الاختيار بين الطرق وهو أسلوب يعتمد علي اختيار أسلوب أو أكثر من الأساليب الأخرى للإرشاد بناء علي نوع المشكلة وظروف وإمكانيات المرشد والمسترشد .

ب- الجمع بين الطرق حيث يقوم المرشد بالجمع بين عدد من الطرق ويختار من كل طريقة أفضل ما فيها .

5- الإرشاد الديني :

هو طريقة توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم ، وتقوم علي معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه والقيم والمبادئ الدينية والأخلاقية ، وهدف الإرشاد الديني تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي ومساعدته علي تقبل ذاته وتحقيق وإشباع الحاجة إلي الأمن والسلام النفسي ، ويستخدم الإرشاد الديني بصفة خاصة في مجالات الإرشاد العلاجي والزواجي وإرشاد الشباب ، ويفيد في حالات القلق والوساوس والهستيريا وتوهم المرض والخوف والاضطرابات الانفعالية ومشكلات الزواج والإدمان والمشكلات الجنسية .

وهناك طرق أخرى متنوعة للإرشاد منها : الإرشاد خلال العملية التربوية ، الإرشاد باللعب ، الإرشاد المختصر، الإرشاد العرضي ، الإرشاد الذاتي ، الإرشاد وقت الفراغ ، الإرشاد بالواقع ، الإرشاد بالقراءة ، ويمكن القول بأن الاختيار من بين الطرائق المتعددة التي تم عرضها للإرشاد يتوقف علي نوع المشكلة ، وشخصية العميل وكذلك المرشد ، والظروف التي تتم فيها العملية الإرشادية ، فهي عملية اختيار مرنة، ويمكن الاعتماد فيها علي أكثر من أسلوب، ولا يمكن القول بأفضلية أحد الأساليب علي الآخر لأن ذلك يتعلق بمحددات معينة .

وسائل جمع المعلومات في الإرشاد النفسي :

1- الملاحظة Observation :

يمكن تعريف الملاحظة بأنها مراقبة ومتابعة علمية منظمة لجانب أو لعدة جوانب من سلوك المسترشد، لفترة زمنية محددة ، وفي مكان محدد ، ويقوم بها شخص متدرب علي متابعة السلوك وتسجيله ، ثم يتبع ذلك تحليل المعلومات التي تم تسجيلها ثم تفسيرها والوصول إلي قرارات علمية في ضوء ما تم ملاحظته.

2- المقابلة Interview :

هي علاقة مهنية تفاعلية مباشرة بين المرشد والمسترشد في جو نفسي آمن ، تحكمه شروط محددة بهدف الحصول علي معلومات عن المسترشد وذلك لشرح وتوضيح وتفسير حالته ، فالمقابلة هي فن يتطلب مجموعة من المهارات والفنيات الخاصة ، وتختلف المقابلة الإرشادية عن اللقاء meeting العابر غير المخطط فهي لقاء مخطط هادف رسمي له أهداف محددة وله شروط محددة أيضاً .

3- السيرة الذاتية Autobiography: هي عبارة عن تقرير يكتبه الفرد عن حياته بنفسه، ويشمل التاريخ الأسري وتطور حياة الفرد ونظرته للحياة وأهدافه ، كما تشمل الخبرات التي مر بها وخطته المستقبلية والمشكلات التي يعاني منها والإحباطات التي واجهها وعلاقاته الاجتماعية سواء في المدرسة أو العمل ومفهومه عن ذاته.

4- الاستبيان Questionnaire : هو مجموعة من الأسئلة المكتوبة حول موضوع معين يقوم المسترشد بالإجابة عليها ، ويمكن تقسيم الاستبيانات بناء علي محاور مختلفة إلي عدة أنواع هي:

- من حيث طبيعة الأسئلة وطريقة الإجابة عليها (الاستبيان المقيد المغلق، الاستبيان الحر المفتوح، الاستبيان الحر – المقيد ، الاستبيان المصور) .
- من حيث المادة المراد جمعها (معلومات خاصة بالمجيب، الوقوف علي استجابات الشخص ورعايته واتجاهاته) .
- من حيث عدد المفحوصين (فردى – جماعى).

5- السجل المجمع The Cumulative Record :

ويستعمل في الإرشاد التربوية والمهني ، ويقصد به السجل الذي يجمع معلومات تامة لها دلالتها عن التلميذ في فترة من الزمن تمتد إلي عدة سنوات قد تغطي تاريخ حياته الدراسية كلها من بدايتها ، ويتضمن عادة درجات التلميذ في المواد المختلفة في مختلف مراحل الدراسة ، والغياب والحضور وبيانات الأسرة وحالتها ، وتقديرات عن خلق التلميذ وسلوكه الاجتماعي وصحته.

6- السجل القصصي Anecdotal Record : هو تسجيل موضوعي لواقعة أو مشهد من سلوك العميل في الواقع في موقف معين كما هو كقصة واقعية ، وقد يليه تعليق ، وتفسير لما حدث ، ثم توصيات أي أنه صورة كتابية أو عينة سلوكية مكتوبة وقتياً عند حدوث الواقعة السلوكية ، أما التعليق والتفسير والتوصيات فتكون منفصلة وليست جزءاً من السجل.

7- الاختبارات والمقاييس النفسية Psychological Tests & Measurements :

الاختبار النفسي هو أداء عملية تتكون من مجموعة من المثيرات التي يفترض أنها تمثل السمة موضوع القياس ، وفق معايير ملائمة للبيئة التي يطبق فيها ، تمهيداً لدراسة ظاهرة معينة ، وهنا يجب الانتباه من اللجوء إلي استخدام الاختبارات النفسية أثناء الجلسات الإرشادية بسبب أو بدون سبب حتي لا يؤدي استخدامها إلي نتائج عكسية.

وتستخدم الاختبارات النفسية لأغراض كثيرة منها (التشخيص - العلاج - التنبؤ - المراقبة - التقويم) ، ومن أهم شروط الاختبارات والمقاييس (الصدق - الثبات - المعايير - الموضوعية - إظهار الفروق الفردية - سهولة الاستخدام).

8- دراسة الحالة Case Study :

هي إحدى الوسائل التي تستخدم لجمع البيانات عن الشخص ، وهي تهدف إلي التعرف علي حالة الفرد من النواحي المختلفة الحسية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ، وتتناول دراسة الحالة معرفة طولية شاملة عن الفرد تتناول مراحل نموه المختلفة ومظاهر النمو في كل مرحلة ، والعوامل المؤثرة بهذا النمو ، كما تتناول أساليب التنشئة الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد والخبرات الماضية والتاريخ التعليمي والمهني ، كما تتضمن تطلعات الفرد وطموحاته المستقبلية

وهناك مصادر متعددة للمعلومات في دراسة الحالة تتمثل في : الملاحظة ، البيانات الكمية والكيفية المتمثلة في نتائج الفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية ، البيانات التاريخية المستمدة من السجلات والوثائق والمقابلات ، وقد نحصل علي الكثير من المعلومات عن العميل من مصادر أخرى مثل أفراد عائلته وزملائه ومعلميه وأطبائه المعالجين ومن السجلات المدرسية ومذكرات الأم عن طفلها ، وفي هذه الحالة يكون من المفيد المقارنة بين المعلومات التي تحصل عليها من مصادر مختلفة .

ويمكن عرض خطوات دراسة الحالة التالية :

أ- التنظيم : أي التأليف بين المعلومات والمواقف لفهم المشكلة .

ب- تحليل المعلومات وتفسيرها : ويتم ذلك بفرز وفحص المعلومات والكشف عن العلاقات التي تربط بينها ثم التفسير في ضوء خبرة المرشد .

ج- الاستدلال : والذي من خلاله ينتهي المرشد إلي الحكم بصحة الفروض المرتبطة بالمشكلة أو عدم صحتها .

د- التنبؤ : ومعناه الإنباء باحتمالية تكرار المشكلة في المستقبل أو عدم تكرارها .

هـ- كتابة التقرير الختامي عن الحالة ويشمل تلخيصاً للمعلومات التي تم جمعها وطريقة تصنيفها وتحليلها وأيضاً ما تم التوصل إليه بالاستدلال من توضيح المشكلة والعوامل المسؤولة عنها والأعراض الدالة عليها ، والطرق المناسبة لحلها ، والتنبؤ بما سيكون عليه في المستقبل.

وتتمثل محتويات دراسة الحالة في :

أولاً : المعلومات والبيانات العامة : (كالاسم والجنس والمدرسة والعمر) .

ثانياً : المعلومات الشخصية وتتضمن :

- الحالة الجسمية والصحية .
- الحالة العقلية والمعرفية وتشمل : معلومات عن التحصيل الدراسي والمشكلات التعليمية والاتجاهات نحو المدرسة ، الذكاء والابتكار والإنجاز ، الذاكرة والإدراك والتخيل .
- الحالة الاجتماعية وتشمل : التنشئة الاجتماعية ، التركيبة الأسرية والوضع الاقتصادي الاجتماعي لها ، الأصدقاء وجماعته المرجعية ، نمط المجتمع الذي يعيش فيه .
- 5- البيئة المدرسية التي يتعامل معها .
- الحالة النفسية : وتشمل مستوي النضج الانفعالي والصراعات النفسية ، والتوتر والغضب والقلق والخجل والاكتئاب الخ .
- النمو : من حيث معدله وتحقيق مطالبه واضطراباته ومشكلاته .

ثالثاً : الملخص العام : ويشمل خلاصات المعلومات المهمة المرتبطة بالمشكلة وتفسيرها العلمي.

رابعاً : التشخيص : أي افتراض لتشخيص قابل للتأكيد أو الرفض .

خامساً : التوصيات وتشمل الاقتراحات الخاصة بطريقة العلاج العاجل والآجل .

سادساً : المتابعة وهذه ضرورة لتقدير مدي الإفادة من معلومات دراسة الحالة (حامد زهران ، 2002 ، 195) .

ويجب علي المرشد أن يراعي عدة اعتبارات عند تسجيل المعلومات بدراسة الحالة هي :

- 1- تجنب استخدام ضمير المتكلم وضمير المخاطب عند تسجيل المعلومات المتعلقة بدراسة الحالة ، واستبدالها بضمير الغائب ليدل علي كل من المرشد والمسترشد .
- 2- تجنب استخدام الجمل الطويلة والصياغة الإنشائية التي قد تسبب اضطراباً لمن يقرأ التقرير .

- 3- تجنب تسجيل مشاعر المرشد النفسي وأحاسيسه وظنونه حول المسترشد .
- 4- ينبغي علي الأخصائي النفسي عدم التنبؤ بما سيكون عليه الطالب .
- 5- عدم تسجيل البدائل والخيارات المتاحة للطالب علي أنها أحكام إلزامية تجبره علي قبولها ، وليكن التسجيل في صورة عرض البدائل والخيارات دون الالتزام بها.

وتتمثل مزايا دراسة الحالة فيما يلي :

- تعطي أوضح وأشمل صورة للشخصية باعتبارها أشمل وسائل جمع المعلومات .
- تيسر فهم وتشخيص وعلاج الحالة علي أساس دقيق غير متسرع .
- تساعد العميل علي فهم نفسه بصورة أوضح .
- تفيد في التنبؤ وذلك عندما يتاح فهم الحاضر في ضوء الماضي .
- لها فائدة إكلينيكية خاصة لأنه يحدث خلالها نوع من التنفيس والتطهير الانفعالي ، وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار والمشاعر وتكوين استبصار جديد بالمشكلة .
- تستخدم لأغراض البحث العلمي والأغراض التعليمية في إعادة وتدريب المرشدين النفسيين

بينما يشير صالح الخطيب (2003) إلي عيوب دراسة الحالة التالية :

- 1- تستغرق وقتاً طويلاً وجهداً كبيراً مما قد يؤخر تقديم المساعدة للمسترشد .
- 2- قد يتحول هذا الكم الهائل من المعلومات التي تم تجميعها إلي مجرد تكديس للمعلم إذا لم يقم المرشد بتنظيمها وتلخيصها بشكل دقيق وتوظيفها في العملية الإرشادية .
- 3- وجود صعوبة في ضبط الكذب والتناقض في المعلومات والبيانات.

9- مؤتمر الحالة Case Conference :

مؤتمر الحالة هو اجتماع مناقشة خاصة يضم فريق الإرشاد كله أو بعضه ، ويضم كل أو بعض من يهتمهم أمر العميل ، وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به ، ومستعد للتطوع والحضور شخصياً للإدلاء بها والمشاركة في تفسيرها وفي إبداء بعض التوصيات بموافقة العميل ، ويضم مؤتمر الحالة عادة الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمدرس والمرشد ، ومن أعضائه البارزين الوالدان ، ويضم في بعض الحالات محيل الحالة والمدير وغيرهم وعادة يتولى إدارته المرشد حتي لا يتحول إلي مجرد جلسة عامة.

الفصل الثاني

نظريات الإرشاد النفسي

- النظرية التحليلية
- نظرية السمات والعوامل
- نظرية الذات
- نظرية المجال
- النظرية السلوكية
- النظرية المعرفية
- النظرية السلوكية المعرفية

نظريات الإرشاد النفسي :

هناك ثلاثة وظائف أساسية لنظريات الإرشاد النفسي هي :

- 1- تزويد المرشد بالمفاهيم الأساسية التي تعتبر مدخلاً لفهم الطبيعة الإنسانية والعملية الإرشادية.
- 2- تزويد المرشدين بالطرق أو الأساليب الإرشادية المناسبة .
- 3- مساعدة المرشدين في إجراء البحوث وصياغة الفروض.

وفيما يلي عرض لأهم نظريات الإرشاد النفسي :

أولاً : النظرية التحليلية : Psychoanalytic Theory :

إن الهدف الرئيسي لطريقة العلاج بالتحليل النفسي هو أن يحضر العميل إلى الشعور تلك الدفقات المكبوتة المسببة للقلق (دفعات الهو) التي لم تتمكن الأنا من معالجتها بنجاح ، وخلال موقف العلاج يعطي الفرد الفرصة لمواجهة تلك المواقف التي لم يستطع معالجتها بنجاح من قبل إذ يخلق المعالج موقفاً خالياً من التهديدات والأخطار ، ويتعلم الفرد أن يعبر عن أفكاره دون خوف من الإدانة أو التحقير ، وهذه الحرية تسمح له باكتشاف مدي لياقة أو عدم لياقة سلوكه الحالي.

وجدير بالذكر أن الفرويديين المحدثين قد أسهموا بآراء جديدة تتلخص في الآتي :

- 1- أضاف يونج Yung أهمية الذات كجهاز مركزي للشخصية يعتمد عليها في وحدتها وثباتها وتوازنها ، وأنها تحرك السلوك وتنظمه ، واهتم يونج بمفهوم الشخصية المصنعة Persona وكذلك بدراسة الأنماط النفسية (الانبساطي – الانطوائي) .
- 2- تحدث أدلر Adler عن مفهوم الذات الدينامي ، الذي يتعامل مع الآخرين والذات المبتكرة وهي العنصر الدينامي النشط والفعال في الشخصية .
- 3- قدمت هورني Horney أيضاً مفهوم الذات الدينامي ، ذلك الذي جعلها تعتقد أن الشخص يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته فتحدث الذات المثالية والذات الواقعية.
- 4- وتحدث رانك Rank عن نمو الذات من الطفولة ، بحيث يمر تطور الفرد بثلاث مراحل (العادي – العصابي- المتوافق).
- 5- وتعتقد سلوفيان Sullivan أن جهاز الذات ينمو بطريقة يحفظ بها نفسه ضد القلق ، الذي يعتبر نتاجاً للتفاعل الاجتماعي .
- 6- ويرى فروم Fromm أن الشخصية هي مجموعة من السمات النفسية والجسمية الموروثة والمكتسبة ، التي تميز الفرد وتجعل منه شخصاً فريداً ، ويؤكد علي أهمية دور الأسرة وعملية التطبيع الاجتماعي.

ولقد حقق فرويد في نظريته نجاحاً بخاصة في أساليب العلاج التحليلي فيما يتعلق بتحرير المسترشد من مخاوفه وقلقه ... إلا أن هناك بعض الانتقادات التي وجهت إلى نظريته منها :

- 1- مبالغتها في دور الغرائز الكبير في تحديد السلوك ونشوء الاضطراب النفسي خاصة عاملي الجنس والعدوان .
- 2- بنيت النظرية مبدئياً علي سلوك المرضى من الناس وليس علي سلوك العاديين .
- 3- نظرتها السلبية التشاؤمية للطبيعة الإنسانية .
- 4- أنها لا تصلح لكثير من أنواع الاضطرابات النفسية الذهانية والسيكوباثية .
- 5- إفادة المرشد التربوي منها قليلة فهي نظرية علاجية أكثر منها نظرية إرشادية.

ثانياً: نظرية السمات والعوامل Trait and Factor Theory :

- تعتبر نظرية السمات والعوامل هي الأساس النظري الذي تقوم عليه طريقة الإرشاد الموجه أو الإرشاد الممرکز حول المرشد ، وأشهر من طبقوا هذه النظرية هو ويليامسون Williamson 1965 ومن الافتراضات الأساسية لها ما يلي :
- أن عملية الإرشاد النفسي أساساً عملية عقلية معرفية .
 - أن سوء التوافق لدي الأشخاص العاديين يترك جزءاً كبيراً من العقل يمكن استخدامه في التعلم وإعادة التعلم.
 - الإرشاد يساعد المسترشد في فهم وتطبيق ما تعلم في حياته اليومية .
 - الإرشاد يساعد المسترشد في ممارسة التنفيس الانفعالي من أجل التخلص من النوبات الانفعالية

ثالثاً : نظرية الذات Self Theory :

ينتمي روجرز مؤسس هذه المدرسة إلي الاتجاه الإنساني في علم النفس ، وهو اتجاه يركز علي الإنسان وقدرته علي التحكم في مصيره ، وأنه خير بطبيعته ، وتأتي أهمية نظرية الذات عند كارل روجرز لارتباطها بأشهر طرق الإرشاد النفسي والذي سمي بالقوة الثالثة في علم النفس وهو العلاج المتمركز حول العميل Client – Therapy Centered أو غير المباشر

- وقد أسهم روجرز وزملاؤه بالكثير من الجهود في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي ومنها :
- 1- أوضح روجرز فكرة خلق جو انفعالي تسوده الحرارة والحرية والرضا.
 - 2- أجاد روجرز وزملاؤه أكثر من غيرهم في وصف عملية التعلم باعتبارها تعديلاً للسلوك .
 - 3- كان روجرز رائداً في استخدام التسجيل الصوتي للمقابلة في عملية الإرشاد .
 - 4- ترسيخ مفهوم الذات الواقعي Realistic Self Concept بحيث تكون معظم حالات سوء التوافق هي نتيجة للفشل في تنمية هذا المفهوم الواقعي .
 - 6- يساعد هذا النمط من الإرشاد في التوجيه المهني إلي جانب أن هناك مجالات أخرى إرشادية تتمثل في الإرشاد الزواجي Marriage Counselling .

رابعاً : نظرية المجال Field Theory :

ترتبط نظرية المجال في علم النفس باسم كيرت ليفين ، ولقد ظهر أول تأثير لنظريته في الطبيعة علي علم النفس في علم نفس الجشطالت Gestalt Psychology علي يد فيرثايمر Wertheimer وكوهلر Kohler وكوفكا Kafka، والفكرة الأساسية فيه أن إدراك موضوع ما يحدده المجال الإدراكي الكلي الذي يوجد فيه، وأن الكل ليس مجرد مجموع الأجزاء ، وأن الجزء يتحدد بطبيعة الكل ، وأن الأجزاء تتكامل في وحدات كلية .

والعلاج الجشطالتي تأسس علي يد فريتس بيرلز أثناء الأربعينات، ويقوم علي تدريب المريض والمعالج علي كيفية الرؤية والإحساس عند مواجهة ظاهرة أو موقف أو فرد لأن الرؤية والشعور عنده منفصلان تماماً عن ترجمة الحقائق وشرح الظواهر وأسبابها المتصلة بأزمة بعيدة ، أو التطلع إلي ما يرتقب من نتائج تتبعها ، لذلك يهتم العلاج الجشطالتي بما أسماه بيرلز (هنا والآن) أو The Here & The Now وهو بهذا الأسلوب يتبع المدرسة الوجودية التي تسعى إلي رؤية وشرح الظواهر فقط.

خامساً : النظرية السلوكية :

تقوم النماذج السلوكية علي أن كلاً من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم ، وعلي النقيض من النماذج البيولوجية أو السيكلوجية أو السيكلودينامية التي تنظر إلي الاضطرابات السلوكية كأعراض لمرض أساسي ، فإن النماذج السلوكية لا تهتم بالأسباب الأساسية للاضطراب بل تهتم بالسلوك الظاهري للاضطراب، والإرشاد السلوكي يعود إلي تطبيق التقنيات المتنوعة الخاصة بنظريات التعلم المختلفة وليس نظرية واحدة أو نموذج واحد ، وتقوم السلوكية علي اتجاه عام للممارسة الإرشادية التي تعتمد علي المنهج التجريبي لتغيير السلوك وليس مجرد فهمه .

وتعتبر الطرق السلوكية مفيدة في الحالات التالية :

- 1- إمكانية السيطرة علي الاحتمالات الخارجية ، فعلي سبيل المثال في عائلة يتواجد فيها الأبوان لعدة ساعات في اليوم، أو في الفصل الدراسي .
- 2- الأفراد الذين يمتلكون قدرات معرفية لم تنمو بصورة جيدة ، مثل الأطفال الصغار الذين يمتلكون مستوى عقلي منخفض .
- 3- المشكلات التي يسهل تحديدها عن طريق السلوكيات الملاحظة .

وتتضمن النظرية السلوكية توجهات نظرية مختلفة تتمثل في :

- 1- الإشراف الكلاسيكي Classical Conditioning : والذي يقرر أنه إذا ما اقترن مثير محايد أو شرطي مع مثير طبيعي فيؤدي هذا الاقتران إلي الاستجابة الانفعالية أو الفسيولوجية الطبيعية ، وإذا تكرر اقتران المثير الشرطي مع المثير الطبيعي فإن المثير الشرطي يكتسب خصائص المثير الطبيعي حيث تنتج

استجابة متعلمة تسمى بالاستجابة الشرطية ، وقد ساهم الاشتراط الكلاسيكي في فهم أنماط السلوك المضطرب والخاصة بالخوف المرضي .

2- الإشرط الإجرائي **Operant Conditioning** : يرجع الفضل في تعريف قوانين الاشتراط الإجرائي إلي سكينر Skinner وينظر هذا المنهج للسلوك علي أنه مثيرات تحدث بشكل تلقائي أو عشوائي ، ويتبع هذا السلوك حادث ما يسبب السرور والاستمتاع (تدعيم) ، وهذا التدعيم يزيد من فرص حدوث تلك المثيرات في المستقبل.

3- التعلم الاجتماعي **Social Learning** : والذي قدمه باندورا Bandera في عام 1960 والذي قاد إلي اتساع النموذج السلوكي واهتمامه بالعلاقات الإنسانية وتأثيرها علي التعلم لدي الأطفال والمراهقين ، وكذلك الاهتمام بالدور المركزي للانتباه الأبوي في توفير المكافآت ، فالأسر التي يكون فيها تفاعل إيجابي محدود قد يتصرف الطفل بطريقة معادية للمجتمع لجذب الانتباه .

وعلي الرغم من أهمية النظرية السلوكية في الإرشاد النفسي إلا أنها لم تسلم من بعض الانتقادات نذكر منها :

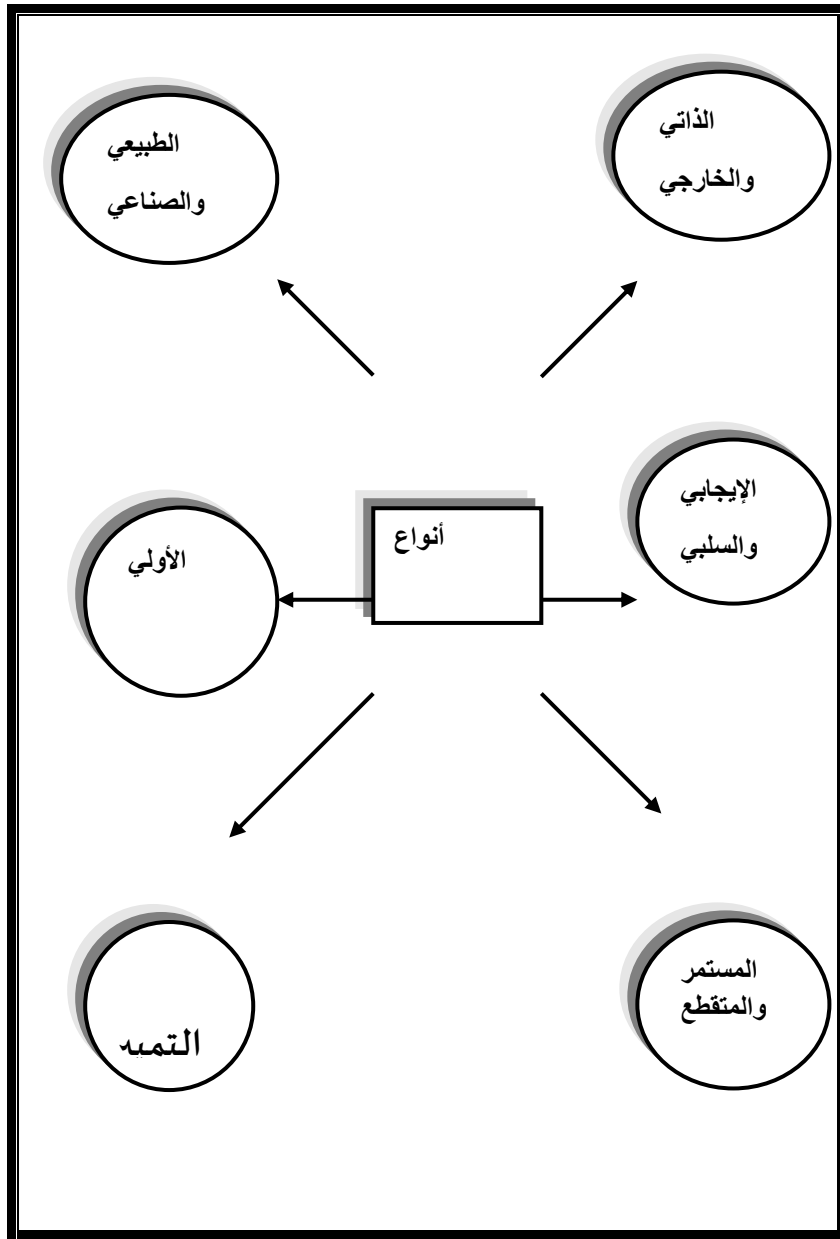
- 1- يعتقد الكثير أن الأساليب السلوكية تتعامل مع المسترشد بشكل آلي ، حيث يفتقد هذا الاتجاه إلي اللمسة الإنسانية .
- 2- يتجه هذا الأسلوب إلي التعامل مع أعراض الاضطراب دون الاهتمام بالأسباب الحقيقية المؤدية إليه .
- 3- أصحاب النظرية يضعون في الاعتبار من الناحية العملية السلوك الظاهري فقط .
- 4- معظم تجاربها العلمية قامت علي الحيوان أكثر منها علي الإنسان .
- 5- الإرشاد السلوكي يقوم علي إزالة الأعراض بدلاً من الحل الجذري لها.
- 6- إهمال جوانب أساسية من حياة الإنسان وفي مقدمتها الجوانب المعرفية والجوانب الوجدانية .
- 6- أنها نظرية جزئية تهتم بدراسة الجزئيات وتهمل دراسة الكليات ، فهي تجزئ السلوك الإنساني الكلي المعقد إلي جزئيات صغيرة.

ومن أهم فنيات تعديل السلوك سواء للعاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي:

التدعيم: Reinforcement : التدعيم من أهم مبادئ تعديل السلوك علي الإطلاق ، وهذا ما دفع البعض إلي تسمية أساليب تعديل السلوك بأساليب التدعيم ، ويعود ذلك إلي حقيقة أن التدعيم لا يقوي السلوك فحسب ولكنه ذو وظائف متنوعة منها : الوظيفة الانفعالية (فالتدعيم يولد تغيرات إيجابية في مفهوم الذات) ، والوظيفة التشجيعية (فالتدعيم هو مفتاح الدافعية) ، والوظيفة المعلوماتية (فالتدعيم يقدم تغذية راجعة فورية حول طبيعة الأداء) .

والتدعيم بأنه الطريقة أو الإجراء الذي يؤدي إلى إزالة نتائج سلبية يطلق عليها السلوكيون اسم "التوابع"، وهو ما يترتب عليه زيادة احتمال حدوث نفس السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة ، والتدعيم يعني المكافأة التي تزيد من احتمالية حدوث السلوك الذي تم تعزيزه أو مكافأته ، والشيء الذي يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث السلوك أو إلى تقويته يسمى المعزز Reinforcer ، والتعزيز هنا يعرف من خلال وظيفته، فإذا أدى إلى الزيادة المرغوبة سمي معززاً إيجابياً وإذا أدى إلى خفض السلوك سمي معززاً سلبياً .

وهناك أنواع مختلفة من التدعيم يمكن إجمالها من خلال الشكل التالي:



ويمكن تحديد العوامل التي تؤدي إلى فاعلية التدعيم في برامج تعديل السلوك كالتالي :

- التحديد الدقيق للسلوك المراد تدعيمه وتعريفه بشكل إجرائي .

- اختيار المدعمات المفضلة للطفل إما عن طريق الملاحظة المباشرة ، أو عرض المدعمات عليه للاختيار ، أو سؤال الوالدين والمدرسين ، وترتيبها في جدول من المفضل إلى الأقل تفضيلاً .
- سرعة تقديم التدعيم بعد الاستجابة الصحيحة ، خاصة في مرحلة التكوين الأولي ، وذلك حتي لا يحدث في فترة إرجاء المعزز سلوك خاطئ فيرتبط بالتدعيم .
- يجب ألا نصل بالطفل لحالة الإشباع من المدعم حتي لا يفقد قيمته ، وتعالج هذه النقطة عن طريق تنوع المدعمات المقدمة ، واستخدام مدعمات جديدة وغير مألوفة للطفل بشكل مستمر .
- استخدام جداول التدعيم بأنواعه : المستمر في بداية تشكيل السلوك ، والمتقطع في المراحل التالية .
- مراعاة سن وجنس وطبيعة الطفل المراد تدعيمه ، وتحليل الظروف البيئية التي يعيش فيها .
- يجب الانتقال بالطفل من التدعيم خلال مواقف البرنامج المقننة ، إلي التدعيم الطبيعي في المواقف الحياتية لتثبيت استجاباته المتعلمة .
- عدم استخدام المعززات كرشوة ، فالطفل يجب أن يعمل جاهداً من أجل الحصول علي التدعيم ، وألا يشعر بأن التدعيم نوع من التودد لعمل السلوك المطلوب ، فيرغب عن القيام بالسلوك إلا في سبيل الحصول علي ما يريدده هو .

التعميم Generalization :

يسمح التعميم بنقل التعلم من موقع لآخر حيث يكون هناك تشابه في المواقف ، وهذا يساعد علي توفير واختصار الوقت ، حتي لا نضطر لإعادة موقف التعلم كلما واجهنا موقفاً جديداً ، ولكن إذا كان الموقف مختلفاً فالمسألة تحتاج للتعرف علي الفروق وتطوير القدرة علي التمييز .

وتكمن أهمية أي تدخل علاجي في درجة تعميم نتائجه في مختلف الأوقات والمواقف المشابهة ويعني ذلك الدرجة التي يستمر فيها أداء السلوك المستهدف في المواقف المشابهة ، ولسوء الحظ فقد نال موضوع دعم وتعميم السلوكيات التي تم اكتسابها اهتماماً قليلاً نسبياً في البحوث التربوية، وهناك نوعان من التعميم :

1- تعميم المثير Stimulus Generalization :

حيث تنشأ الاستجابة أو تتكون في موقف معين للمثير ، فإذا تغير موقف المثير فإن الاستجابة تظل متعلمة أو مكتسبة لكنها تكون أقل استعداداً للظهور ، وتعميم المثير يمثل مسألة هامة جداً في تعديل السلوك ، فالتدريب (أو العلاج) يتم عادة في موقف ومكان معين مثل حجرة الدراسة أو المنزل أو المستشفى أو المعهد ، ومن المرغوب فيه أن تعمم السلوكيات التي ننمها لدي الأفراد (العملاء) في هذه المواقف ، أي تنقل إلي مواقف أخرى وفي وجود أناس آخرين غير المعالج .

2- تعميم الاستجابة Response Generalization :

إن تدعيم إجراء معين لا يؤدي فقط إلى زيادة تكرار الاستجابات التي تكون هذا الإجراء ، ولكن التدعيم يؤدي كذلك إلى زيادة احتمال تكرار الاستجابات المشابهة للاستجابات التي تكون ذلك الإجراء ، إذن فالتدعيم له أهمية خاصة في أي برنامج سلوكي لضمان نجاح البرنامج ، وذلك من خلال نقله من المواقف المخبرية المقننة إلى المواقف الطبيعية الحياتية ، وهو الهدف الأساسي لأي برنامج سلوكي .

التمييز Discrimination :

يشتمل مبدأ التمييز على تعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط ، بمعنى آخر يتضمن التدعيم ضبط السلوك من خلال مثيرات محددة دون غيرها ، والتمييز يمكن تعلمه بسهولة نسبياً وذلك من خلال أسلوب التدريب التمييزي والذي يتم فيه تدعيم الاستجابة بوجود مثير معين وعدم تدعيمها في حالة حدوثها بوجود مثيرات أخرى ، وهذه العملية تسمى عملية التدعيم التفاضلي .

الإنطفاء Extinction :

يعرّف الإنطفاء بأنه انسحاب التدعيم من الاستجابة الإجرائية حتي تنطفئ الاستجابة ، بمعنى آخر ينقص معدلها ، قد اتضح أن السلوك لو لم يعزز فإنه سوف يحدث بشكل أقل تدريجياً وفي النهاية يعود إلى معدل الحدوث قبل أن يبدأ الاشتراط ، هذه العملية تسمى الإنطفاء ، والإنطفاء ربما يأخذ وقتاً طويلاً معتمداً على درجة قوة الاستجابة أصلاً ، والوقت الذي تأخذه مؤشر جيد لقوة الإجراء .

وتعتمد سرعة اختفاء السلوك عند إخضاعه للإنطفاء على عوامل مثل :

- كمية التدعيم السابق : كلما كانت أقل ، كلما كان انطفاء السلوك أكثر بطأ .
- جدول التدعيم الذي يخضع له السلوك : يكون الانطفاء أكثر بطأ إذا حدث التعلم في فترة زمنية أطول ، وتحت تأثير التدعيم المتقطع .
- درجة الحرمان من المعزز : فالشخص الذي مضى عليه وقت طويل نسبياً دون الحصول على المعزز سيبيدي مقاومة أكثر للإنطفاء من الشخص الذي توفر له المعزز مدة طويلة قبل خضوعه لإنطفاء الاستجابة .

د- مقدار الجهد الذي يتطلبه السلوك من الفرد : فكلما كان الجهد أكبر كانت مقاومة السلوك للإنطفاء أقل .

ويجب أن تلاحظ تعليمات قليلة إذا كنت تخطط لاستخدام الإنطفاء مع الأطفال التوحديين ، فعندما تبدأ بمنع الانتباه للسلوك غير المرغوب ، يكون السلوك عادة أسوأ من قبل بداية تقليله ، على سبيل المثال إذا لم تعد الصرخة القصيرة تسبب الانتباه ربما يصرخ الطفل أعلى ولمدة أطول ، إذا لم يحدث هذا

استجابة ربما يترك مقعده ليقف مباشرة أمام المعلم ليصرخ ، ويجب أن يكون معداً لمنع الانتباه لكل صور زيادة السلوك ، هذا يعني أن الانطفاء ربما لا يكون تدخلاً مناسباً للطلاب العدوانيين ، لأن الزيادة ربما تشمل بعض صور العدوان تجاه الطلاب الآخرين ، أو تجاه الطفل نفسه أو تجاه المعلمين .

الإخفاء كأحد أنماط التدعيم Fading Type of Reinforcement:

يمكن أن يشمل الإخفاء تغييراً تدريجياً في المثيرات المقدمة لحث السلوك ، فعلي سبيل المثال فإن استخدام المعلم لعبارة " أنظر إلي " قبل البدء في تعلم المهمة يمكن استبعادها تدريجياً حين ينظر الطالب إلي المعلم بشكل تلقائي ، ويمكن أن يتضمن الإخفاء أيضاً التقابل (الخفض) التدريجي للاعتماد علي المعززات الخارجية للسلوك، وقد يشمل التحرك بعيداً عن الأشكال الخارجية للتعزيز باتجاه التعزيز الاجتماعي والسلوك الداخلي أو السلوك المعزز للذات ، وحتى إذا كان التعزيز المباشر أو المادي أو الرمزي ضرورياً فيجب أن يكون مقترناً بمعزز اجتماعي.. وبالتالي قد يحل التعزيز الاجتماعي محل التعزيز الرمزي المستخدم تدريجياً .

التشكيل Shaping :

قام سكينر (1938) بوضع تشكيل أو إجراء التقريب المتتالي لزيادة المعدل الذي يتم به تعلم السلوك الإجرائي ، فمن خلال التشكيل نصل بالسلوك من المعدل القاعدي الذي هو عليه إلي السلوك المرغوب الذي يتم تدعيمه ، وكلما اقتربنا من السلوك النهائي المرغوب يتم التدعيم . التشكيل إذن هو إجراء يشتمل علي الانتقال خطوة خطوة من مستوى الأداء الحالي إلي مستوى الأداء المطلوب ، وذلك من خلال التدعيم التفاضلي للتقاربات التدريجية من السلوك المستهدف ، مثل هذا التشكيل لا يستغرق أكثر من بضع دقائق ، وهذه الطريقة نستطيع أن نبنى إجراءات معقدة لا يمكن أن تظهر في ذخيرة الكائنات العضوية الأخرى .

ولا بد أن نشير هنا إلي أنه أثناء استخدام أسلوب التشكيل في برامج التعديل في أي محاولة لزيادة الأداء في عمل صعب نسبياً لا بد وأن تتم من خلال خطوات جزئية بسيطة تتكامل في النهاية لتشكيل العمل الصعب المراد تعليمه ، ويتوقف علي الاهتمام بهذه الملحوظة الرئيسية مدي نجاح وفعالية برامج التدعيم التي قد تفشل في تحقيقها بسبب عدم وضوح الرؤيا من جانب ، وعدم تحديد الخطوات البسيطة لبناء السلوك المعقد .

التسلسل Chaining :

يسمى الإجراء الذي نستطيع من خلاله مساعدة الفرد علي تأدية سلسلة سلوكية بتدعيمه عند تأديته للحلقات التي تتكون منها تلك السلسلة علي نحو متتال بالتسلسل، يتشابه التسلسل مع التشكيل في تجزئة السلوك النهائي إلي أجزاء صغيرة والتدريب عليها من خلال التدعيم ، غير أن الفرق بينهما هو أننا في

التسلسل نتجه ارتدادياً إلى الخلف حيث نبدأ بآخر حلقة في سلسلة الاستجابات الممثلة للسلوك ثم نعود إلى الخطوات التي قبلها وهكذا .

التغذية الراجعة Feedback :

يري ميكولاس Mikulas أنه يوجد نوع آخر من أنواع التدعيم وهي التغذية الراجعة ، والتي تعني معرفة ما إذا كانت استجابة الشخص صحيحة أو خاطئة ، فالوصول إلى الأداء الأمثل غالباً ما يصعب تحديده ، وتشكيل هذا الأداء الأمثل يعتمد علي كيفية توصيل المدعمات التي ترتبط بالسلوك ، أو بشكل أكثر عمومية علي العلاقة بين السلوك وتوابع التغذية الراجعة التي تستمد من البيئة ، هذه العلاقة تسمي وظيفية التغذية الراجعة Feedback Function .

وما يتميز به أسلوب التغذية الراجعة (أو ترجيع المعلومات) هو أنه أسلوب سهل نسبياً في تقديمه سواء كان في صورة لفظية (كلامية) أو في صورة مكتوبة ، غير أن البحوث قد أوضحت أن هذا الأسلوب يقل في تأثيره عن استخدام المدعمات الأخرى بالنسبة لحالات التخلف العقلي مثل استخدام الامتداح وإظهار الاستحسان والقبول ، وكذلك استخدام فيش (بونات) التدعيم

ولقد تناول بعض علماء النفس التدعيم علي أنه مرادف للتغذية الراجعة ، أو أنهما وجهان لعملة واحدة ، وفي ذلك ذكر سميث أن الخلط بين المصطلحين قد أثر تأثيراً سيئاً علي علم التدريب ، فمن أهم الفروق بينهما دقة وموضوعية تحديد كل منهما ، فالتغذية الراجعة يمكن تحديدها كمياً ووصفياً بطرق متعددة ، وأنها عبارة عن إشارة تحمل معلومات يمكن تقدير كميتها، في حين أن التدعيم يمكن تعريفه علي أنه عملية متوسطة له القدرة علي تقوية الاستجابات أو زيادة احتمال حدوثها في المستقبل ، كما أنه يتضمن وجود مؤثرات خارجية تستمد قوتها الحافزة من التغير الذي يؤدي إلي التعلم.

الوقت المستقطع Time Out :

هو إجراء عقابي يعمل علي تقليل أو إيقاف السلوك غير المقبول ، من خلال إزالة المعززات الإيجابية مدة زمنية محددة مباشرة بعد حدوث ذلك السلوك ، ويمكن أن يأخذ أحد الشكليين التاليين : إقصاء الفرد عن البيئة المعززة ، سحب المثيرات المعززة من الفرد لمدة زمنية محددة بعد تأديته للسلوك غير المقبول مباشرة .

التعاقدات المشروطة Contingency Contracting

أهم ما في هذا الأسلوب أنه من خلال عملية الاتفاق هذه تتم إعادة ترتيب المعززات الموجودة في البيئة مما يشجع حدوث السلوك المرغوب ، وإضعاف السلوك غير المرغوب لأن السلوك يكون تحت سيطرة المعززات القريبة جداً بدلاً من المعززات البعيدة نسبياً.

النمذجة Modeling :

ويقصد بها تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك ، ويتم التأكيد في هذا السياق علي أهمية العوامل الاجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين وملاحظة النماذج السلوكية في البيئة ، ولقد قدم سكينر (1953) الافتراض الذي يقوم عليه سلوك التقليد وهو " يستقر عند الطفل مخزون من الاستجابات السوية نتيجة تكرار التدعيم المنصب علي الطفل المقلد لسلوك النموذج سواء كانوا أفراداً بالغين أو الأقران أو الحيوانات أو كل ما يكون عالم الطفل ، والذي يجعل الطفل المقلد صاحب سلوك إيجابي ، ويجب باندورا صاحب نظرية العلاج بالاقتراء Modeling Therapy علي أن الإنسان يتعلم استجابة سوية في موقف اجتماعي ، وذلك من خلال ملاحظة سلوك الآخرين ، وللنمذجة ثلاث صور كبرى هي :

1- نمذجة مباشرة أو صريحة لنموذج فعلي خارجي Overt Modeling

2- نمذجة غير مباشرة أو ضمنية لنموذج متخيل Cover Modeling

3- نمذجة بالمشاركة أو تصحيح المسار Participant Modeling

تكلفة الاستجابة Response Cost :

تشمل فقد المعزز الإيجابي عندما يعرض الطفل لسلوك غير مناسب ، فإن المعزز المفقود يمكن أن يشمل مدي واسعاً من المميزات والأنشطة ، كمثال لو أن النقاط تعطي كمعززات للسلوك الجيد فإن استراتيجيات تكلفة الاستجابة تخصص نقاط للسلوك العدواني، وقياساً علي ذلك يمكن الاعتماد علي تكلفة الاستجابة بشكل فعال في برامج التدعيم كإجراء تخفيضي للسلوكيات غير المرغوبة .

العقاب Punishment :

العقاب هو إظهار منبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب ، ومن أشكال العقاب الحرمان والجزاءات التي توقع علي الكائن إثر ارتكاب خطأ معين ، والمدعمات والعقوبات يمكن أن تقسم إلي نوعين أساسيين ، أولي وثانوي ، ونحن معدين بيولوجياً للاستجابة للمدعمات الأولية والعقوبات الأولية بدون تعلم لهذا ، وذلك لأن بقاءنا يعتمد عليهما ، وأغلبنا يولد قادراً علي الشعور بالسعادة والألم ، وعندما ترتبط مثيرات بانتظام مع المدعمات والعقوبات الأولية غالباً تصبح مدعمات أو عقوبات ثانوية ، وهذه تتباين بين الأفراد بسبب أنها تعتمد علي خبرة المتعلم الشخصية المتفردة.

ويستخدم أسلوب العقاب المتتابع مع السلوك غير الملائم ، وتكمن مشكلة العقاب في أنه في الوقت الذي قد يؤدي إلي إزالة السلوك غير الملائم ، فإنه ليس من الضروري أن يؤدي إلي إحلال سلوك ملائم بدلاً منه ، ويتضح موقف سكينر من العقاب من خلال قوله " يكون العقاب غير فعال في الأجل الطويل حيث يقتصر أثره علي القمع المؤقت للاستجابة ، وعندما ينحسر العقاب تعود الاستجابة إلي معدلها قبل ممارسة العقاب ، ويبدو أثر العقاب كما لو كان فعالاً تماماً خلال ممارسته ، لكن أثره يكون مؤقتاً حيث تعود الاستجابة المعاقب عليها علي الظهور مرة أخرى متي توقف العقاب.

وهنا نتساءل هل التدعيم السالب مجرد اسم تنكري للعقاب ؟ إنه ليس كذلك فنحن نتذكر أن المعزز السالب هو مثير منفرد يتم سحبه من الموقف عندما يسلك الطفل بالشكل المطلوب ، وعلي العكس نجد أن أشكال العقاب المألوفة تتضمن تقديم مثير منفرد عندما يصدر سلوك غير مرغوب ، ويختلط فهم التدعيم السلبي والعقاب حيث إن الاثنين يتضمنان منبهات مؤلمة ، ولكن هذا الخلط يتلاشى عندما ننظر إليهما من زاوية آثارهما علي السلوك وليس من زاوية صفاتهما ، فالتدعيم السلبي يقوي السلوك بإزالة شيء غير محبب من البيئة ، وعلي العكس فإن العقاب يضيف شيئاً غير محبب للبيئة والنتيجة تضعف السلوك .

سادساً : النظرية المعرفية :

أسهمت أعمال بياجيه Piaget في علم النفس الارتقائي في ظهور (المعرفية) حيث لاحظ أن تفاعلات الطفل مع المواد الأدمية وغير الأدمية والعلاقات التي تتم بين الطفل وهذه المواد تسمح له بأن يتكيف بصورة تقدمية في سلوكياته ، وعندما يكون الطفل أكثر تكيفاً يكون نموه في أعلي مستويات الإدراك ، ويبدأ في فهم بيئته بطريقة أكثر تعقيداً ، وتعد درجة نمو إدراك الطفل واكتسابه القيم الأخلاقية هام بالنسبة للمرشد عند اختياره لبعض الأنشطة كالألعاب ذات القواعد المعينة.

وتتعددي المداخل المعرفية السلوك الملاحظ الخارجي إلي العالم الداخلي للأفكار والنماذج العقلية المفترضة ، فالمعرفة لها تأثير مستقل علي السلوك ولا تمثل فقط ظاهرة ثانوية مصاحبة للأحداث الخارجية والفسولوجيا الداخلية ، فالعقل يستطيع توجيه السلوك كما يستطيع إدراكه

وتعتمد النظرية المعرفية في تفسيرها للسلوك غير السوي علي أن :

أ - السلوكيات غير السوية إما مسببة أو تم الإبقاء عليها عن طريق نماذج التفكير المشوهة.

ب- المعارف المشوهة تعكس اتجاهات غير واقعية وسالبة عن الذات والعالم والمستقبل .

ج- المعارف المشوهة وغير الواقعية قد تبدو غير منطقية للآخرين ولكنها تتفق مع وجهات نظر المريض الشخصية عن الواقع ، ويتم استثارتها من أحداث الحياة غير الملائمة .

د- أن تغيير المعارف ينتج عنه تغيير في السلوك ، وفي نفس الوقت فإن تغيير السلوك ينتج عنه تغيير في المعارف والأفكار والاتجاهات.

وهناك ثلاث خصائص للتفكير تعتبر عامة لكل الاضطرابات الانفعالية وهي :

أ - الشخصية أو ذاتية الشخصية Personalization : وهي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمرضي ، وتحل وجهات النظر الذاتية هذه محل الأحكام الموضوعية .

ب - التفكير المستقطب أو التمرکز عن أحد طرفين متباعدين أو متناقضين Polarized Thinking : فالمرضي يفكرون بصورة متطرفة ، ويصدرون أحكاماً قصوي ، ويرتبط بهذه الخاصية الشرود في التفكير والتعسف في الاستنتاج والمبالغة في التعميم .

ج- قانون القواعد أو الضوابط Law of Rules : يستجيب المرضي للمواقف بصورة مطردة أو متجانسة، ولكن الانتظام في رد الفعل يزداد لديهم عما عليه الأشخاص الأسوياء وعندما يصبح رد الفعل غير مشروط أو غير خاضع لقانون فإن كل اضطراب يكون مستقلاً عن الاضطرابات الأخرى ، ويخضع لمجموعة من الضوابط الخاصة به.

وتعتبر الطرق المعرفية مفيدة في المواقف التالية :

- 1- عندما يكون الفرد أقل تقيداً بالاحتمالات الخارجية ويعتمد بصورة أكبر علي توجيه الذات واختيار بيئته الخاصة ، علي سبيل المثال في الشارع ، فناء المدرسة ، بمفرده بعيداً عن المدرسة .
- 2- عندما يمتلك الفرد القدرة علي التفكير المستقل والذي يمكن ترجمته في صورة أفعال .
- 3- المشكلات التي تكون داخل العقل بصورة أساسية ولا تكون سلوكيات ملحوظة علي سبيل المثال (القلق – الإحباط – الذكريات الحزينة).

وتتمثل الأساليب التي تستخدم في الإرشاد المعرفي في :

- 1- التعرف علي الأفكار المرتبطة بسوء التكيف .
- 2- ملأ الفراغات Filling in The Blank : عندما يتحدث المسترشدون عن الأحداث وردود الفعل الصادرة منهم تجاه هذه الأحداث فإنه توجد عادة فجوة بين المثير والاستجابة هذه الفجوة تتمثل في الأفكار والمعتقدات ، ولابد للمرشد أن يملأ هذه الفجوة من خلال تعليم المسترشد أن يركز علي الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة .
- 3- الإبعاد والتركيز Distancing & Centering : وهي العملية التي ينظر بها موضوعياً إلي الأفكار وهي تشتمل علي الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ولا يوثق بها وهي ضارة بالتكيف وتشتمل علي أحداث خارجة عن إطار الفرد .

4- توثيق الاستنتاجات : يحتاج المريض إلي معرفة أن الفرض ليس حقيقة وأن الاستنتاج ليس حقيقة واقعة.

5- تغيير القواعد : يقع سوء التوافق عندما تستخدم القواعد غير الواقعية والأحكام المطلقة استخداماً تعسفياً غير ملائم ويحاول المعالج استبدال تلك القواعد والأحكام بأخرى أكثر واقعية وأقرب إلي التوافق، والاتجاهات والاعتقادات تعمل عمل القواعد).

سابعاً: النظرية السلوكية المعرفية :

قدم تولمان Tolman أدلة تجريبية تثبت أن الحيوانات في تجاربه لا تتعلم من خلال العادة كما تتكون بالطرق السلوكية التقليدية ، بل نتعلم أيضاً من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ما يسميه بالخريطة المعرفية Cognitive Map ، أي أن الفئران في متاهات التعلم تقوم بوضع خريطة معرفية بحيث تدرك كل ممر في المتاهة بعلاقته بالممرات الأخرى ، وقد تحول هذا المبدأ إلي نواة لتكوين نظرية التعلم المعرفي التي واكبت ظهور أحدث أنواع العلاج السلوكي وهو العلاج السلوكي المعرفي.

ولقد أصبحت فنيات الإرشاد السلوكي المعرفي وبشكل متزايد تتمتع بشعبية واستخدام عال لدي ممارسي ومعالجي الصحة النفسية ، ففي منتصف السبعينيات تم تبديل مرحلة الإرشاد السلوكي بالإرشاد السلوكي المعرفي (CBT) وهو ما يمارسه معظم المعالجين والمرشدين في الوقت الحالي ، ويعد الإرشاد السلوكي المعرفي مزيج من المفاهيم والتقنيات السلوكية والمعرفية، والافتراض الأساسي للمنظور السلوكي المعرفي هو أن السلوكيات والمعارف والانفعالات التي تم تعلمها يمكن تعديلها بالتعلم الحديث ، فجزء كبير من عملية العلاج يكون تعليمي.

فقد نشأ تيار الإرشاد المعرفي في أحضان المدرسة السلوكية ، وركب الموجة الثانية فيها ، وهو الآن يكاد يمثل تياراً منفصلاً تماماً عن المدرسة السلوكية ، ويضم فريق المعالجون المعرفيين باحثين أمثال بيك Beck وماهوني Mahoney ، مايكينبوم Meichenbaum وريمي Raimy ، ويعتقد هؤلاء المعالجون أن الحوار الداخلي أو التحدث إلي الذات من جانب المسترشدين يلعب دوراً أساسياً في سلوكهم ، ويتم النظر إلي السلوك والانفعالات كنتيجة للعمليات المعرفية.

ويشترك المنهجان السلوكي والمعرفي في أن كلاهما يركز علي الأعراض الظاهرة أكثر مما يركز علي أسباب دينامية مفترضة ، كما أن كلاهما يؤكد علي السلوك في الحاضر أكثر مما يركز علي خبرات الماضي ، وفي كل منهما يشارك المعالج بإيجابية في إعداد برنامج علاجي معين ، ونتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي ، حدث التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية

فرغم أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة إلا أنه يبدو نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي ، إلا أن معالم بارزة قد أفسحت الطريق أيضاً أمام هذا التقارب ومنها توسع باندورا في مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالنمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة ، كما أنه هو وكانفر وجولدستين اتخذوا خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حين بدأوا تركيز اهتمامهم علي التنظيم الذاتي والضبط الذاتي ، وقد توالى ترجمة الإجراءات السلوكية في ضوء أسس معرفية حتي أوائل الثمانينات حين أصبحت السلوكية المعرفية النغمة السائدة .

وبينما تقوم الطرق السلوكية التقليدية علي التقليد السلوكي الذي يتسم بالإجراءات الدقيقة والفعالية العملية الموضوعية والتدخلات السلوكية ، تركز الطرق المعرفية التي صممت للاضطرابات الخاصة علي محتوى وتركيب المعارف في الميدان موضوع البحث ، كما تركز علي طرق حل المشكلات الخاصة بالعلاقات بين الأشخاص ، وبدلاً من توفير الطريقة الصحيحة في التفكير بالمشكلة تقدم هذه الطرق المساعدة علي تكوين حلول مفيدة .

هذا الاتجاه الجديد قد أفسح المجال لظهور فنيات علاجية كثيرة ومتباينة ، فهناك الإرشاد العقلاني الانفعالي لـ "إليس" Ellis والتدريب التعليمي الذاتي لـ "ميشنبوم" Self-Instructional Meichenbaum (Training) والإرشاد المعرفي لبليك ، والنمذجة المستترة Covert Modeling لـ "كتيلا" Cautela ، والتدريب علي مهارات التوافق Coping Skill Training لـ "جولد فريد" Goldfried ، والتدريب علي إدارة القلق Anxiety Management Training لـ "سوين" Soinn وريتشاردسون Rtchardson وغيرها.

ويقوم الإرشاد السلوكي المعرفي علي مبادئ هامة هي :

- 1- يؤدي التفكير الخاطئ إلي انعكاسات انفعالية مضطربة لدي العميل ومن هذه الأنماط الخاطئة : التفكير غير المنطقي حيث يبني التفكير علي مقدمات خاطئة أو مبالغاة شديدة في التعميم ، التشوهات المباشرة والمحسوسة للواقع .
- 2- أن العمليات المعرفية تتشكل تبعاً لمبادئ التعلم الإنساني العامة ، ومن هذه المبادئ مبدأ التعزيز ، ومبدأ التغذية الراجعة ، ومبدأ الممارسة السلوكية .
- 3- أن الأنماط السلوكية والأنماط الانفعالية التكيفية وغير التكيفية تتأثر بكيفية إدراك الفرد للواقع وعملية الإدراك هذه تتمثل في القناعات وتقدير الأمور ووجهة النظر حول الأسباب .
- 4- أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلي الحلول .
- 5- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة علي نحو سبيبي .

- 6- أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بها.
- 7- التأكيد علي العلاج الذاتي الذي يعتمد علي قدرة الفرد علي رؤية وتنظيم وتقدير السلوك المكتسب .
- 8- التركيز علي التفاعل مع بيئة الفرد.
- 9- يتطلب الإرشاد السلوكي المعرفي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض ، ويشدد الإرشاد السلوكي المعرفي علي أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق مشترك في وضع جداول عمل الجلسات .
- 10-يركز المرشد علي الحاضر في معظم الحالات يتم التركيز علي المشكلات الحالية .
- 11-الإرشاد السلوكي المعرفي إرشاد تعليمي يهدف إلي جعل المسترشد معالجاً لنفسه ، وهو علاج قصير المدى يتم علاج معظم حالات الاكتئاب والقلق في مدة تتراوح ما بين 4-14 جلسة.
- 12-الإرشاد السلوكي المعرفي يقوم علي مسلمة تقول بأن المهم ليس ما يحصل لنا وإنما المهم هو كيف نتفاعل مع ما يحصل لنا ، فالصعوبات النفسانية تعود إلي طريقتنا في التفكير وإدراكنا للأحداث وهو ما يمكننا أن نتعلم تغييره..
- 13-يتجه الإرشاد السلوكي المعرفي إلي علاقة الفرد مع ذاته ومع بيئته مما يتجسد في نمط تفكيره للواقع ومشاكله

ومن أنماط أخطاء التفكير الشائعة التي تؤدي إلي الاضطرابات المختلفة :

- 1- تفكير الكل واللاشيء .
- 2- الشخصية واللوم Personalization & Blame حيث يلوم الفرد نفسه علي كل ما يحدث من أخطاء ، وقد يحدث العكس حيث يلقي الفرد اللوم علي الآخرين .
- 3- التفكير الكارثي (قراءة المستقبل) حيث يتوقع الفرد سوء الحظ .
- 4- الاستنتاج الانفعالي : وهنا يرسم الأفراد نهاية حدث ما بناء علي إحساسهم الداخلي .
- 5- عبارات يجب و لازم : حيث يكون لدي الفرد فكرة ثابتة عن نفسه والآخرين والعالم .
- 6- التنقية العقلية : حيث يوجه الفرد اهتماماً خاصاً لأحد التفاصيل السلبية وينشغل بها .
- 7- العجز أو عدم النظر للإيجابيات : حيث يتجاهل أي إيجابيات لأي موقف .
- 8- التعميم الزائد : ويفكر الشخص علي هذا النحو لأنه مر بخبرة سيئة مرة ، فيقوم بعمل تعميم شامل علي كل المواقف.
- 9- التضخيم والتهوين : للمكونات السلبية والتقليل من الإيجابيات .
- 10-العنونة Labelling: حيث لايري الفرد نفسه أو الآخرين تبعاً لمصطلحات الكل أو اللاشيء فقط بل يذهب أبعد من ذلك فيطلق عناوين غالباً ما تكون ازدرائية .

11- القفز إلى النتائج (الاستدلال الجزافي) : حيث يستنتج الفرد أن النتائج ستكون سلبية بدون وجود دليل علي ذلك.

ويعد بيك مؤسس العلاج المعرفي Cognitive Therapy والذي كان معالج ممارس للتحليل النفسي لسنوات عديدة ، وخلال ذلك لاحظ اهتمام عملائه بأفكارهم التلقائية (المفاهيم الشخصية التي يتم تفعيلها من خلال محفزات خاصة والتي تؤدي لردود فعل انفعالية) وطلب بيك من عملائه ملاحظة الأفكار التلقائية السلبية التي لا تزال قائمة حتي وإن كانت مخالفة للأدلة الموضوعية ، ومن هنا قام بيك بتطوير نظرية أكثر شمولاً عن الاكتئاب في العالم .

ويري بيك أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون ، فإذا فسر موقف علي أنه خطر فإنهم يشعرون بالقلق ويحاولون الهرب ، وتستمد معارفهم من الأحداث اللفظية أو المصورة في مجري الشعور ، ومن الاعتقادات والاقتراحات ، فهو يري أن الاضطرابات النفسية غالباً ما تنبع من أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة

وتتمثل الافتراضات الأساسية المسؤولة عن السلوك المضطرب وظيفياً عند بيك فيما يلي :

- 1- أن الحالات السيكلولوجية نتائج أسباب خارجية أو عن نماذج تفكير مضطربة ومختلة وظيفياً
- 2- أن التشوهات المعرفية Cognitive Distortions تعكس وجهات نظر غير واقعية وسالبة عن الذات والعالم والمستقبل .
- 3- أن المعارف المختلفة وظيفياً قد تبدو غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر المريض الشخصية عن الواقع .
- 4- أن التحريفات المعرفية المزعجة يتم استثارتها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة ويتم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد أو المخططات .
- 5- أن المخططات هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة وذاكرات الأحداث الماضية والحكم عليها .
- 6- أن المخططات غالباً ما تنمو مبكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة

ويري بيك Beck أن الأفراد خلال مراحل نموهم يكتسبون مخزوناً واسعاً من المعلومات والمفاهيم والمعادلات التي يستخدمونها في التعامل مع المشكلات النفسية الحياتية ، ومن خلال الميراث الثقافي والخبرة والتربية يتعلم الناس استعمال أدوات المنطق أو التفكير المنطقي ، وتستخدم هذه المعرفة في تشكيل الفروض واختبارها والقيام بعمليات التمايز والتعقل لحل الصراعات وليروا ما إذا كانوا منفعلين بالمواقف بطريقة واقعية .

ومن ثم فإن أهم أهداف الإرشاد المعرفي من وجهة نظر بيك هي تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقي والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيضها معتمداً علي عدة أسس أهمها: المشاركة العلاجية وتوطيد المصداقية مع المريض ، واختزال المشكلة التي يعاني منها المريض ومعرفة كيفية التعلم في حلها ، ومن ثم فإن فنيات الإرشاد المعرفي عند بيك تعتمد علي اتجاه عقلائي وآخر تجريبي وثالث سلوكي من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية وملء الفراغ المعرفي ، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض ، وحمل المريض علي اختبار الواقع وتدقيق الاستنتاجات وتغيير القواعد المعتمدة علي (يجب - لا بد) وصولاً إلي رؤية الواقع بصورة إيجابية (منتصر علام ، 2004 ، 64) .

يتضح من خلال العرض السابق للنظريات السابقة أن لكل منها إيجابيات وسلبيات في طريقة تناولها للإرشاد النفسي ، فعن طريقة كل نظرية في الإرشاد نجد الكثير من الاختلاف والتنوع ، فمثلاً تهتم النظرية التحليلية بإخراج ما في حيز اللاشعور إلي حيز الشعور في جو من الأمان والثقة ، أما نظرية السمات والعوامل فتهم بالإرشاد الموجه أو الممرکز حول المرشد والذي يفيد المسترشد في التنفيس عن اضطراباته الانفعالية وتطبيق ما تعلمه في حياته بشكل عملي ، وتهتم نظرية الذات بالاتجاه الإنساني في الإرشاد وترسيخ مفهوم الذات الواقعي واستخدام أساليب جديدة في العملية الإرشادية ، في حين تركز نظرية المجال علي العلاج الجشطلي والذي يهتم بمفهوم الهنا والآن تبعاً لمبادئ المدرسة الوجودية ، وتعتمد النظرية السلوكية علي التقنيات المختلفة لنظريات التعلم في الإرشاد ، وتعتمد علي بعض المفاهيم والآليات مثل العادة والتعلم ومحو التعلم والتعزيز والارتباط الشرطي والانطفاء والتعميم ، وتتعدى النظرية المعرفية حدود السلوك الملاحظ إلي العالم الداخلي للأفكار والمعارف التي تؤثر علي السلوك ، وبالتالي تهتم الإرشاد المعرفي بتعديل المعارف المشوهة والحوار الذاتي السلبي المسئول عن حدوث الاضطراب النفسي ، في حين يعد الإرشاد السلوكي المعرفي القائم علي أسس النظرية السلوكية المعرفية مزيج من المفاهيم والتقنيات السلوكية والمعرفية.

إلا أننا نجد أن لكل نظرية بعض السلبيات في طريقتها الإرشادية ، فالنظرية التحليلية لا تصلح مع العديد من الاضطرابات كما أنها تهتم بالسلوك غير السوي بشكل خاص وتعظم من دور الغرائز في تكوينه ، أما نظرية العوامل والسمات فإنه لا يوجد اتفاق عام حول معاني السمات والعوامل ، وبالنسبة لنظرية الذات فهي تركز بشكل مبالغ فيه علي الذات ، في حين تميل نظرية المجال إلي التعقيد وعدم وضوح القوانين التي يمكن في ضوءها التنبؤ بالسلوك وإهمال التاريخ المرضي ، أما النظرية السلوكية فهي نظرية جزئية آلية لا تتعامل مع الأسباب الحقيقية للاضطراب النفسي والتعامل مع الأعراض الظاهرية فقط ، في حين تركز النظرية المعرفية علي العالم الداخلي للأفكار والمعارف السلبية للشخص فقط ، ومن هنا جاءت النظرية السلوكية المعرفية لتجمع بين أهم مزايا الاتجاه السلوكي والاتجاه المعرفي .

الفصل الثالث

إرشاد ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعريف ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تصنف الأدبيات السلوكية والتربوية اضطرابات السلوك إلى عدة فئات وذلك وفقاً لعدة معايير، ولكن على أي حال فإن اضطرابات السلوك غالباً ما تصنف إلى 4 فئات رئيسية وهي:

- 1- اضطرابات التصرف: وتشمل النشاط الزائد ونوبات الغضب وحب السيطرة والمشاجرة ومخالفات التعليمات وقواعد السلوك.
- 2- عدم النضج: ويتضمن العجز عن الانتباه وعدم الاهتمام بالدراسة والتفاعل مع من هم أصغر منه سناً والسلبية.
- 3- اضطراب الشخصية: ويتضمن الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق والجنب والشعور بالنقص أو بالذنب
- 4- العدوان والانحراف الاجتماعي: ويتضمن السرقة والسلوك العدواني – التخريبي

ويمكن تعريفهم من خلال العناصر التالية :

- 1- حالة تظهر واحداً أو أكثر من السمات التالية على فترة زمنية طويلة وبدرجة واضحة، والذي يؤثر سلباً على الأداء التعليمي
- 2- عدم القدرة على التعلم والتي لا يمكن توضيحها من خلال العوامل الصحية، أو الحسية أو العقلية.
- 3- عدم القدرة على بناء أو المحافظة على علاقات بنى شخصية مرضية مع زملائه أو المعلمين.
- 4- أنماط سلوك غير ملائمة أو مشاعر غير ملائمة تحت الظروف الطبيعية.
- 5- مزاج عام مسيطر من عدم السعادة أو الاكتئاب.
- 6- نزعة نحو اظهار اعراض جسدية أو مخاوف مرتبطة مع المشاكل المدرسية أو الشخصية.

خصائص ذوي الاضطرابات السلوكية:

أولاً: - الخصائص العقلية والأكاديمية:

بعض العلماء قد أشار إلى أنه ليس من السهل تطبيق اختبارات الذكاء على هذه النوعية، والحصول على مستوى فعلي لهذه الفئة، وأن هناك بعض الأفراد من المضطربين انفعالياً الذين قد حصلوا على درجات مرتفعة من الذكاء، وقد فسر المتشككون في تحديد خاصية الذكاء كمؤشر للمضطربين انفعالياً لأن الاضطراب الانفعالي يتيح الفرصة لاكتساب وتعلم وإدراك مضامين اختبارات الذكاء وبذلك لا تكون نتائج هذه الاختبارات مؤشراً حقيقياً لمستوى ذكائهم.

في حين أشار (Reddy, G., 2003) أنه توجد أدلة بحثية على أن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية يكون مستوى ذكائهم في حدود المتوسط (90) وقليل منهم يكون في مجموعة مرتفعي الذكاء، وتعد اختبارات الذكاء تنبؤ جيد عن مدي تقدم الطفل أكاديمياً واجتماعياً حتي في حالات الاضطرابات

الحادة والعميقة، كما أن معظم الأطفال ذوي الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية يكون لإنجازهم الأكاديمي متدني في المدرسة، ومن النادر أن يحرزوا تقدماً مستقبلياً في المدرسة. ويتأخر التلاميذ ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية في نموهم الاجتماعي المعرفي، فينسبون حرفياً إسهاماتهم في الصراع ويبدو أن ذكرياتهم تتبخر حين يطلب منهم استرجاع كيف أسهمت أفعالهم في التشتيت في حجرة الدراسة والتعطيل، ويبدو أنهم قادرون علي أن يسترجعوا فحسب سلوك الآخرين بينما يبقون واثقين من براءتهم، وهؤلاء التلاميذ لا يستطيعون أن يطبقوا الخبرات الماضية ويفيدوا منها في المواقف الحاضرة، وهم لا يفهمون كيف يؤثر سلوكهم في الآخرين بطريقة سلبية، كما أنهم عاجزين عن التعلم من خبرة الآخرين، ويملكون الحد الأدنى من استراتيجيات حل المشكلات.

ثانياً: الخصائص الحركية:

تعتبر الانحرافات في الاستجابات الحركية من أهم الأعراض التي يمكن ملاحظتها، وتعتبر التعابير غالباً ذات طبيعة نشطة وتتضمن أشكالاً من السلوك المعرفي مثل الركض، ذرع المكان ذهاباً وإياباً، عدم الراحة، مرجحة اليدين، هيجان المزاج، وتمزيق أو رمي الأشياء، ويبدو أن بعض النشاطات السلبية تكون فعالة في تخليص بعض الأفراد من القلق كتجميد الحركة وفقدان تناغم العضلة وضبطها في حالة الإغماء أو التشنج، وهي أيضاً من الأمور التي تواجههم، هذا وقد تأخذ الاستجابات الحركية نوعية متواصلة مثل تكرار غسيل اليدين والمشي من أجل تجنب الشقوق علي رصيف المشاة، وهذه الأعمال المتكررة تسمي تسرية، وقد يكون للنشاط الحركي نوعية شعائرية أو رسمية كالانشغال في الكتب علي أنها مرتبة، وأن الملابس معلقة بترتيب ثابت والأحذية منتظمة.

ثالثاً: الخصائص اللغوية:

الكلمات بالنسبة للتلاميذ ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية تمثل السيف والدرع، فلهم نوبات من العدوان اللفظي، بينما اعتذاراتهم الوديدة تشعرهم بعدم المسؤولية والعجز عن توصيل المشاعر بأسلوب مناسب اجتماعياً يؤدي إلي سوء الفهم والغیظ بين هؤلاء التلاميذ والآخرين، والحنق والخوف والفرح وغيرها من المشاعر يتم التعبير عنها في أنماط سلوكية تمردية بدلاً من مناقشتها، وفي نفس الوقت يستطيع التلاميذ ذوو الاضطرابات السلوكية أن يستخدموا اللغة في أداءات وأنماط سلوكية تزعج الآخرين، فالتلاميذ العدوانيون يعرفون ما يقولون بحيث يستجيب لهم الآخرون نفس النوع من الاستجابات، أما التلاميذ الذين يكثرون الأنين والشكوى يجعلون الآخرين ينسحبون ويتركونهم.

رابعاً: الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

وتتمثل الأعراض النفسية في اضطرابات الإدراك، واضطرابات الانفعال، واضطرابات الذاكرة واضطرابات الكلام، واضطرابات الانتباه، واضطرابات الإرادة، واضطرابات النوم، واضطرابات المظهر

العام ، ومن الأعراض النفسية أيضاً مفهوم الذات السالب وتشوه صورة الذات وتبرير السلوك المعرفي وانخفاض القدرة العقلية العامة وقصور الذكاء الاجتماعي ونقص الذكاء الانفعالي والاندفاع والقابلية للإيحاء ، وعدم ضبط النفس والشغب والتمرد والعناد ، وتتمثل الأعراض الاجتماعية في : قصور النضج وسوء التوافق الاجتماعي وعدم القدرة علي مقابلة مطالب البيئة والشعور بالرفض والحرمان وعدم الأمن ونقص الحب وسوء فهم الآخرين واضطراب العلاقات الاجتماعية في الأسرة والمدرسة ومع الرفاق والطلاق والعزوبة والانحراف.

ومن أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية العدوانية والانسحاب، وفيما يلي توضيح لذلك:

أ – السلوك العدواني Aggressive Behavior:

من الخصائص التي يتميز بها معظم المضطربين اجتماعياً أو انفعالياً السلوك العدواني، حيث يميلون إلي الشجار والسرقة وتدمير الممتلكات ورفض طاعة المدرسين، وهم لا يستجيبون للعقاب أو التهديدات لذا نجدهم مراوغين جداً وماهرين في تجنب العقاب، والأطفال العدوانيين يشكلون مصدر تهديد للمدرسة وأقرانهم، وكذلك مصدر تهديد لأنفسهم، والأطفال العدوانيين خاصة الذكور من المرجح أنهم سيواجهون صعوبة في الحصول علي عمل، كما يمكن أن يشتركوا في سلوكيات إجرامية.

ب – السلوك الانسحابي: Social Withdrawal:

يعتبر السلوك الانسحابي مظهر آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية ، ومثل هذه الاضطرابات تحمل مستقبلاً سيئاً بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل ، ولا يستطيع المضطربون سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة أو متوسطة والذين يتعرضون لنوبات سلوكية مثل الانسحاب في إقامة علاقات إنسانية طبيعية ومستمرة، ومثل هؤلاء يصعب عليهم مواجهة ضغوط الحياة ومتطلباتها، وهناك عدة تفسيرات للسلوك الانسحابي فالمؤيدون للاتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك الانسحابي صراعات داخلية ودوافع خفية غير مدركة ، أما علماء النفس السلوكيون فيرجعون هذا الفشل في التعليم الاجتماعي، ووجهة نظر التعلم الاجتماعي قد دعمت من قبل كثير من الأبحاث التطبيقية وهم يرجعون الانسحاب إلي البيئة غير الملائمة ، وتتضمن العوامل السلبية للتنشئة الاجتماعية المقيدة جداً، والعقاب لاستجابات اجتماعية ملائمة ، وفقدان فرصة تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية، ونماذج لسلوكيات غير مناسبة.

ج- السلوك الفج (غير الناضج): Immature Behavior:

ويقصد به ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً الذي يصدر عن الأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين فما يصدر عن الأفراد المضطربين

من مواقف انفعالية لا تناسب مع طبيعة الموقف الانفعالي مثل المبالغة في الضحك أو اللامبالاة في المواقف المخزنة.

ويعتبر النكوص Regression مثلاً جيداً علي أنماط السلوك غير الناضجة والتي تبدو من الأفراد المضطربين انفعالياً، ويقصد بذلك أن يسلك الفرد المضطرب انفعالياً بطريقة طفولية أو بأساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى إزاء المواقف الانفعالية كال بكاء والاعتماد علي الآخرين والتخلي عن المسؤولية.

خامساً: الخصائص العامة للمضطربين سلوكياً:

القلق Anxiety:

يعد القلق أحد الخصائص البارزة المضمرة في نفسية الأطفال أو المصاحبة لاضطرابات الشخصية لديهم، ويمتد القلق في شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل إلي الشعور بالفزع غير المحدد من شيء ما قد يحدث، وقد يصل شعور الفرد بالآلام تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية، وقد يقضي الأطفال ذوي مشكلات الشخصية جزءاً كبيراً من اليوم منزعجين خوفاً من عدم القدرة علي مواجهة أعباء العمل المدرسي، أو ما إذا كان الأطفال الآخرون سوف يتقبلونهم، أو ما إذا كان المعلمون سوف يتفكرون بأنهم أغبياء، أو ما إذا تعرض الوالدان للوفاة فجأة.

الاكتئاب: Depression

هناك علي وجه الخصوص جانب هام في السلوك الانسحابي وغير الناضج يتمثل في الاكتئاب لم يفتن أخصائيو الصحة النفسية ومعلمو التربية الخاصة إلا حديثاً إلي أنه يمثل مشكلة خطيرة وواسعة الانتشار بين الأطفال والمراهقين، ولقد أضحى هناك اتفاق بين علماء النفس في الوقت الراهن علي أن طبيعة الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين تعد شبيهة تماماً في جوانب عديدة بطبيعته لدي الراشدين ومن المؤشرات الدالة علي الاكتئاب (اضطراب الوجدان والمشاعر - عدم القدرة علي التفكير أو التركيز - نقص الدافعية - نقص اللياقة الجسمية - الحزن - الوحدة - فتور الشعور أو اللامبالاة - انخفاض تقدير الذات ، الشعور بالذنب والتشاؤم وغيرها من المؤشرات).

الغضب: Anger

وهو وسيلة للتعامل مع البيئة المهددة ، ويتضمن استجابات طارئة وسلوكاً مضاداً لمثيرات التهديد ويصاحبه تغيرات فسيولوجية لإعداد الفرد لسلوك يناسب الموقف المهدد، والغضب قد يكون علامة قوة وقد يكون علامة ضعف ، فهو علامة ضعف عندما لا يتناسب مع الموقف ، وعندما لا يوجه نحو مصدر التهديد وعندما يثير متاعب أكثر ، ويؤدي الغضب إلي صراع ذي جانبيين أولهما صراع مع الآخرين الذين يعترضون علي الغضب أو الذين يهددهم ، وثانيهما صراع مع النفس لأن الغضب يحرم الفرد من العطف

والحب والحنان ويفقده السيطرة علي نفسه ، هذا وقد يوجه الغضب في شكل عدوان نحو الآخرين وقد يظهر الغضب في شكل نوبات.

الحساسية الزائدة Hypersensitivity:

يتميز الأطفال الذين يعانون من مشكلات الشخصية غالباً بالحساسية حيال أي تغير ولو طفيف في تفاعلاتهم العادية مع الآخرين وقد تنتابهم مشاعر الضيق والازدراء بسهولة، وغالباً يحاولون البعد عن أي تعامل مع الآخرين إذا شعروا بإمكانية تجاهلهم أو رفضهم لهم ولو بصورة طفيفة.

الغيرة:

وهي مركب من انفعالات الغضب والكراهية والحزن والخوف والقلق والعدوان، وتحدث عندما يشعر الطفل بالتهديد وعندما يفقد الحب والعطف والحنان، وتلعب الغيرة دوراً عميق الأثر في الصحة النفسية للأطفال، ولا يمكن أن نعتبرها شعوراً مؤقتاً سريع الظهور وسريع الاختفاء ولا بد أن نعمل جاهدين علي التخفيف من حدتها وتهيئة جو الأسرة حتي تكون أقل ما يكون، ذلك أنه قد يصاحب الغيرة بعض الاضطرابات الانفعالية وفقدان الثقة في النفس واضطراب الكلام والتبول اللاإرادي والتخريب والعدوان.

العدوان والمزاج المتقلب وتشتت الانتباه:

العدوان هو السلوك الموجه إلي الذات أو الآخرين مثل الضرب، العض، والشتم، أما المزاج المتقلب فيتضمن التقلب من حزن إلي سرور ومن هدوء إلي حركة، ويقصد بتشتت الانتباه عدم القدرة علي التركيز علي مثير معين لوقت كاف، وهذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المعلم ويظهر أنه مشغول البال.

الاندفاع والتكرار:

الاندفاع هو الاستجابة الفورية لأي مثير بحيث تظهر هذه الاستجابة علي شكل ضعف في التفكير وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، أما التكرار فيعني النزعة إلي الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط، بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط علي آخر.

الخجل Self Consciousness والتشاؤم Pessimism:

حيث تؤدي الحساسية حيال ردود أفعال الآخرين غالباً إلي شعور هؤلاء الأطفال بالخجل بصورة غير مناسبة وسهولة الارتباك وتجنب عمل أي شيء جديد أو الذهاب إلي أماكن جديدة أو مقابلة أناس جدد،

كما أنهم غالباً ما يفقدون الأمل في إشباع حاجاتهم أو أن الآخرين سوف يستجيبون لهم بإيجابية، ويميلون إلى توقع كل ما هو سيء من الآخرين ومن الحياة عامة.

تدني مفهوم الذات والسلبية: يدرك كثير من الأطفال المضطربين أنفسهم علي أنهم غير مناسبين أو فاشلين، أما السلبية فهي المقاومة المستمرة للنصائح أو التوجيهات المقدمة من قبل الآخرين.

الفهم والذاكرة:

بعضهم غير قادر علي فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعني القصة ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة، وبعض الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم.

أساليب التدخل التربوي والإرشادي للمضطربين سلوكياً:

ليست هناك مجموعة واحدة محددة من التقنيات الخاصة التي تحقق وتفي باحتياجات كافة الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فكل خطة تدخل سلوكية هي حالة قائمة بذاتها وتعتمد علي نتائج التقييم الوظيفي السلوكي، وعلي الرغم من اعتماد الدراسة الحالية علي الأسلوب الإرشادي النفسي والتربوي إلا أنه سيتم عرض لأهم الاستراتيجيات العلاجية للاضطرابات السلوكية والانفعالية مع توضيح لأهم الأسس والمبادئ التي يقوم عليها كل أسلوب منها كما يلي:

أولاً: استراتيجية التحليل النفسي: Psychodynamic Strategy

تهتم طرق العلاج الدينامي (التحليلي) بفهم الأسباب التي تؤدي إلي الاضطرابات، كما تركز علي العلاقة بين (كيف يشعر الطفل وكيف يسلك؟)، والعلاج التحليلي الكلاسيكي يعتمد علي العلاج النفسي الجماعي (المسرحي) للأطفال، والعلاج النفسي الفردي للشباب.

ويتضمن التدخل مناقشات علاجية أو مقابلات يتم تصميمها بغرض مساعدة الطفل أو المراهق علي تحقيق العديد من الأهداف من أهمها:

- 1- أن يفهم أن ما يفعله يمثل مشكلة.
- 2- أن يدرك دوافعه التي تكمن خلف ما يقوم به من أفعال.
- 3- أن يلاحظ تلك النتائج التي تترتب علي ما يقوم به من أفعال.
- 4- أن يخطط ويصمم طرقاً بديلة يستجيب بها لظروف مشابهة في المستقبل.

ومن أمثلة هذا الأسلوب الاستراتيجيات التأثيرية (الوجدانية) Affective Strategies وتشير كلمة وجدانية إلى الانفعالية والاتجاهات والدوافع والقيم والتي لا يمكن إغفال أثرها في عملية التعلم، ولعل ذلك سبباً في إطلاق البعض على تلك الاستراتيجيات مصطلح التأثيرية لأنها تؤثر في عملية التعلم، ويتعلق تأثيرها بالجوانب الانفعالية للمتعلم والتي تؤثر بطريقة غير مناسبة في عمليات التعلم المعرفية، وتتكون هذه الاستراتيجيات من ثلاث مجموعات هي: خفض مستوى القلق، وتشجيع الذات، وقياس درجة حرارته الانفعالية (تحديد المستوى الانفعالي) ويمكن اختصار هذه الفئات الثلاث في كلمة "قشر" بمعنى أن الإقبال على التعلم يتأثر بعوامل خارجية، كما يتأثر الفرد بتناول نوع ما من الفاكهة عن طريق شكل ولون قشرها.

ومن مميزات هذا المدخل العلاجي:

- هذا المدخل ينظم العلاقة بين المعلم والطالب حيث يشعر الأطفال بالقبول وحرية التعبير عن دوافعهم ومشاعرهم.
- الاهتمام الرئيسي للمعلم يكون بالسماح للأطفال بتجاوز الصراعات الداخلية وليس بمجرد تغيير السلوك السطحي أو تعليم مهارات أكاديمية.
- الآباء والأطفال يستقبلوا العلاجات النفسية بشكل إيجابي أثناء الجلسة.

ويتضمن هذا المدخل بعض جوانب القصور من بينها:

- النجاح موضوع تساؤل وشك
- العلاج يحتاج إلى فترة طويلة من الوقت.
- العملية العلاجية باهظة التكاليف
- يوجد نقص واضح في الأخصائيين المدربين على العمل بهذه الاستراتيجيات.

ثانياً: العلاج الدوائي:

والذي يعتمد على استخدام المهدئات أو المحفزات في خفض اضطرابات السلوك واضطرابات المزاج مثل النشاط الزائد، السلوكيات غير الاجتماعية العدوانية، والاضطرابات المزاجية كالاكتئاب، ومن أمثلة الأدوية المستخدمة في هذا المجال: الريتالين Ritalin والديكسادرين Dexadrine وبينادرال Benadryl.

ثالثاً: استراتيجية تعديل السلوك: Behavior Modification Strategy

يعتمد هذا الأسلوب في علاج الأشخاص المضطربين في السلوك على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك، حيث إنهم يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه والشاذ حدثاً قابلاً للتعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك محوه أو إطفائه، وينظرون إليه مباشرة

دون البحث في الأسباب التي أدت إلي حدوثه ويتعاملون معه وفقاً لأهم قاعدة في قواعد تعديل السلوك التي نادي بها العالم الكبير سكينر ألا وهي (السلوك المحكوم بنتائجه).

أما خطوات تعديل السلوك فهي:

- 1- تحديد السلوك المستهدف
- 2- تعريف السلوك المراد تعديله إجرائياً.
- 3- قياس السلوك المستهدف
- 4- تحديد الهدف السلوكي.
- 5- تصميم برامج تعديل السلوك (اختيار الأسلوب أو الأساليب المناسبة لتعديل السلوك).
- 6- تنفيذ البرنامج
- 7- تقييم فعالية البرنامج.

ويمكن تلخيص أهم الاعتبارات النظرية والتطبيقية لاستراتيجية تعديل السلوك كما يلي:

- 1- يعتقد المدافعون عن هذا المدخل أن الغالبية العظمي من أشكال السلوك متعلمة.
- 2- يمكن تمييز نمطين من نماذج الإشراف:
 - أ- الإشراف الاستجابي وفيه تكون الاستجابات والأفعال المنعكسة التي تعتبر جزءاً من المخزون الاستجابي للكائن الحي تستثار بواسطة مثيرات محددة في البيئة.
 - ب- الإشراف الإجرائي ويعني أن الاستجابات التي تحذف تتبع بآثار ونتائج تؤدي إلي زيادة أو نقصان احتمالات حدوث هذه الاستجابات مرة أخرى.
- 3- دور المعلم هو تركيب وتنظيم أي هندسة البيئة التعليمية.

ومن أهم استراتيجيات تعديل السلوك:

- 1- التعزيز Reinforcement: إن التعزيز يرتبط بقوة بتقدير الذات، ويعتمد نجاح البرنامج السلوكي علي تعزيز المعلم والأقران لتقدير الطفل لنفسه، ومن أنواع المعززات التي يمكن استخدامها مع الأطفال المضطربين (الوقت الحر للنشاط، الملصقات أو البونات، قسيمة من المقصف، أو حتي درجات مكافأة).
- 3- التشكيل Shaping: وهو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المراد الوصول إليه، أما النمذجة Modeling فهي تشتمل علي قيام المعلم أو شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل كيف يفعل شيئاً ما، ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما شاهده ولتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلي التشجيع والانتباه والتعزيز.
- 4- التعاقد السلوكي Behavioral Contracting: وهو أن يتفق المعلم مع الطالب علي تحقيق مجموعة أهداف وعندما يحققها يتم تعزيزه، أما التعزيز الرمزي Token Reinforcement: ويقصد به قيام المعلم

- بإعطاء التلاميذ مجموعة قطع (كوبونات) أو نجوم أو غيرها عند قيامه بالسلوك المناسب، ثم بعد انتهاء الحصة يقوم الطالب باستبدالها بأشياء محببة كالهدايا والحلوي
- 5- التعليم المبرمج: ويشتمل علي تنظيم المادة التعليمية علي هيئة وحدات صغيرة ومتسلسلة منطقياً، وتتضمن كل وحدة معلومات محددة وتتطلب استجابات معينة من التعلم وتوفر تغذية مناسبة حول صحة الاستجابات التي تصدر عن المتعلم.
- 8- التسلسل Chaining: والذي يقوم علي مبدأ تحليل المهمة وذلك من خلال تجزئة المهمة المطلوب من التلميذ أدائها إلي عدد من الخطوات، ومن ثم الشروع في تدريبه إياها خطوة إلي أن تكتمل المهمة.

أما بالنسبة لأساليب خفض السلوك فتتمثل في:

- 1- العقاب Punishment: إن عناصر العقاب المؤثر والإيجابي يشمل تحقيق التوازن بين التصحيح والتشجيع والدعم والإصلاح والتجديد، ومن أنواع العقاب الفعالة في هذا المجال: العمل بعيداً عن الآخرين، تجميد الوقت في الغرفة، الحرمان من العطلة، الخروج من الغرفة)
- 2- التغذية الراجعة Feed Back: تقديم معلومات بطريقة إيجابية للفرد عن السلوك الذي قام به مما يؤدي إلي توجيه السلوك المستقبلي ويستثير الدافعية.
- 3- تكلفة الاستجابة: خفض السلوك غير المناسب عن طريق اقتطاع كمية من المعززات التي بحوزة الشخص حال قيامه بذلك السلوك.
- 4- الممارسة السلبية Negative Paretic: يشتمل هذا الإجراء علي إرغام الشخص علي تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل ولفترة زمنية محددة علي افتراض أنه سيصبح مملاً وبغيضاً في النهاية.
- 5- التصحيح الزائد Overcorrection: حيث يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه وزيادة عليه، بمعني إجباره علي أن يمارس السلوكيات الصحيحة.

ويشهد الموقف الراهن تأكيداً كبيراً علي تدعيم السلوك الإيجابي، وخطط التدخل السلوكي لأولئك التلاميذ المضطربين انفعالياً وسلوكياً، ويتضمن معظم التراث السيكلوجي في هذا الموضوع تلك الجهود التي يتم بذلها في سبيل التركيز علي تدعيم السلوك الإيجابي بدلاً من العقاب للطفل علي سلوكه السلبي، كما يتضمن أيضاً التعليم الفعال للمهارات الأساسية كوسيلة للتدعيم الإيجابي للسلوك، وهو الأمر الذي ساهم في زيادة إدراك الباحثين أن المشكلات السلوكية يقل حدوثها في الفصل عندما يقوم المعلم بتقديم التعليم الفعال.

رابعاً: اتجاه العلاج العقلاني – الانفعالي:

والذي طوره أليس " Ellis " وتختلف طرق علاج هذه النظرية عن الطرق المتبعة في النظريات الأخرى كالتحليل النفسي والاتجاه الجشطالتي وغيرها ، وبالمقابل يعتبر العلاج العقلي العاطفي قاسم مشترك مع

المعالجات الأخرى التي تتوجه نحو الجانب المعرفي والسلوكي ، فهو يركز علي التفكير ، أهمية الهدف ، وتقدير الناتج ، والتحليل والأداء ، والقيم ومعاني الوجود الإنساني كما يعتبر أسلوبه مباشراً جداً في التركيز علي العقل في العلاج ، وينظر للعلاج كعملية تربوية يقوم بها المعالج بدور مشابه لدور المعلم خاصة في إعطاء الواجبات البيئية ، وخلاصة القول فإن هذا العلاج يركز علي البناء المعرفي والجانب الانفعالي والسلوكي لدي الفرد وتفاعلاتها، فهو نموذج متعدد الأبعاد وانتقائي في مفهومه وتركيبه.

خامساً: الاستراتيجية النمائية Developmental Strategy:

يعتبر هويت Hewitt من أكبر المدافعين عن الاستراتيجية النمائية في تعليم الأطفال المضطربين انفعالياً، قام "هويت" 1968 ببناء برنامج تعليمي يعتبر بصفة أساسية أسلوباً من أساليب تعديل السلوك مع إتاحة تسلسل نمائي يتكون من سبعة أهداف تعليمية هي: الانتباه، والاستجابة، والترتيب والنظام، والهدف الاستكشافي والهدف الاجتماعي، والإتقان أو السيطرة والإنجاز.. ويمكن تلخيص هذه الاستراتيجية في النقاط التالية:

- 1- أساسيات التعلم المؤثر والفعال وتتضمن ثلاثة أركان أو محاور هي: اختيار الواجب التعليمي، والإثابة علي إتمام الواجب، والضبط التنظيمي من جانب المعلم.
- 2- هندسة الفصل الدراسي تتضمن محاور الإتقان والسيطرة، ومحور الترتيب، والمحور الاستكشافي.
- 4- يسند الطفل إلي محور من المحاور السابقة ويعطي له الواجب وينال إثابة علي سلوكه كتلميذ

سادساً: الاستراتيجية النفس-تربوية Psychoeducational Strategy:

يعتقد المعالجين النفسيين أن العلاقة بين الطالب والمعلم هي حجر الأساس للتغيير، ويتولد عن هذه العلاقة الثقة المتبادلة والتقبل لاحتياجات كل طرف، ووسائل الراحة في الفصل الدراسي تساعد علي التركيز علي إمكانات الطالب ووضعه علي مسار النمو الطبيعي، وكذلك إكسابه مفهوم ذاتي إيجابي، مهارات اجتماعية، ومهارات دراسية جيدة.

وهذا المدخل يشدد علي الممارسات التعليمية التالية:

- الاهتمام بالدوافع اللاشعورية والاضطرابات الضمنية.
- الاهتمام بإدارة السلوك الظاهري والإنجازات الأكاديمية.
- الاهتمام باحتياجات الأطفال الفردية.
- الربط بين المشاريع التعليمية والفنون الإبداعية كالموسيقى والرسم والرقص.

وعلي المعالج في هذا الأسلوب أن يراعي مجموعة عوامل عند وضع خطة العلاج وهي:

- 1- طبيعة المطالب البيئية والضغوط التي تفرضها علي الطفل.

- 2- قدرة الطفل علي مواجهة تلك المطالب.
- 3- علاقة الطفل بجماعات الرفاق.
- 4- علاقة الطفل بالمدرس.
- 5- دافعية الطفل لتحقيق السلوك السوي.
- 6- مفهوم الطفل عن ذاته.

سابعاً: الاتجاه البيئي: The Ecological Approach:

- يفترض المنحى البيئي أن الاضطراب السلوكي أو الانفعالي الذي يعاني منه الطفل يعود في أسبابه إلي اختلال العلاقة بينه والبيئة المحيطة به مثل المدرسة، الأسرة، المجتمع والمؤسسات المجتمعية، كما يتم النظر إلي الطفل وسلوكه علي أنه مصدر إزعاج للآخرين، ويشير هذا المدخل إلي أهمية مراعاة ما يلي:
- مجرد التدخل في سلوكيات الطفل غير كاف، ويجب تغيير البيئة من حوله لدعم السلوك الرغوب فيه بمجرد ظهوره.
 - لا بد من وجود اهتمام ليس فقط بتعليم الأطفال الفعال ولكن أيضاً العمل مع عائلات الأطفال والمؤسسات المجتمعية المختلفة.
 - يجب علي المعلم تعليم المهارات المفيدة بما في ذلك المهارات الأكاديمية، الترفيهية، والحياتية اليومية.

وتتم المعالجة بالأسلوب البيئي عن طريق واحدة من الأساليب التالية:

- 1- العمل مع الطفل ويتم ذلك عن طريق: تعليم الطفل مهارات جديدة - إيجاد بيئات أكثر ملائمة للطفل - إشراكه في أنشطة تتناسب وقدراته - توفير المصادر الضرورية له.
 - 2- العمل مع الكبار وذلك عن طريق: تغيير مدركات الكبار نحو الطفل ومشكلته - بناء توقعات تتناسب مع قدرات الطفل - زيادة فهمهم ومعرفتهم بالطفل.
 - 3- العمل مع المجتمع ويتم ذلك عن طريق: توفير مصادر أكثر للمؤسسة - السماح بإشراك الطفل في أنشطة المجتمع بصورة أكبر - تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع - تطوير نماذج جديدة للعلاج مثل: نظام المدرسة المفتوحة - التركيز علي الوقاية - تدريس الصحة النفسية.
- ومن أمثلة البرامج العلاجية التي تعتمد علي هذا الأسلوب مشروع مساعدة المضطربين انفعالياً Project Re-Ed وهو برنامج لتعليم ومساعدة الأطفال الذين يعانون مشكلات انفعالية وقد أعد أساساً بكلية جورج بيبودي George Peabody حيث يأخذ في الحسبان العوامل البيئية المحيطة بالطفل والعناصر النفسية التربوية، ويركز البرنامج علي دور المعلم المرشد الذي يعمل في نطاق معين كمعلم وأخصائي اجتماعي، وأخصائي نفسي وأخصائي في الأنشطة الترفيهية.

ثامناً: استراتيجية صعوبات التعلم: Learning Disabilities Strategy

المؤيدون للاستراتيجية التي تركز علي الصعوبات الخاصة في التعلم يؤمنون بأن وجود صعوبة في التعلم يتولد عنه تباعد بين قدرة الفرد علي السلوك وبين متطلبات البيئة المدرسية ، أو تباعد بين قدرة الطفل في أحد المجالات وبين ما يتوقعه هو أو ما يتوقعه الآخرون منه بالنظر إلي قدرته في المجالات الأخرى، مثل هذا الموقف يؤدي إلي شعور الفرد بالإحباط إلي مشكلات في السلوك والشخصية، وقد يؤدي في بعض الأحيان إلي الهروب من المدرسة والجنوح، وقد يحتاج الطفل لأن يعرب عن اعتراضه علي الموقف بأن يصبح عنيفاً وعدوانياً أو بأن يميل إلي الانسحاب.

وقد لاحظ بعض الكتاب أن نوعية البرامج التربوية التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً غالباً ما تتسم بالكآبة بغض النظر عن ذلك النموذج التصوري الذي تستند عليه الممارسة، حيث غالباً ما يكون التركيز خلالها علي الضبط الخارجي الصارم للسلوك أما التعليم الأكاديمي والتعلم الاجتماعي فغالباً ما يكون أمراً ثانوياً، أو يتم تجاهله بالكامل، ويرى كولمان وفون Coleman & Vaughn أن المعلمين أنفسهم غالباً ما تنقصهم المعرفة والمهارة بالتدخلات الأكاديمية لتعليم المهارات الأساسية كالقراءة علي سبيل المثال، وعلي الرغم من أن جودة التعليم بالنسبة لهؤلاء الأطفال تكون منخفضة في غالبية البرامج التي يتم تقديمها لهم وذلك في كافة المستويات الأكاديمية والاجتماعية فإن هناك العديد من البرامج الأكاديمية والاجتماعية ذات الفعالية العالية التي يتم استخدامها بالفعل في هذا الصدد.

وتوجه استراتيجية الصعوبات الخاصة في التعلم جهودها بشكل مباشر إلي علاج هذه الصعوبة الخاصة سواء أكانت صعوبة في اللغة أو في القراءة أو في الكتابة أو في الهجاء أو الإدراك أو التفكير.. الخ، يميل العلاج الفعال إلي تخفيض مشكلات السلوك والشخصية من خلال مساعدة الطفل علي تخفيض التفاعل بين قدرته علي الأداء وبين متطلبات البيئة، ويمكن في هذا المجال القول بأن فصول ومدارس الأطفال المصابين بصعوبات خاصة في التعلم تضم عديداً من الأطفال الذين يعانون من مشكلات انفعالية والعكس صحيح، ولذلك فإن معظم البرامج التي وضعت للأطفال المضطربين انفعالياً باستخدام أي من الاستراتيجيات الأخرى تتضمن توفير الاستعدادات لعلاج صعوبات التعلم.

الاقتصاد الرمزي: economy Token

هو نظام تبادلي يزود الأفراد او المجموعات الذين تغري سلوكهم بإشارات تغذية راجعة فورية تلائم سلوكياتهم، هذه الاشارات (الرموز) في وقت لاحق يتم تبديلها مع معززات داعمة (اقلام، كتب، ونشاطات)، الرموز هي غالباً ما تكون غير ذات قيمة للطالب مبدئياً، تصبح قيمتها ظاهرة عندما يعلم

الطالب انه يمكن تبديلها مع معززات داعمة، عند وضع أسلوب الاقتصاد الرمزي علي المربي مراعاة ما يلي - :

أولاً ان يختار السلوك المحدد الذي يريد تغييره، ويشار له بالسلوك المستهدف، ويجب مناقشة هذا السلوك مع الطالب او المجموعة ثم يتم اختيار الرمز ثم يتم وضع لائحة بمعززات داعمة وترسل للصف . اثناء التدخل يجب وضع وقت اثناء اليوم الدراسي من اجل تبادل الرموز ومع تقدم العام الدراسي علي المعلم تنقيح لائحة المكافأة والمعززات الداعمة من اجل تجنب التكرار لنفس المكافأة . إذا تم تطبيق هذا الاسلوب بإدارة ملائمة يكون فاعلاً لأن الأفراد يتنافسون مع انفسهم وتزودهم لائحة المعززات بتنوع من الأنشطة والمواد المرغوبة في برامج يوم علاج

برامج ادارة الذات Self – programs management

ادارة الذات من خلال تقييم الذات تم عرضه لتخفيض سلوكيات الطالب المضطربة في غرفة المصادر حتي عندما دربوا علي اصدار الأحكام علي سلوكهم وعلي حل المشاكل الاجتماعية، وواجه الطلبة صعوبة بتطبيق هذه المهارات في غرف الصف العادية في محاولة لزيادة التعميم، تم استخدام استراتيجيات مثل لقاء المجموعة وفكر بصوت عال.

لقاء المجموعة meeting Class :

وتستخدم عادة في البرامج التي تخدم طلبة مضطربين سلوكياً، والهدف من اللقاء هو ان يناقش الطلبة والمعلمون بتعاون المشاكل السلوكية، والأكاديمية والشخصية، وهي تساعد الطلبة علي انشاء اهدافهم الخاصة، والتفكير بسلوكهم في سياق ما، وان يصبحوا أكثر انتباهاً للبيئة الصفية، وهنا يوجد جدول لقاء صفي نموذجي يطلب في اللقاء من الحاضرين النظام، يتم قراءة قوانين اللقاء (مثلاً، يجب أن تكون الجمل ايجابية، اصغي عندما يتحدث الآخرون، كل شخص سيتحدث ، يتم التصريح عن الأهداف (يصرح الطلبة عن اهدافهم الاسبوعية والتقدم الحاصل في هذه الأهداف، طلاب اخرون قد يساعدون الطالب علي تقييم سلوكه ، - يتم التحدث عن امور المجموعة (أي قضايا تؤثر علي المجموعة قد يتم نقاشها)- يتم التحدث عن امور خاصة (قد تناقش القضايا الشخصية)- يتم التحدث عن الشكاوي (اهتمامات حول مواقف، احداث، او مشاكل بين شخصية يمكن ان تناقش. يجب ان يصرح عن الشكاوي كقضية ويتم تطبيق استراتيجية حل المشكلة لدعم الفرد الذي يقدم الشكاوي -(التصريح عن الايجابيات (كل فرد يقدم تصريح إيجابي عن نفسه او عن غيره)- ينهي اللقاء.

فن رعاية الطفل من قبل الوالدين (فن الأبوة/ الأمومة) :

إن هذا البرنامج مكون من اندماج المنحنيات السلوكية مع مفاهيم من نظريات اخري الكتيبات للوالدين، الأشرطة الكاسيت الدراسية، الأفلام، وكتيب للقائد كلها متوفرة. كل جلسة تدريب تتبع خطة

مدرسة ومبنية علي محتوى منك ومن طفلك " طريقة عامة لأبوه ولأمه "(رعاية الطفل من قبل والديه) ناجحة 1979 Mcdowell &Wagonseller تشتمل الجلسات علي القراءة، التمارين، وسائل دراسة، والمحاكاة لتقديم المفاهيم في الاتصال، التدريب علي الحزم، والأساليب السلوكية من اجل اثاره دافعية الطفل وتعليمه والانضباط .وعلي نقيض برنامج (الأبوة/الأمومة الاستجابي) لا يتطلب وجود شهادة مع القائد. كتيب القائد يزود بعدد من مواضيع النقاش لكي تتبع تقديم اشرطة الكاسيت والافلام السينمائية. تشتمل التمارين في الجلسة علي "لعب الأدوار" لأولياء الامور وعلي عرضا لاستراتيجيات خاصة لمواجهة سلوكيات الطفل.

الفصل الرابع
إرشاد ذوي اضطراب قصور الانتباه
المصحوب بالنشاط الزائد

تعريف ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد:

يعرف ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد بأنه " اضطراب في الأطفال يتميز بعدد من المشاكل السلوكية مثل: (ندرة إكمال المهام، عدم الإصغاء، التشتت بسهولة، ولا يركز علي واجب المدرسة)، هذه الصعوبات تتلخص في عدم الانتباه مدمج مع نمط اندفاعي حيث يثب الطفل اعتباطياً من نشاط لآخر، والعمل بدون تفكير كاف كما يتميز بكثير من الجري أو الوثب، ويعد بقاء الطفل جالساً مشكلة له، فمثل هذا الطفل يبدو عادة كأنه يتحرك بموتور ولديه حالة عالية مزمنة من الاستثارة ".

فالطفل زائد النشاط هو الطفل الذي يعاني من ارتفاع في مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة بالنسبة لعمره، وعدم القدرة علي تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة علي إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه، وعدم الاتزان الانفعالي وعدم القدرة علي ضبط النفس (الاندفاعية) وعدم الطاعة للأوامر الصادرة له عن والديه أو مدرسيه.

وأشارت بعض الدراسات إلي أن (ADHD) يشخص بين 3 إلي 9 مرات أكثر في الأولاد عنه في الإناث، ويعتقد أن كثيراً من الأشخاص لديهم (ADHD) بالفعل ولم يشخصوا بسبب أنهم غالباً يظهرن سلوكيات مضطربة أقل مرتبطة بالنشاط الزائد والاندفاعية، وهذا الاضطراب يظهر بوضوح من سن الثامنة إلي العاشرة، وهذه تعتبر المراحل الدراسية الأولى، وقد أوضحت الدراسات أن النشاط الزائد غالباً ما يستمر في الطفولة المتأخرة، ويختفي طبيعياً عند البلوغ، وتشير الدراسات الحديثة أن حوالي 50% من الأطفال مفرطي النشاط يتحسنون بالاقتراب من سن البلوغ، حيث يبدو كأنه طفرة نضج في القشرة المخية الجبهية، إلا أن 50% يتجهون للمراهقة ولازال لديهم (ADHD) وحوالي 30% من الأطفال يستمرون إلي البلوغ، ولا يوجد طريقة لتوقف مسار الاضطراب لدي الطفل.

وتتمثل أسباب اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

أولاً: العوامل البيولوجية:

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل الموروثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل الموروثات لعيوب تكوينية تؤدي إلي تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلي ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

ولقد وجد أن (10%) من آباء الأطفال مفرطي الحركة كانوا أيضاً مفرطي الحركة في طفولتهم ولذلك اعتقد بعض الدارسين أن هناك انتقالاً جينياً وراثياً للفرط الحركي، وأكدوا علي وجود العديد من حالات

الاضطراب في نفس الأسرة، وأنه في الأخوة الأشقاء أكثر من غير الأشقاء، كما زادت نسبة وجود الفرط الحركي بين التوائم المتشابهة، حيث وصلت إلى 100%.

وأغلب أخصائي علم النفس والباحثين الطبيين يتفقون علي أن للنشاط الزائد جذور بيولوجية Biological Roots لكن لا يعرف بالتأكد ما هي هذه الجذور، وأحد المعتقدات الثابتة بين المربين هو أن التلف المخي هو السبب وراء أغلب حالات النشاط الزائد، ويرجع هذا الاعتقاد إلي العالم الفرنسي أرنست ديروي (1925) حيث ذكر أن اضطرابات السلوك الحركي هي نتيجة إصابات معينة في المخ، وأن وجود مثل هذه الإصابة به يمكن أن يستنتج من السلوك الصريح ، هذه العلاقة الغامضة بحثت بشكل أكبر من خلال العمل الكلاسيكي لشتراوس وليهتين (1947) حيث وضعوا روابط مؤقتة بين النشاط الزائد وضرر المخ، و في عام (1955) تقدم شتراوس وكيفارت خطوة للأمام وأكدوا أن الضرر المخي يستنتج من الأعراض السلوكية للنشاط الزائد، وأن التلف المخي البسيط هو السبب في هذه الحالة ، كما قد يرجع الاضطراب إلي نقص في بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ Transmitters Neuro Chemical مثل السيروتونين Serotonin الذي لوحظ نقصه في حالات الفرط الحركي.

تفسير آخر للنشاط الزائد وهو تأخر النضج، حيث يقترح البعض أنه لا يوجد ضرر بالمخ ولا عيوب خلقية ولا انحراف في تركيب المخ، ولكن هناك تأخر نسبي في النضج العصبي كنتيجة لنمو بطيء في عملية الضبط اللحائي للنشاط، وأساس هذه الفكرة هو أن الطفل زائد النشاط الأكبر سناً يؤدي مستوى متكافئ مع مستوى أداء الطفل العادي الأصغر سناً، ودراسات نمو الطفل زائد النشاط تظهر تأخراً دالاً في النمو عند مقارنتهم مع الأطفال العاديين في نفس العمر الزمني.

ولكن البحوث والدراسات التي أجريت في هذا المجال من قبل الباحثين النفسيين والتربويين أكدت نتائجها أن مشكلة النشاط الزائد لا ترتبط بضعف القدرة أو بنقص الذكاء، وأن انتشارها بين الأطفال المعوقين عقلياً أكثر من غيرهم يرجع إلي ما يتعرض له هؤلاء الأطفال من مواقف إحباطية متكررة في حياتهم، حيث يفتشون في العناية بأنفسهم، ولا يستطيعون مساهمة أقرانهم العاديين في أنشطة الحياة اليومية.

ثانياً: العوامل البيئية:

- أ - عوامل قبل أو أثناء الولادة (مثل: تعرض الأم أثناء الحمل للإشعاع أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية أو التعرض لبعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية).
- ب - الحوادث: إصابة مخ الجنين أثناء الولادة، أو إصابة الطفل بعد الميلاد بارتجاج في المخ نتيجة حادث يمكن أن يؤدي إلي إصابة بعض المراكز العصبية في المخ المسؤولة عن الانتباه والتركيز.

ج - الأمراض المعدية مثل تعرض الطفل لأي عدوي ميكروبية أو فيروسية كالحمي الشوكية أو التهاب السحائي أو الحمي القرمزية أو الحصبة الألمانية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في المخ المسئولة عن الانتباه.

د - التسمم بالتوكسينات: مثل التسمم بمادة الرصاص التي تدخل في طلاء لعب الأطفال الخشبية وطلاء أقلام الرصاص والتي يمكن أن تتسبب في عدم الانتباه والنشاط الزائد، كما أن مستويات الزنك تكون منخفضة في الأطفال زائدي النشاط.

هـ - الغذاء: ولعل أحد القضايا العامة الجدلية هي قضية عدم تحمل النظام الغذائي أو الحساسية لبعض أنواع الغذاء التي تؤدي إلى النشاط الزائد.

ثالثاً: العوامل النفسية والاجتماعية:

وهناك بعض التفسيرات تحت علي الاعتقاد بأن والدي الأطفال أو البيئة الاجتماعية ربما تسبب النشاط الزائد بطريقة ما مثل وضع قواعد دقيقة جداً للسلوك (منع الطفل من الهززة بالمقاعد في الفصل تجعل كثير من الأطفال أكثر ضجراً، الركوب في سيارة لفترة طويلة ربما يجعل الطفل ذا المزاج النشط يجد صعوبة كبيرة في التوافق مع هذه المحددات خصوصاً لو تكررت لفترة طويلة.

وقد أكدت نتائج بعض الدراسات التي أجريت في هذا الصدد علي أن ظروف الحرمان من الرعاية الأسرية وعدم التفاعل الاجتماعي، والبعد عن الحياة الطبيعية من أهم أسباب انتشار مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال الذين يقيمون إقامة داخلية بالمؤسسات ودور الرعاية في أماكن منعزلة بعيداً عن أسرهم وعن باقي المجتمع.

والتعلم ربما لا يسبب النشاط الزائد، لكن السلوكيات المرتبطة بالنشاط الزائد تشكل ويحافظ عليها بواسطة البيئة (مثل: تعلم الطفل أن يبقى في مقعده في المدرسة) والانتباه للمهام المرتبطة به يمكن تعديلها بعدة إجراءات سلوكية، أيضاً بيئة المنزل المشوشة ربما تتعارض مع جهود الطفل للانتباه وتثبيط الاستجابة، كذلك ربما تعاز بعض حالات النشاط الزائد إلي وجود استعداد للاضطراب يبرئ لظهوره ظروف بيئية معينة.

تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

جاء دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM-IV,1994) ليحدد لهذه المشكلة ثلاثة أبعاد: قصور الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية، كما حدد ثلاثة أنماط للاضطراب تختلف حسب درجة النشاط الزائد فيها:

1- اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (نمط مختلف): والذي يضم المحكات التشخيصية لقصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD).

- 2- اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد: والذي تغلب فيه أعراض نقص الانتباه علي النشاط الزائد.
 - 3- اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد: والذي تغلب فيه أعراض النشاط الزائد والاندفاعية.
- أما في (ICD-10,1992) يصنف هذا الاضطراب ضمن مجموعة اضطرابات الحركة المفرطة Disturbance of Activity والتي تضم بدورها صعوبات في النشاط والانتباه Hyperkinetic Disorders and Attention، اضطراب الحركة المفرطة والمسلك (التصرف) Hyperkinetic Conduct Disorders واضطرابات فرط الحركة الأخرى Other Hyperkinetic Disorders، واضطرابات فرط الحركة غير المحددة Hyperkinetic Disorders Unspecified.

كما أن مقاييس التقدير Rating Scales غالباً ما يتم استخدامها عند تقييم سلوكيات الفرد، والتي يمكن استخدامها بواسطة الوالدين، المدرسين أو الطفل أو المراهقين الذي يتم تقييمه ثم تحليل وتقارن النتائج مع معايير ثابتة، ومن أشهر مقاييس التقدير استبيان المدرس Teacher Questionnaire (TQ) واستبيان الوالدين Parent Questionnaire الذي وضعه كيث كونرز C-Keith Conner

أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد:

تتعدد أعراض اضطراب الانتباه والنشاط الزائد إلا أن الأعراض الأساسية المتفق عليها كما يوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع هي قصور الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية، وبالرغم من أن هناك زملة أعراض أساسية لفرط النشاط منها الاندفاعية، ضعف الانتباه، الحركات المفرطة إلا أن العلماء اختلفوا حول أي من هذه الأعراض أكثر أهمية و أشد خطورة، فهناك من يري أن عدم القدرة علي الانتباه أو قصر فترة الانتباه من أهم أعراض فرط النشاط، وهناك من يري أن المشكلة الأساسية الجوهرية عند الأطفال ذوي فرط النشاط هو الاندفاعية، إذ أن هؤلاء الأطفال لا يتمكنون من التوقف فترة والاستماع قبل الاستجابة.

صعوبات الانتباه:

- قصر مدي الانتباه Short Attention Span بمعنى صعوبة الاحتفاظ بالانتباه فترة كافية.
- تشتت الانتباه وسهولة الالتواء والتحول بسرعة من مثير لآخر Distractability.
- نقصان المثابرة Persistence بمعنى عدم القدرة علي إكمال المهمة التي بدأها.
- عدم الاصغاء.
- عدم القدرة علي الانتباه الانتقائي Poor Selective Attention بمعنى الانصراف عن المنبهات الهامة إلي المشتتة والدخيلة.
- عدم القدرة علي الانتباه في المهام المركبة والمعقدة.

النشاط الحركي الزائد:

- كثرة حركة الجسم (اليدين والقدمين).
- التمللمل.
- عدم القدرة علي الجلوس لفترة ما.
- كثرة القيام والجلوس دون مبرر.
- كثرة حركة الرأس والعينين.
- كثرة الحركة أثناء النوم.
- عمل حركات وأصوات مزعجة.
- الحركة الزائدة يمكن أن تستمر حتي المراهقة حيث توظف بشكل مختلف.

الاندفاعية:

الاندفاعية تلاحظ كثيراً لدي الطفل المضطرب من خلال كثرة مقاطعته لحديث الآخرين، كما أنه يجيب بدون تفكير عن الأسئلة قبل استكمالها، ويجب أيضاً أن تجاب مطالبه في الحال، ويرفض الانتظار في دوره إذا كان مع أطفال آخرين، كما أنه يتنقل بسرعة من نشاط أو عمل إلي آخر قبل أن ينتهي من النشاط أو العمل الذي بدأه، وفضلاً عما سبق فإنه يقوم ببعض الأفعال التي تعرض حياته للخطر دون أن يضع في اعتباره العواقب المترتبة عليها وذلك مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلي الطريق.

الاضطرابات السلوكية لدي ذوي قصور الانتباه والنشاط الزائد:

ضعف السلوك الاجتماعي

انخفاض مفهوم الذات

السلوك الفوضوي والعدواني

الاضطرابات المعرفية

الاضطرابات الانفعالية

اضطراب النوم

صعوبات التعلم

التدخلات الإرشادية لاضطراب الانتباه والنشاط الزائد:

أولاً: العلاج الطبي:

إذا ما تتبعنا تاريخ العلاج الطبي للنشاط الزائد نجد أنه تضمن في البداية إعطاء الطفل بعض العقاقير المهدئة للحد من نشاطه الحركي المفرط، وهو إيقاف مؤقت لحركة الطفل لا يلبث أن يعود إلي حالته السابقة، ولذلك يصف الأطباء جرعات متتالية من هذه المهدئات بصفة منتظمة لفترة طويلة، ولكن ظهرت آثار جانبية سلبية علي العمليات العقلية والعصبية الانفعالية للأطفال الذين استمروا علي هذه المهدئات لفترة طويلة، ثم شاع نوع آخر من العلاج الطبي وهو إعطاء الطفل عقاقير منبهة ومنشطة

تؤدي إلى زيادة النشاط الوظيفي للجسم فتحدث تعادلاً بين النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ووظائف الجسم التي زاد نشاطها بفعل الدواء المنشط، فتقل بذلك الحركات العشوائية والسلوك القهري غير الموجه.

ثانياً: الإرشاد النفسي:

الإرشاد التحليلي يبني علي فهم نفسية الطفل وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية، أو بينها وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة، وفهم الحيل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه، وتوضيح ذلك للطفل من خلال جلسات العلاج النفسي التي تجري مع الأطفال الصغار بواسطة اللعب أو بواسطة الرسم وغيرها، وهذا العلاج التحليلي قد يتم فردياً أو جماعياً.

ومن هذا المنطلق فإن الاتجاهات النفسية الاجتماعية لعلاج الاضطراب تركز علي تعليم الأطفال المهارات اللازمة لتركيز الانتباه وضبط النفس والحد من النشاط الحركي المفرط، وهذا بطبيعة الحال يدعم ما كان سائداً منذ عقد الثمانينات من أن مثل هؤلاء الأطفال لا يحتاجون فقط إلي مجرد بعض حبات من الدواء بل يحتاجون في الوقت ذاته إلي تعلم مهارات معينة من خلال تعديل بيئاتهم وتوفير الفرص المناسبة لتعلم تلك المهارات في مواقف فعلية، إلا أن العلاج النفسي الكلاسيكي لا يعمل جيداً مع الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد بسبب أن هؤلاء الأطفال لا يجلسون طويلاً لمدة كافية للحديث عن أنفسهم، وربما يفيد هذا العلاج مع الوالدين الذين يعيشون ضغوط كثيرة في محاولة التعامل مع الطفل زائد النشاط وكذلك مع الأخوة الصغار للطفل .

ثالثاً: الإرشاد الأسري:

إن العديد من المشكلات بين الشخصية التي ترتبط بفرط النشاط تأتي من عدم الطاعة من جانب الطفل، وعدم قدرته علي ضبط النفس ومن ثم فإن تدريب الوالدين أو أحدهما علي ذلك يعمل علي الحد من عدم الطاعة والعناد من جانب الطفل، ويساعده بالتالي علي تعليم ضبط النفس، إذاً يجب أن يكافئ الطفل علي سلوكه الملائم وأن يشكل استجاباته المرغوبة وأن يعمل علي الحد من سلوكياته غير المناسبة، كما يجب أن يتعلم تجاهل السلوكيات غير المرغوبة وأن يدعم السلوكيات الإيجابية من جانب الطفل.

ولقد اتجه عدد من الباحثين والممارسين والأخصائيين إلي اختبار كفاءة برامج التدريب للآباء وفعاليتها علي اعتبار أنهما - أي الوالدان - هما أكثر الأشخاص البالغين تواجداً أو معايشة واهتماماً بحياة الأطفال، والسيطرة علي سلوكهم لأكبر فترة ممكنة قد لا تتوافر لأي فئات التدخل العلاجي الأخرى.

رابعاً: الحماية الغذائية:

هناك دلائل تشير إلى أن بعض الأطفال مفرطي النشاط يعانون حساسيات تجاه الأطعمة، فإذا ما أعطينا هؤلاء الأطفال وجبات خالية تماماً من الغذاء المسبب للحساسية فإن سلوكهم يصبح طبيعياً، والحساسيات الأكثر شيوعاً هي الحساسية تجاه مواد التلوين الاصطناعية في الأطعمة (التي توجد في المشروبات والمربيات والبسكويت والكعك والحلويات والعصائر والأطعمة المعلبة المنتجة تجارياً)، أما الحساسيات تجاه الأطعمة الطبيعية كحليب البقر أو البيض أو اللحم فهي نادرة.

وتشير الدراسات والبحوث التي أجريت علي استخدام التدخل العلاجي بالتغذية للأطفال ذوي اضطرابات الانتباه مفرط النشاط إلى وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب فرط النشاط لدي الأطفال، ومع ذلك يجب أن نبرز أن تغيير الحمية كما أشار فينجلود أو غيره ليس علاجاً للنشاط الزائد بسبب أن القليل من الأطفال زائدي النشاط يكونون مصابين بأمراض حساسية للأطعمة أو لمواد أخرى.

خامساً: الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعد التعديل المعرفي من بين أساليب المعالجة المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه مفرط النشاط، كما لو كان قد تم تصميمه لهذه الفئة من الأطفال، حيث يقوم التعديل المعرفي للسلوك علي تدريب هؤلاء الأطفال علي اكتساب مهارات: التخطيط حل المشكلات، وضبط الذات التي يفتقر إليها مجتمع هذه الفئة من الأطفال، ويستهدف العلاج المعرفي السلوكي علاج الاندفاعية لدي الطفل، فهو يؤكد علي أسلوب حل المشكلة، وكذلك علي توقع الحدث ونتائجه، ويمكن إجراء هذا العلاج فردياً أو جماعياً، و يفهم هذا العلاج أحياناً علي أنه تدريب علي المهارات الاجتماعية لأن الطفل يتعلم كيف يكف عن السلوك، ويدرك الإشارات الاجتماعية، ويحدد المسار الاجتماعي المناسب للفاعل.

ويشمل التعديل المعرفي السلوكي مجموعة من الإجراءات للتدريب علي سلوكيات مثل: التنظيم الذاتي أو الضبط الذاتي، ومهارات التخطيط، ومهارات حل المشكلات، ومن هذه الأساليب أيضاً: التدريب علي الاسترخاء Relaxation، والتدريب علي ضبط النفس Self-Control، والتغذية الحيوية المرتدة حيث تعتمد هذه الأساليب علي تدريب الطفل كيف يتحكم في سلوكه ويراقب حركاته وتصرفاته ذاتياً، ومن ثم فإن هذه الأساليب تحتاج إلي قدرات عقلية سوية، ولذلك فقد اقتصر استخدامها علي الأطفال العاديين.

سادساً: الإرشاد السلوكي:

يعد استخدام تعديل السلوك في زيادة الانتباه للعمليات العقلية مثل التفكير والتخيل والإدراك والانتباه إضافة جديدة له، حيث يؤثر في الانتباه للأحداث وكيفية ترجمتها ومدي تأثيرها علي السلوك،

وذلك من خلال تدعيم الأطفال وامدادهم بقواعد تساعد في تنظيم سلوكهم الخاص، ولقد أصبح تعديل السلوك أكثر فائدة في معالجة الأطفال والمراهقين، وهناك أنواع مختلفة من استراتيجيات التعديل السلوكي تستخدم لكن التدعيم الإيجابي من المدرسين والوالدين هو المدخل السائد. ومن الأساليب المستخدمة أسلوب التعاقد التبادلي Contingency Contracting أي الاتفاق علي تقديم مكافآت في مقابل السلوك المرغوب الذي يسلكه الطفل، فإذا نفذ شيئاً تريده أنت أن يفعله، فإن له بعد ذلك أن يقوم بعمل شيء يرغب هو في القيام به، ويجب أن يكون التعزيز متكرراً وبمقادير صغيرة وفورياً، علي أن يعطي في مقابل تنفيذ المطلوب و ليس لمجرد الطاعة، أما الأسلوب الثاني فهو أسلوب التدريس اللطيف Gentle Teaching ويعد هذا اتجاهاً جديداً في علاج عديد من المشكلات السلوكية لدي الأطفال المضطربين ذوي الصعوبات لاعتباره مدخلاً للتربية الإنسانية، القائمة علي أساس المؤازرة الوجدانية، للإقلال من سلوكيات اضطراب الانتباه المفرط النشاط دون استخدام عقاب، بل من خلال علاقة إيجابية قائمة علي الدفء والتقبل والتبادل وتبني قيم تسلطية، والتأكيد علي مساندة الطفل، وعدم تعريضه لمشادة ما، والصدقة والاعتماد المتبادل، بدلاً من التركيز علي الانصياع والطاعة والخضوع.

وتتمثل خطوات تعديل السلوك لذوي الاضطراب فيما يلي:

أولاً: تعديل البيئة الصفية:

- وهي تعديل المثيرات في البيئة الصفية بالشكل الذي يساعد علي الانتباه مثل وضع الستائر علي النوافذ لتقليل المنبهات البصرية غري المناسبة.
- وضع الأشياء بعيداً عن النظر في خزائن وإدراج مغلقة.
- تنظيم درج الطالب مثل إبعاد أي مواد لها علاقة بلعبة أو مهمة أتمها الطالب فور الانتهاء منها.
- إعطاء تعليمات واضحة من قبل المعلم.
- وضع تسلسل مناسب للمهمات

ثانياً: التنظيم الذاتي:

وهي تشمل الملاحظة الذاتية، المتابعة، تعزيز ذات، يتمثل المبرر الأساسي في أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات الي ظروف أخرى. ولتحسين الانتباه استخدام مراقبة النفس: فعلمهم مراقبة سلوكهم بأنفسهم من خلال التسجيل علي شريط عدة نغمات متتالية يفصل بينها وقت، واطلب من الطلبة عند سماع كل نغمة إياها، وفي النهاية يستطيع الطالب تقييم مدي انتباهه خلال مهمة معينة . ومثال لتقليل الاندفاعية (التهور): تدريب الطفل الاندفاعي علي الضبط الذاتي من خلال تعليم الطفل كيف يتوقف فوراً قبل أداء المهمة، يفكر قليلاً ثم يجيب ويتم ذلك عن طريق :

- يقوم المعلم بأداء السلوك أمام الطفل من خلال التعبير اللفظي والتفكير بصوت مرتفع في الإجابة الصحيحة .
- يقوم الطفل بتقليد سلوك المعلم .
- يعتمد الطفل علي نفسه في أداء المهمة بهدوء والتفكير قبل الإجابة
- يعلم الطفل تدريجيا علي التقليل من التعبير اللفظي اثناء التفكير، فيقوم بالهمس لنفسه بالتعليمات الواجب عليه اتباعها ثم يستخدم الإشارة بعد ذلك .

ثالثاً: التعزيز التفاضلي للسلوك (البديل) :

وهو تعزيز الفرد عند قيامه بسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله، أي تقوية السلوك المناسب المراد خفضه . مثال :السلوك النقيض لعدم التواصل البصري وهو النظر إلي وجه المعلم وهو الذي يعزز، وضبط سلوك الخروج من المقعد بتعزيز الطفل عندما يجلس في مقعده .ويعزز المعلم الطالب الذي يقوم باتباع تعليمات المعلم (الإصغاء له ومتابعة حل واجب صفي) بدلاً من تحدثه مع زميله داخل الصف، تعزيز المعلم للطالب الذي يرفع يده قبل الاجابة بدلاً من توبيخه عندما يجيب دون أن يرفع يده .

رابعاً: الاقصاء (الحرمان من التعزيز الإيجابي) out Time

في هذا النوع من الحرمان يقوم المعلم بحرمان الطفل من النشاط المفضل وحرمانه من إمكانية مشاهدة الأطفال الآخرين، ولكن دون اللجوء إلي نقله إلي مكان خارج غرفة الصف حيث يطلب المعلم من الطفل الجلوس علي كرسي وضع في احدي زوايا غرفة الصف مواجهة الحائط حيث لا يستطيع ان يلاحظ او يشارك في النشاطات التي تجري . مثال :قام باحث باستخدام الاقصاء out Time لعلاج النشاط الزائد والعدوان لدي اطفال معاقين عقليا بدرجة بسيطة ومتوسطة من خلال ما يلي :عند قيام الطفل باي سلوك من السلوكيات المستهدفة وهي النشاط الزائد والعدوان يتم إقصاء الطفل عن زملائه إلي منطقة الحرمان لمدة خمس دقائق مباشرة بعد قيامه بالسلوك غير التكيفي وقد تم تطبيق البرنامج السلوكي لمدة خمس دقائق مباشرة بعد قيامه بالسلوك غير التكيفي وقد تم تطبيق الاقصاء روعي بأن يكون وجه الطفل باتجاه الزاوية.

خامساً: التدريب علي المهارات الاجتماعية:

في هذا النوع من العلاج يقدم المعالج تدريباً ونماذج للسلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، مثل انتظار الدور، المشاركة في الألعاب، طلب المساعدة، الاستجابة بطريقة مناسبة، ثم تقديم فرصة للأطفال للتدريب والممارسة، مثل قراءة تعبيرات الوجه ونبرة الصوت من خلال الاستجابة بطريقة ملائمة .

سادسا: التدريب على المهارات الوالدية :

حيث يقوم المعالجون النفسيون بتدريب والدي الاطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط المفرط من خلال تزويدهم بأدوات وتقنيات إدارة سلوك الطفل، ومن هذه الاساليب، أسلوب العزل لمدة قصيرة لتهدئتهم. يتعلم الوالدان علي تدريب ابنائهم علي المشاركة في الألعاب الممتعة أو ألعاب الاسترخاء. وأحد هذه الاساليب الفعالة لتعديل سلوك الاطفال هو بناء نظام للمكافآت والعقوبات (نظام النقاط او الفيش) .

دور المرشد المدرسي والمعلم المرشد في التعامل مع اضطراب ضعف الانتباه والنشاط المفرط: يلعب المعلم دورا مهما في التصدي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط المفرط. فالمعلم المرشد يقوم بالعديد من المهمات منها

- 1- تنسيق جهود المهتمين بالتعامل هذا الاضطراب، ويضم فريق المهتمين هذا :المعلمين، الاقران، المختصين النفسيين، الاطباء والممرضين، الآباء والأمهات، وتكون وظيفة هذا الفريق الذي يضم أطرافا من داخل المدرسة وأطرافا من خارج المدرسة هي القيام بجمع المعلومات عن الحالة، وتقييمها، ومساعدة الطالب في المدرسة والبيت
- 2- تزويد المعلمين بمعلومات اضافية تيسر عملية تقييم الحالة
- 3- تزويد المعلمين والوالدين والعاملين التربويين الآخرين بمعلومات عن امكانية الطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط المفرط للإفادة من برنامج التقييم والعلاج، ويمكن ان يتضمن ذلك اكتشاف التوقعات المناسبة له وردود افعالهم وتفاعله داخل المدرسة.
- 4- العمل مع الوالدين علي وجه الخصوص، وخصوصا في أثناء عملية التقييم وجمع المعلومات الفردية عن حالة أبנם المصاب بالاضطراب، فقد يقاوم الوالدان فكرة ان ابنهم مصاب بالاضطراب، ويمكن احيانا ان يعتبروا ان المدرسة والمعلمين هم المسؤولون عن اصابة ابنهم بالاضطراب في حالة اعترافهم بإصابة ابنهم به. كما يمكن ان يشعر بالذنب ابنهم بسبب احساسهم بإهمال ابنهم خلال السنوات التي مضت قبل التعرف علي اصابته.
- 5- تدريب الأسر علي استراتيجيات التعامل مع الاطفال المصابين بالاضطراب فالمرشد المدرسي والمعلم المرشد يستطيع ان يكون مصدرا للمعلومات والخبرة الضرورية إرشاد الاهالي لكيفية التعامل مع الاطفال المضطربين، دور الوالدين في التعامل مع الاطفال الذين يعانون من الاضطراب الانتباه والنشاط المفرط، ان بناء علاقات إيجابية بني الوالدين، وكذلك تحسين التواصل معهم أمر في غاية الاهمية لذلك إن غاية الوالدين هي تعليم اطفالهم ضبط ذواتهم، فعندما يتعلم الوالدان الطرق المناسبة فإن ذلك يخفف كثيرا من الصراخ والمشاجرات وأنواع الإزعاج الأخرى التي يسببها الأطفال.

الفصل الخامس إرشاد ذوي صعوبات التعلم

تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم (1994):

استقرت اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم NJCLD إلي حد كبير حول التعريف الأخير الذي ينص علي أن صعوبات التعلم هي " مصطلح عام يشير إلي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات ، والتي تعبر عن نفسها من خلال صعوبات دالة في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع أو الحديث أو القراءة أو الكتابة أو الاستدلال أو القدرات الحسابية، وهذه الاضطرابات ذاتية / داخلية المنشأ ويفترض أن تكون راجعة إلي خلل في الجهاز العصبي المركزي ، ويمكن أن تحدث خلال حياة الفرد ، كما يمكن أن تكون متلازمة مع مشكلات الضبط الذاتي ومشكلات الإدراك والتفاعل الاجتماعي ، ولكن هذه المشكلات لا تكون أو لا تنشئ بذاتها صعوبات تعلم ومع أن صعوبات التعلم يمكن أن تحدث متزامنة مع بعض ظروف الإعاقات الأخرى مثل (قصور حسي أو تأخر عقلي أو اضطراب انفعالي جوهري) أو مع مؤثرات خارجية مثل (فروق ثقافية أو تدريس / تعليم غير كاف أو غير ملائم) إلا أنها ليست نتيجة لهذه الظروف أو المؤثرات " .

ونظراً لتعدد واختلاف المشكلات التي يظهرها الأطفال ذوو صعوبات التعلم باعتبارها مجموعة غير متجانسة ، فقد حاول البعض تصنيف صعوبات التعلم إلي صعوبات تعلم نمائية وصعوبات تعلم أكاديمية ، وتعرف صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities بأنها صعوبات تتعلق بالوظائف الدماغية وبالعمليات العقلية المعرفية التي يحتاجها التلميذ في تحصيله الأكاديمي مثل الإدراك الحسي البصري السمعي والانتباه والتفكير واللغة والذاكرة ، وهي الصعوبات التي ترجع إلي اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي ، ويمكن أن تقسم بعضها إلي صعوبات أولية بعمليات الانتباه والإدراك والذاكرة ، وصعوبات ثانوية مثل التفكير والكلام والفهم واللغة الشفوية.

وصعوبات التعلم الأكاديمية Academic Learning Disabilities هي مشكلات تظهر من أطفال المدارس، وتبدو واضحة إذا حدث اضطراب لدي الطفل في العمليات النفسية السابق ذكرها (الصعوبات النمائية) بدرجة كبيرة وواضحة، ويعجز عن تعويضها خلال وظائف أخرى، حيث يكون عندئذ لدي الطفل صعوبة في تعلم الكتابة أو التهجى أو القراءة أو إجراء العمليات الحسابية.

أسباب صعوبات التعلم:

تتعدد أسباب صعوبات التعلم وتختلف باختلاف النموذج المفسر وباختلاف فلسفة واهتمامات العلماء والباحثين الذين يتناولونها بالدراسة وفيما يلي عرض لأهم العوامل المسببة لصعوبات التعلم كما يلي:

1. العوامل الوراثية الجينية Genetic Factors:

توجد مجموعة من الأدلة المتراكمة علي أن العوامل الوراثية قد تسبب الإصابة بصعوبات التعلم، وتظهر الدراسات التي أجريت علي التوائم المتماثلة أن إصابة أحد التوائم المتماثلة إذا كان الآخر مصاباً بصعوبات التعلم تكون أعلى من نسبتها في حالة التوائم غير المتماثلة، وأظهرت نتائج أبحاث أخرى أن صعوبات التعلم تمتد بين الأسر.

وقد أشارت الدراسات التي أجريت علي العائلات والتوائم إلي أن العامل المهم في حصول الصعوبة يعود إلي العامل الوراثي وأن نسبة 25 % 40 % من الأطفال واليا فعين الذين يعانون من صعوبات التعلم انتقلت إليهم عن طريق عامل الوراثة، كما أن صعوبات التعلم ترتبط بتشوهات مختلفة في الكروموسومات مثل متلازمة كلاينفلتر وكرموسوم X الهش لدي كل من الذكور والإناث، ومتلازمة تيرنر لدي الإناث.

2- العوامل العضوية والبيولوجية Organic & Biological Factors:

ومنها العيوب البصرية التي تعوق الطفل عند القراءة ، كالإدراك البصري فيشعر بالتوتر والقلق والإجهاد ، والعيوب السمعية التي تؤدي إلي صعوبة فهم المعاني وعيوب النطق والكلام والتي تجعله في حيرة متزايدة أمام طريقة نطق الكلام وكذلك أمام ما تعنيه ، ومشكلات الصحة العامة والتي تقلل من نشاط وحيوية التلاميذ مما يشكل عائقاً يحول بينه وبين التركيز أو الإسهام بشكل مستمر في عملية التعلم ، ومن أمثلتها الأمراض المزمنة وسوء التغذية والإجهاد العام ، واضطرابات الغدد وقصور الجهاز العصبي والهيمنة الجانبية (سيطرة عضو علي عضو آخر كاستخدام إحدى العينين أو إحدى اليدين أكثر من الأخرى) وقصور العمليات المعرفية.

3- العوامل الكيميائية الحيوية Biochemical Factors:

بعض الدراسات تشير إلي أن الاضطراب الكيميائي في جسم الطفل ينتج عنه صعوبات التعلم، وقد لاقى افتراض دكتور فاينجولد شعبية كبيرة، حيث افترض أن الألوان الصناعية ومحسنات الطعم في كثير من أطعمة الأطفال من الممكن أن تتسبب في صعوبات التعلم، وقد اقترح علاج لصعوبات التعلم عبارة عن إجراء حمية غذائية لا تحتوي علي أطعمة بألوان صناعية أو مكسبات طعم.

4- العوامل البيئية: Environmental factors:

هناك ثلاثة أنواع مقترحة من المؤثرات البيئية والتي يمكن أن تؤثر علي تعليم الأطفال وهي الاضطرابات الانفعالية، انعدام الحافز، والفقر في الموارد التعليمية، فالكثير من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون أيضاً من اضطرابات السلوك إلا أنه من الصعب استنتاج أيهما كان السبب وأيهما النتيجة، فكل منهما (اضطرابات السلوك وصعوبات التعلم يمكن أن يكون سبباً في حدوث الآخر أو نتيجة

له) ، كما أنه من الصعب تفسير الأنشطة التعزيزية للطلاب ذوي صعوبات التعلم ، فما يفضلها الأطفال الآخرون قد لا يفضلونه .

وتشير بعض الأدلة إلى أن الأطفال المحرومين بيئياً يكونوا أكثر عرضة للتعرض للمشاكل التعليمية، كذلك من الأسباب البيئية المحتملة لصعوبات التعلم افتقار التعليم للعناصر الجيدة، فالبعض يرى أنه إذا كان المعلمون لديهم الاستعداد الكافي للتصدي للمشكلات التعليمية الخاصة لدى الأطفال في سنوات الدراسة المبكرة فإنه يمكن تجنب بعض صعوبات التعلم.

والبيئة الاجتماعية النفسية ربما تكون أهم البيئات الفعالة في اكتساب المهارات المعرفية سواء في الاتجاه الإيجابي أم السلبي ويمكن تحديد تلك العوامل في: الفقر. التفكك الأسري. عدم الكفاية الشخصية. النبذ والإهمال. الحماية الزائدة. الممارسات المدرسية غير الصحيحة. وأخيراً الإحباط والذي يمثل محصلة الأسباب والعوامل النفس اجتماعية الأمر الذي يؤدي إلى صور من سوء التوافق.

علاج صعوبات التعلم learning disabilities therapy:

إذا لم تعالج صعوبات التعلم في المراحل التعليمية الأولى فإنها قد تمتد إلى المراحل التالية لها، ويترتب على ذلك اضطرابات نفسية أو انفعالية أو اجتماعية عند الفرد، وبالتالي فهناك ضرورة ملحة إلى إعداد البرامج التربوية المناسبة لعلاج ذوي صعوبات التعلم من صعوباتهم النوعية وتحسين مستوى التحصيل لديهم، بالإضافة إلى التدخل لمواجهة الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية التي يمكن أن يعانون منها وذلك في مرحلة مبكرة من سنوات دراستهم.

وفيما يلي عرض لأهم التدخلات التي يمكن اتباعها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

أولاً: العلاج الطبي Medical Therapy:

ويشمل العلاج الطبي أساليب متعددة منها:

1- العلاج بالعقاقير الطبية: ويستخدم في علاج حالات النشاط الزائد ومشاكل الانتباه، حيث تستخدم المنشطات الثلاثية Cylert, Ritalin, and Dexedrine، وهذه العلاجات تتنوع في درجة تأثيرها وطريقة عملها، فمنها سريع التأثير ومنها الذي يستغرق وقتاً أطول لتظهر نتائجه ولكن في المقابل يظل تأثيره لفترة أطول.

2- العلاج بضبط البرنامج الغذائي: وقد ظهر هذا الأسلوب في منتصف السبعينات ويقول فينجولد Feingold وهو صاحب هذا الأسلوب إن المواد الملونة والحافظة ومواد النكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال، وعليه ضبط استخدام هذه المواد.

3- العلاج عن طريق الفيتامينات: ويقوم هذا الأسلوب علي إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات، وقد ظهر تحسن في زيادة انتباه الأطفال، وانخفاض في درجة الإفراط في النشاط نتيجة لاستخدام هذا الأسلوب.

ثانياً: استراتيجيات التربية الخاصة Strategies for Special Education:

المقصود بالتعليم العلاجي Remedial Instruction أنه عبارة عن مجموعة من الجهود والإجراءات التربوية يقوم بها متخصصون داخل عيادة تربوية أو فصل دراسي لمواجهة صعوبات التعلم في مادة دراسية ما ، وذلك من أجل الارتقاء بالمستوي التحصيلي والأداء النفسي للتلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم ، ويتم تنفيذ تلك الجهود التربوية أساساً بصورة فردية أو في إطار مجموعات صغيرة من التلاميذ ، ويقوم بعملية التعليم العلاجي متخصصون من بينهم المعلم / الأخصائي النفسي / الطبيب / الأخصائي الاجتماعي / المرشد النفسي / المعالج أو الطبيب النفسي وهم يعملون بنظام الفريق إما بالتشاور أو في شكل مؤتمر حالة، وتتمثل أساليب التدريس العلاجي فيما يلي :

(1) طريقة التدريب علي العمليات النفسية :

ويتطلب هذا الأسلوب تحديد العجز النمائي من قبل المعلم أو الأخصائي لدي الطفل ، فإذا لم يتم تصحيح ذلك العجز فإنه يمكن أن يستمر في كبح عملية التعلم، كما يعتمد علي افتراض أنه إذا كان في الإمكان تدريب العين مثلاً علي التثبيت ثلاث أو أربع مرات علي الخط الواحد حتي يصبح الطفل أسرع في القراءة، ويعتبر تدريب العمليات أو تدريب قدرات التعلم النمائية جزءاً من منهاج مرحلة ما قبل المدرسة حيث لا يعترض أحد علي أن تدريس الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يقوم علي النظر والاستماع والمقارنة والفهم لما يسمعون ويحفظونه وينتهون إليه أو حل المشكلات التي تمثل قدرات تعلم نمائية، إلا أن البحوث والدراسات لم تثبت أن هذا الأسلوب سوف يزيد من التعلم الأكاديمي فليس بالضرورة أن يؤدي تحسين الانتباه إلي تحسين المهارات القرائية علي سبيل المثال.

(2) التدريب القائم علي تحليل المهمة:

أو تسمي بنموذج تدريب المهارات أو التدريس المباشر، وهذا الاتجاه يركز علي تحليل الاستجابات الظاهرة غير المناسبة في سلوك أو أداء الطفل، فالعجز لا يرجع إلي اضطرابات داخلية في الطفل، ولكنه هو المشكلة نفسها ، وهو نتاج عدم توفر فرص تعليمية مناسبة للطفل ، لذلك يستعمل أصحاب هذا المنحى التعريف الإجرائي للسلوك المشكل ، ثم عدد مرات حدوثه ووصف له ومكان حدوثه ، وتحليل المهارة المطلوب من الطفل القيام بها إلي مهارات فرعية بحيث يسهل علي الطفل تعلمها، إلا أن الاعتماد الكلي علي نوع واحد من التدخل سواء القائم علي تدريب العمليات النفسية أو تحليل المهمة لا يعد كافياً في حد ذاته ، أما في حالة المزج بين نوعي التدخل فإنه يمكن الإتيان بنتيجة أفضل من شأنها تحسين الكثير من حالات صعوبات التعلم .

(3) الأسلوب القائم علي تحليل المهمة والعمليات النفسية :

والذي يضم ثلاث مراحل هي:

- تقييم نواحي القوة والعجز لدي الطفل (تحليل الطفل).
- تحليل المهمات التي يفشل فيها الطفل وذلك من أجل تحديد تسلسل المهارات السلوكية والمعرفية المطلوبة لأداء تلك المهمات (تحليل المهمات).
- الجمع بين المعلومات الخاصة بتحليل الطفل وتحليل المهمات من أجل تصميم الأساليب التدريسية والمواد التربوية التي سيتم تقديمها بشكل فردي.

الفصل السادس إرشاد ذوي الإعاقات الحسية

أولاً: الإعاقة السمعية:

تعريف الإعاقة السمعية:

من الممكن تعريف الإعاقة السمعية بأنها أي درجة من فقدان السمع والتي تصنف ضمن بسيط، متوسط، شديد، شديد جداً. أما صعوبة السمع أو ثقل السمع Hearing of Hard فهي الحالة التي يكون تطور مهارات التواصل الأولية عند الشخص من خلال السمع حيث يكون السمع هو المجال الرئيسي في تبادل التواصل الشفوي، كما تم تعريف الأطفال المعاقين سمعياً Children Impaired Hearing بأنهم كل الأطفال الذين يعانون من فقدان سمعي يعيقهم لدرجة تتطلب توفير خدمات تربوية خاصة وهذا التعريف العام يشمل أيضاً الأفراد ذوي الإعاقة السمعية الشديدة والذين عادة ما يعرفون بالصمم. كما قد عرف المؤتمر التنفيذي للمدارس الأمريكية للصم Executive of Conference The Deaf The For School American of أنه فقدان سمعي بنسبة 70 ديسبل فما فوق في الأذن الأفضل بينما يعرف ثقل السمع Hearing of Hard بان لديه نسبة فقدان سمعي تتراوح ما بين (35- 69 ديسبل) في الأذن الأفضل.

وقد جرت العادة علي تصنيف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة معايير هي:

أ- العمر عند الإصابة

ب- ب. موقع الإصابة .

ج- شدة الإصابة

الحاجات الإرشادية للمعاقين سمعياً :

يواجه الإنسان المعوق سمعياً خاصة علي الطريق الذي عليه أن يسلكه ليتجاوز ما يمكن تجاوزه من الحواجز التي تفرضها الإعاقة وليتمكن من التعايش مع هذه الإعاقة ولتحقيق ذلك فمن المهم علي المرشد مساعدة المعاق سمعياً لكي يكيف مفهومه لذاته وأهدافه الشخصية ومساعدته علي تطوير قدرات جديدة مستثمراً كل القدرات الشخصية التي بقيت لديه بعد حدوث الإعاقة، ومن أبرز احتياجات المعاقين سمعياً ما يلي:

1- هوية الذات:

إن احترام الذات كموضوع هام يساهم بالإحساس بالوجود السيكولوجي والمتضمن قبول المعاق لذاته فنحن كمرشدين مهتمون بهوية الفرد الذي بدأ حياته بإعاقة قد تعيق احترام الذات، ومن الملاحظ ان هذه الحاجة تبرز بشكل كبير لدي المعاق سمعياً في مرحلة المراهقة. إن إحساسنا بأنفسنا يتأثر بدرجة كبيرة بمفاهيم الآخرين وكيف يروننا وهنا تبرز مشكلة الأفراد المعاقين سمعياً نتيجة الشعور الدائم بالنظرة الدنيوية من قبل الآخرين توسع لهم بسبب إعاقتهم وخلال أواخر مرحلة الطفولة فإن المقدرة

علي أخذ وجهة نظر الآخرين توسع مداركنا ومعرفتنا بأنفسنا ويسهل ذلك غالبا عن طريق اتخاذ صديق يمكنه أن يعطينا تغذية راجعة حول سلوكنا الجيد أو العدواني وهنا يقوم المرشد بإعطاء تغذية راجعة للمعاق عن سلوكه ويشجعه علي تكوين صداقات مع الآخرين من أجل ذلك أيضا .

وتوجد هناك العديد من العوامل التي تؤثر علي منحني الإحساس بالشخصية للمراهق الذي لديه اعاقه سمعية فمنذ الولادة حتي قبل المراهقة فإن اتجاهات الآباء لها أثر حيوي علي نشأة الإحساس بالذات، وغالبا فإن اتجاهات الأبناء نحو أنفسهم كانت مدخلات تتطور تدريجيا أثناء التفاعل مع آبائهم وهذه الخبرات بطبيعة الحال ستؤثر علي تطور هوية الذات لدي الطفل المعاق وهنا يبرز دور المرشد في توجه الآباء الي ضرورة نقل اتجاهات إيجابية تجاه أطفالهم تساهم بإحساس صحي بهويتهم النفسية فتكيف الآباء السوي مع ابنهم المعاق سمعيا ينعكس إيجابيا علي تطور مفهوم الذات لدي المعاق ويبرز تطوره في مرحلة النمو المختلفة.

2- زرع الثقة في نفس الطفل المعوق:

إن زرع الثقة في نفس المعوق يتطلب عمليا مساعدته علي تطوير قدراته الشخصية والاجتماعية والتي يجب ان يبدأ العمل علي تطويرها مبكرا ويشكل الارتباط أي تطور مشاعر ايجابية قوية من قبل الطفل المعاق تجاه القائمين عليه احد اهم متطلبات النمو الا ان الاعاقه غالبا ما تهدد قدرة الاطفال علي الارتباط بالقائمين علي رعايتهم مما يحول دون حدوث الأنماط التفاعلية المعززة والمتمثلة بالاستجابات المنافسة للتواصل الجسدي

فالوالدان بحاجة لان يشعرا بانهما قادرين علي التعامل مع طفليهما وعلي تلبية حاجاته وان يشعر بالحب ويعاملانه بالحنان ويبينا له بان سلوكه يتغير ايجابيا بفعل رعايتهم واهتماماتهم، وهنا يبرز دور المرشد في ابراز مدي دور الاهل الهام في غرس ثقة الطفل المعاق بنفسه ويزيد من قبوله لنفسه. الا ان المشكلة التي تواجه المختصين بالإعاقه السمعية والمرشدين هو ان عددا كبيرا من اباء الاطفال المعوقين لا يتوقعون الكثير من ابنائهم فالحماية الزائدة بالنسبة لهم هي البديل المريح وهنا تبرز الحماية الزائدة كمشكلة حقيقية تعيق النمو النفسي للإنسان المعوق خاصة في بعض الحالات التي يفتقر فيها الآباء الي معرفة الابعاد الطبية والسيكولوجية او عندما يشعرون بالذنب اتجاه اعاقه ابنهم .

وهنا لا بد للمرشد العمل مع اسرة المعاق للتخلص من الشعور بالذنب ومن ثم تعريف الاهل للأبعاد المختلفة للإعاقه ودورهم للتعايش مع ذلك بما فيه مصلحة طفليهم المعاق حتي يتمكنوا من تحديد اهداف لا تحتاج الي وقت طويل وتبني توقعات ملائمة. كما علي المرشد ايضا ان يبين للوالدين حالة المعاق سمعيا التي تحتاج لوقت طويل بالنسبة لإتمام المهام مما له دور كبير في زيادة ثقة المعاق بنفسه

عند اتمامه لهذه المهام بشكل ناجح كما ان المرشد عليه ان يبين للوالدين حاجة الابن المعاق لتكرار المهام وتحديد اهداف سهلة نسبيا لان مهارات المعاق بشكل عام لا ترقى الي المستوي المطلوب دون هذا التكرار.

3- الاستقلالية

تعتبر الاستقلالية من الحاجات الاساسية للمعاقين سمعيا خاصة في مرحلة المراهقة كما ان هناك علاقة ايجابية قوية بين الاستقلالية ومفهوم الذات لدي المعاق من جهة وبين الاستقلالية والثقة بالنفس من جهة اخري.

ان السعي وراء الاستقلالية ووجود اعاقه يؤدي بالأباء الي مواجهة العديد من المشاكل واحداث توترات داخل الاسرة، ولتنمية شعور المعاق بالاستقلالية فعلي الاهل والمسؤولين محاولة فتح ابواب النقاش مع المراهق المعاق مما يعزز من شعور المعاق بالرضي والتوفيق النفسي وينمي شعوره بالاستقلالية، ان الاستقلالية الكاملة هي وسيلة بديلة لبناء الاستقلال فالاستقلال يتيح الفرصة للمشاركة في اتخاذ القرار وصياغة القوانين ونتيجة لذلك يحقق اكبر قدر من الذات ولتحقيق هذه الدرجة من الاستقلالية فان القدرة علي التواصل امر ضروري حيث ان المراهقون ذوي الاعاقه السمعية سيواجهون صعوبة الجد وربما يشعرون انهم معاقون ان اعتقدوا ان الاخرين لديهم صعوبة في فهم افكارهم المطروحة لان لديهم مشاكل بالنطق كما ان شعورهم بالاستقلالية يمكن ان يتأثر بجدية واحيانا بشكل حقيقي بالصعوبات التي يواجهها المعاقون في مناقشة المهام اليومية المطلوبة منهم.

ان القدرة المطلوبة لدي هؤلاء الافراد لإظهار الاستقلالية قد يتأثر بشكل سلبي نتيجة مشاعر النقص التي تكونت لديهم نتيجة الاحباط المتواصل لذلك من المهم علي المرشد تخلص المعاقين من مشاعر النقص والاحباط وتحريرهم من الافكار السلبية التي استحوذت علي تفكيرهم خلال العديد من السنين ومحاولة التقليل من اعتمادية هؤلاء الافراد علي والديهم ومحاولة اكسابهم المهارات الضرورية لزيادة ثقة هؤلاء بأنفسهم والتي تنعكس ايجابيا علي مشاعر الاستقلالية لديهم.

4- الحاجة إلي فهم التغيرات الفسيولوجية:

لتغيرات البلوغ لدي المراهق الاثر الكبير في زيادة الوعي الذاتي والقلق المصحوب بتغيرات في المزاج. كما ان نسبة النضوج البيولوجي (المبكر او المتأخر) تؤثر علي احترام الذات والراحة الشخصية كما ان التغيرات الهرمونية لديهم تؤثر علي الانفعالات بتحريك الشعور والدوافع والحساسية بمستوي سيكولوجي غير عادي لاستكمال التطور الانفعالي الطبيعي .

ان المراهقين لديهم معوقات كثيرة في هذه المرحلة فالعثر علي شخص جذاب يستطيع ان يطور المراهق الشعور العاطفي معه يعتبر تحديا كبيرا للمراهق المعاق سمعيا ومن المهم جدا

للمرشد اعطاء الفرصة كاملة للمراهق المعاق سمعيا للتحدث عن هذه الامور ومساعدته في مواجهة العديد من التحديات. ان الشعور بنشؤ الحياة الجنسية هام في حياة المعاقين سمعيا فهم ربما لا يكونون قادرين علي تفسير ماذا حدث علي المستوي الداخلي كما ان بعض المعاقين المراهقين سمعيا يمكن ان تكون التغيرات الجسدية تحديا لهم في فترة النضوج

5- الحاجة لمواجهة المشكلات النفسية:

ان هناك ثلاثة متغيرات هامة للمشكلات الانفعالية للصمم وهي :

- 1- درجة الحامية الزائدة الابوية
- 2- التوقعات غير الواقعية
- 3- فعالية التواصل بين الطفل والاباء

6- الحاجة الي توفير الخدمات التربوية :

ان الغرض من توفير فرص التعليم المتساوي للأطفال ذوو الاعاقات السمعية يمكن تحقيقه من خلال توفير بعض اللوازم ويمكن تصنيف اللوازم الضرورية للتعليم الشامل والناجح للطلبة المعاقين سمعيا بإيجاز الي مجموعتين رئيسيتين

- 1- الشروط التي تتوافق مع احتياجات الاطفال بشكل عام مع الحد الأقصى من النمو والتطور في كل جوانب التعلم
- 2- التسهيلات والخدمات التي تتوافق مع الاحتياجات المحددة لذوي الاعاقات السمعية مع الحد الأقصى لنمو وتطور هؤلاء الافراد .

ومن أبرز متطلبات التعليم الشامل والناجح للأطفال ذوي الاعاقات السمعية ما يلي

- أ- احتياجات الاطفال التي يتم تحقيقها من خلال النظام التعليم
- ب- ب- الحاجات السمعية التي تتماشى مع الاطفال ذوي الاعاقات السمعية .
- ج- توفير الحاجات الاساسية اللازمة لتواصل الافراد المعاقين سمعيا .
- د- التزويد بالخدمات الداعمة عند الحاجة .
- هـ- اقرار الاحتياجات الأخرى.

7- الحاجة الي الاعداد المهني :

يحتاج المعاقين سمعيا الي الاعداد المهني الخاص في مرحلة المراهقة حيث انها تعتبر فترة تطور المواهب والامكانيات حيث ان جزء من أزمة الهوية للعديد من المراهقين هو عدم التأكد حول ما يتعلق بمستقبلهم واهدافهم المهنية. وعلي المؤسسات التدريبية تقع مسؤولية كبيرة حيث يتوقع منهم تقديم

التدريب والخدمات واجراء البحث للمعاقين بشكل عام والمعاقين سمعياً بشكل خاص حيث يجب علي هذه المؤسسات ان تعمل علي تطوير التوقعات الواقعية والاتجاهات الايجابية لدي المتدربين كام يتوقع من هذه المؤسسات تزويد كادرها التدريبي بالخبرات اللازمة لتدريب هؤلاء المعاقين لضمان نجاح برامج التدريب . كما يقع علي عاتق المرشد النفسي وبخاصة المرشد التأهيلي الدور في متابعة المعاق سمعياً لمتابعة مدي تكيفه المهني ومساعدته في بعض المشاكل التي تواجهه في مهنته والتي قد يكون للإعاقة السمعية احيانا دورا في حدوثها كام يجب علي المرشد مساعدته من اجل تحقيق التوافق مع زملاء العمل.

ثانيا: الإعاقة البصرية:

ويعتبر المكفوفين من أكثر فئات المعاقين حظا من حيث ما حصلوا عليه من عناية ورعاية منذ زمن بعيد، ويبدو ان ذلك قد حدث اما نتيجة للشفقة والرحمة بهم – حيث أنهم اقرب الي العاديين من الفئات الأخرى – او نتيجة لتعاليم الأديان . ويواجه أيضا الافراد المكفوفون العديد من الافكار الراسخة في عقول الناس ونظرة المجتمع للأمور غير الصحيحة والقيود، كل هذا يمنع من المشاركة الفاعلة في المجتمع .

تعريف الاعاقة البصرية :

هناك العديد من المفاهيم والتعاريف الخاصة بالكفيف، وهناك الكثير من الالفاظ والمفاهيم التي استخدمت للدلالة علي الشخص الذي فقد بصره ومنها (الأعمى، الضير، العاجز، الكفيف). وسنوضح هنا بعض من هذه التعاريف بصورة موجزة :

تعريف الكفيف طبياً : التعريف الطبي للإعاقة البصرية فهو يعتمد علي حدة البصر، والمقصود بحدة البصر هو القدرة علي التمييز بين الاشكال المختلفة علي ابعاد معينة (مثل قراءة احرف او ارقام او رموز اخري)، وعلي وجه التحديد فان حدة البصر هي مقياس لقدرة العني علي ان تعكس الضوء بحيث يصبح مركز علي الشبكية، وحدة الابصار العادية هي 20/20 او 6/6 وذلك يعني ان الفرد يستطيع قراءة الأحرف علي لوحة سنلن علي بعد 20 قدم او 6 أمتار.

فإذا كانت حدة الابصار لدي الفرد 200/20 او دون ذلك فهو مكفوف طبياً . فالمكفوف طبياً هو الشخص الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه علي 20/200 في العني الفضل حتي بعد التصحيح. او هو الشخص الذي لديه المجال البصري محدود جدا بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة . والمقصود بمجال الرؤية (او حقل الابصار) هو المساحة الكلية التي يستطيع الشخص ان يراها في وقت معني دون تحريك المقلتين.

ويقاس حقل الابصار بالدرجات فبعض الافراد يكون حقل الابصار لديهم ضيق جدا بحيث يسمي بصرهم بالبصر النفقي (Vision Tunnel) ويكون من الصعب علي هؤلاء الانتقال من مكان الي اخر وهذا ما ينطبق علي من لديه مجال بصري يقل عن 20 درجة، اما مجال البصر (vision of field) للإنسان العادي حوالي 180 درجة فاذا اصبح اقل من 20 درجة فالشخص يعتبر مكفوفاً قانونياً .

تعريف الكفيف تربوياً :

ويميز التربويون عادة بين المكفوفين والمبصرين جزئياً (ضعاف البصر). حيث يعرف المكفوف تربوياً بأنه الشخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل او الذي يستطيع إدراك الضوء فقد (يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإن عليه الاعتماد علي الحواس الاخرى للتعلم .

ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق بريل. وعلي أي حال، فالمكفوف لديه عادة شيء من القدرة البصرية او ما يسمي بالبصر الوظيفي (vision functional). اما ضعاف البصر (vision Low) فهم الاشخاص الذين يعانون من صعوبات كبيرة في الرؤية البعيدة (vision Distance) والذين لا يستطيعون رؤية الاشياء عندما تكون علي بعد امتار منهم . هؤلاء الاشخاص يعتمدون كثيراً علي الحواس الأخرى للحصول علي المعلومات حيث إنهم يرون الاشياء القريبة منهم فقط . والأفراد الذين يطلق عليهم اسم ضعاف البصر فمن الناحية القانونية هم الاشخاص الذين تتراوح حدة الرؤية لديهم 70/20 او 21/6 بالمتر الي 200/20 او 60/6 . (ومن الناحية التربوية فضعيف البصر هو الشخص الذي لا يستطيع تأدية الوظائف المختلفة دون اللجوء الي اجهزة بصرية مساعدة تعمل علي تكبير المادة التعليمية. اما محدود البصر (Limited Visually) فهم الاشخاص الذين يواجهون صعوبة في الرؤية في الظروف الاعتيادية فهؤلاء قد يواجهون صعوبات في رؤية المواد التعليمية دون اضاءة خاصة وقد يحتاجون الي استخدام عدسات خاصة او معدات ووسائل بصرية خاصة.

مشكلات المعاقين بصرياً:

المشكلات الاسرية :

وهي مشكلات مرتبطة بالفرد المعاق داخل أسرته من حيث أنه قد يشعر بالاعتمادية الزائدة علي أفراد الاسرة في التحرك والتنقل من مكان الي اخر، كما انه قد يشعر بأنه عبء ثقيل علي والديه وعلي اخواته وانه نتيجة لإعاقته قد يخلق العديد من المشكلات لهم المادية والاجتماعية وغيرها، مما يزيد من مشاعره السلبية اتجاه نفسه .

المشكلات النفسية :

حيث يشعر المعوق بصريا بالخجل والحرج والنقص حيث أن الكثير من أمراض العني وعيوب البصر تصاحبها بعض التشوهات الخلقية الواضحة في العينين مما يضطر الفرد للعزلة والحرج وتحاشي الصلات الاجتماعية مع الافراد، هذا فضلاً عن مشكلة استخدام النظارات السمكية التي قد تكون سبب للسخرية والنكات من الآخرين مام يعمق مشاعر النقص والحرج في نفسه، هذا اضافة الي الشعور بالقلق والخوف حيث المبرر لدي الافراد ضعف البصر وتحديدًا من النوع المتطور والذي يزداد بمضي الوقت فإنه من الطبيعي ان يصابوا بالخوف من تطور الحالة للعمي الكامل.

المشكلات التعليمية :

وهي مشكلات خاصة بالدمج في مدارس العاديين ومشكلة التحصيل والقراءة حيث قد يعاين الافراد ضعف البصر من مشكلات في تدين التحصيل ونقص الدافعية للتعلم نتيجة لعدم من تمكنهم من متابعة مستوى الطلبة العاديين في الصف مما يعمق الاثار النفسية السلبية لدي المعاق

المشكلات الاجتماعية :

حيث يميل المعاق بصريا الي الانطواء وعدم الاختلاط مع الآخرين وعدم الاشتراك مع الاصدقاء في الكثير من الأعمال والانشطة، وعلي الرغم من أن النظارة الطبية قد تعني الفرد علي الرؤية الا أنها تقضي حرجا شديدا وبالتالي الحذر في الحركة. وهنا يضطر الفرد ضعيف البصر الي أن يشغل نفسه بأنواع محدده من الانشطة والتي تميل به الي حياة العزلة والوحدة وعدم الاختلاط مام يجعله منسحبا ومنطويا علي نفسه.

الحاجات الخاصة للأفراد المعاقين بصريا :

ان تلبية حاجات الاطفال المعوقين بصريا لا تقتصر علي إزالة الحواجز المادية، ولكنها تشمل إزالة الحواجز النفسية أيضاً. فلا بد من تبني التوقعات الايجابية والاتجاهات البناءة حيث ان ذلك شرط اساسي لتشجيع استقلالية المعاقين بصريا وتطوير الكفاية الشخصية والمهارات التكيفية. وتلعب الاسرة دورا هاما في هذا الشأن حيث تستطيع مساعدة طفلها المعاق بصريا علي تقبل نفسه وتقبل ضعفه البصري وترسيخ القناعة لديه بأنه قادر علي أن يعيش حياة سعيدة. وتحتاج الاسرة لتقوم بهذا الدور التدريب والارشاد المنظم والهادف بحيث يتم تجنب الحماية الزائدة والقيود التي لا مبرر لها علي حركة الطفل وتنقلاته وتفاعلاته. كذلك تحتاج الاسرة الي الحصول علي المعلومات الصحيحة عن الضعف البصري أثره علي النمو. فقدان البصر قد يترتب عليه مواجهة صعوبات ومشكلات انفعالية وتربوية واجتماعية متنوعة.

وبالرغم من وجود بعض الحاجات العامة المشتركة لدى المعاقين بصريا الا أنهم لا يمثلون فئة متجانسة فهم يختلفون اختلافا كبيرا عن بعضهم البعض. وبوجه عام، ينبغي بناء علاقة ايجابية وقوية مع الطفل المعاق بصريا وأسرته، ويجب تعريف المجتمع بحاجاته وذلك من خلال استخدام الوسائل المختلفة للاتصال بالمجتمع، وتطوير استراتيجيات التكيف السليم مع فقدان البصر وما يلزمه من مشكلات .

الحاجة للأمن النفسي :

يمثل الامن العاطفي الحاجة الثابتة لدي كل الاطفال وشعور الاطفال بالأمن يعني بان هناك شعورا بأن هناك من يهتم به ويحميه .

الحاجة الي التقبل من الاخرين :

فالاستحسان والاستهجان الذي يمارسه الكبار تجاه ما يصدر من الاطفال عموما ومن ذوي الاحتياجات الخاصة بالذات يلعب دورا هاما في تقدير الطفل لذاته ولشعوره بالتقبل من الاخرين . واشباع هذه الحاجة يعمل علي تقوية علاقة الطفل بالآخرين وعدم اشباعها يؤدي الي فقدان الامن، والاستقرار النفسي والاجتماعي .

الحاجة الي التقدير من الاخرين :

وترتبط هذه الحاجة بالحاجة الي الحب والعطف، فالطفل عموما وبالذات المعاق، يحتاج الي أن يحوز علي اعجاب البالغين، والي تقديرهم وتشجيعهم له، ويحتاج كذلك لتشجيع أقرانه، ولذا يجب تشجيع الاطفال عموما والمعاق خصوصا، علي كل ما يتوصل اليه من انتاج وانجاز مهام بدا تافهاً، لحاجة هذا الطفل الفطرية للشعور بالنجاح والتقدير .

الحاجة لتكوين صداقات مع الاخرين :

وهذا يتيح له فرصة التفاعل الاجتماعي مع الاطفال ومشاركتهم في اللعب والعمل، ويحرص كل طفل بالفطرة في سلوكياته، علي ارضاء اقرانه، حتي يجلب لنفسه السرور ويجد الحب والتقدير .

الحاجة الي السلطة الضابطة :

يحتاج الطفل المعاق بالذات لسلطة ضابطة، توجهه وترشده وترسم له حدود حريته، وتكسبه المعايير السلوكية التي تساعد علي التوافق الاجتماعي. والامر صعب علي المعلمين وأولياء الامور، ويحتاج الكثير من الجهد ومن التدريب، ولكنه ضروري ويقود دائما لنتائج مرضية .

الحاجة الي الانتماء :

يحتاج الطفل المعاق مثله مثل الافراد العاديين الي الانتماء الي الاخرين وتكوين علاقات ايجابية ودافئة ومستمرة معهم .

الحاجة للنجاح :

وترتبط هذه الحاجة بالحاجة لتقدير الذات وتأكيد الذات، وهي حاجة تبدو في سروره وفخر إذا استطاع الطفل، عمل شيء يشعر ان له قيمة. فالشعور بالفشل يؤدي الي المزيد من الضرر، بينما الشعور بالنجاح يقود الي المزيد من العمل ومن النجاح .

أما علي صعيد التربوي فتتلخص أبرز الاحتياجات التربوية الخاصة بالمكفوفين بما يلي :

الحاجة الي التعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل :

فبحكم عدم قدرتهم علي رؤية الحروف، ولا يستطيع المكفوفين أو ضعاف البصر، تعلم القراءة والكتابة العادية وهذا يستدعي تعليمهم تلك المهارات بطريقة برايل . الحاجة تدريب الحواس المساعدة علي الاتصال بالعامل الخارجي :وذلك حتي يعوض الحرمان البصري، ومن اهم الحواس الأخرى التي يجب التدريب عليها حاستا السمع واللمس اذ ان الكفيف يعتمد عليها بشكل كبير الي جانب الحواس الأخرى في الاتصال بالعامل الخارجي المحيط به. ويعتقد البعض خطأ ان هاتني الحاستين تتطوران تلقائيا لدي الكفيف، وفي حقيقة الامر فان الكفيف بحاجة الي تدريب منظم لتنميتها، ففي المجال السمعي يتم تدريب الكفيف علي تمييز الاصوات ومهارات الاصغاء وكذلك الحال بالنسبة لحاسة اللمس حيث يتم تدريبه علي استكشاف الاشياء عن طريق اللمس وتنمية درجة التمييز اللمسي برؤوس أصبع اليد .

الحاجة الي التدريب علي التنقل والتوجه :

ان قدرة الكفيف علي الانتقال في البيئة، تعتبر من اهم العوامل التي تعزز استقلاليتها واعتماده علي نفسه من جهة، وتكيفه مع مجتمعه واندماجه في الانشطة المختلفة من جهة اخري . حيث ان خبرة الكفيف البصرية بالبيئة الفيزيائية محدودة جدا، فإن تنقله من مكان لآخر يتطلب منها الاعتماد علي حواسه الأخرى والتدريب علي استكشاف معامل البيئة الطبيعية حوله، وإذا مل يطور الكفيف مهاراته في الانتقال فانه يبقى قاصرا عن الخروج بمفرده ويضطر للاعتماد علي غيره في هذا المجال حيث يكون دائما بحاجة الي امن يقوده الي طريق التي يريد. وفي بعض الاحيان يلجأ المكفوفين الي العصا لتساعدهم في التنقل بدلاً من الاعتماد علي اشخاص آخرين ولكن مرة أخرى الكفيف أسري الاعتمادية، لذلك ومنذ السن الباكر يجب البدء في تدريب الطفل الكفيف علي الانتقال في البيت والحي، ومن ثم داخل المدرسة والمجتمع بشكل عام، واثناء تدريب الطفل علي الانتقال داخل البيت، لا ضير في ان يكون حافي القدمين حتي يستطيع ايضا الاعتماد علي باطن القدم في التعرف علي معامل ارضية المنزل .

الحاجة الي التدريب علي الانشطة الحياتية المختلفة :

مثل مهارات اللبس، والاهتمام بالمظهر، واعتماد الطعام وتناوله، والنظافة العامة وتناول الدواء واستخدام الهاتف الخ ان كثيرا من الانشطة السابقة نتعلمها عن طريق التقليد البصري، ولكن الكفيف بحاجة الي ان يتدرب عليها بشكل مناسب وباستخدام استراتيجيات خاصة .

الحاجة الي وسائل تعليمية خاصة وطبيعية الاعاقة البصرية :

من الطبيعي القول ان الوسائل التعليمية المستخدمة في التعليم تعتمد علي حاسة البصر ولما كان المكفوفين يعتمدون في خبراتهم الحسية علي حاستي السمع واللمس بشكل اساسي، فان الوسائل التعليمية المستخدمة في تعليمهم يجب أن تركز علي هاتني الحاستين وتقديم المدخلات والمعلومات من خلالهما. من جهة اخري يعتبر المكفوفين اكثر حاجة من أقرانهم المبصرين الي الوسائل التعليمية الحية الملموسة والمسموعة بشكل تخيلي ملموس لها. وقد أسهم التقدم العلمي والتكنولوجي في العصر الحديث بابتكار العديد من الوسائل التعليمية والادوات والاجهزة للمكفوفين.

الفصل السابع إرشاد ذوي الإعاقة العقلية

مفهوم التخلف العقلي Retardation Mental

إن تعريف التخلف العقلي أمر بالغ الصعوبة ذلك إن الأطفال الذين لديهم تخلف عقلي يظهرون أنماط سلوكية مختلفة للغاية ومستويات متباينة من التكيف. وتبعاً لذلك فقد تباينت تعريفات التخلف العقلي ولا حاجة لعرض هذه التعريفات المختلفة ولكن سأكتفي بتقديم التعريف الذي طورته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR عام 2002 وهذا التعريف هو: التخلف العقلي هو عجز يتضح بانخفاض ملحوظ في كل من الوظيفة العقلية والسلوك التكيفي ويظهر ذلك في المهارات العملية والاجتماعية والمفاهيمية، وهذا القصور يظهر قبل سن 18. ويوافق هذا التعريف وكيفية توسيع نطاق تطبيقه خمس افتراضات هي:

- 1- القصور في وظائف الشخص داخل سياق البيئات الاجتماعية المطابقة لمن هم في نفس عمره وثقافته
- 2- التقييم يجب أن يأخذ بعني الاعتبار الاختلافات الثقافية واللغوية والاجتماعية والمهارات الحسية الحركية
- 3- القصور داخل الفرد غالباً ما يصاحبه مواطن قوة
- 4- الغاية الأساسية لوصف القصور هو تطوير صوره لما يحتاجه الفرد من دعم مع وجود الدعم المناسب للشخص في فترة زمنية ثابتة فان الوظائف الحياتية للشخص الذي لديه إعاقة عقلية سوف تتحسن.

خصائص ذوي التخلف العقلي Characteristics

إن الأشخاص الذين لديهم تخلف عقلي قادر علي التعلم والنمو، علي إن نموهم وان كان يوازي نم الأشخاص العاديين إلا انه يتصف بكونه بطيئاً. واستناداً إلي هذه الحقيقة فان فلسفة رعاية هؤلاء الأشخاص قد تغيرت في العقود الماضية من الإيواء إلي تطوير البرامج التربوية والتأهيلية الفعالة، ومن الخطأ التعميم عن الخصائص النفسية والتربوية للأفراد ذوي التخلف العقلي ذلك إن هؤلاء الأفراد لا يشكلون فئة متجانسة .

النمو اللغوي :

يواجه ذوي التخلف صعوبات في التعلم اللغوي وفي تأدية المهمات المعتمدة علي التعلم اللفظي واللغوي. وتبني الدراسات إن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لديهم منها لدي الأشخاص العاديين وخاصة مشكلات التهمة ومشكلات مثل تأخر النمو اللغوي والتعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة وقد أشار هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman 1982) إلي الخصائص التالية للنمو اللغوي لذوي التخلف العقلي :

- 1- مدي انتشار وشدة المشكلات الكلامية واللغوية التي ترتبط بشدة التخلف العقلي الذي يعاني منه الفرد
- 2- المشكلات الكلامية لا تختلف باختلاف الفئات التصنيفية للتخلف العقلي .
- 3- البناءات اللغوية لدى المتخلفين عقليا تشبه البناء اللغوي لدى غير المتخلفين عقليا فهي ليست شاذة فهي سوية ولكن بدائية .

الانتباه :

يعتبر الانتباه (وهو ما يعرف علي انه القدرة علي التركيز علي شيء محدد) متطلبا مهما لتعلم التمييز. وقد أشارت نتائج الدراسات إلي أن الشخص الذي لديه إعاقة عقلية اقل قدرة علي الانتباه إلي المثيرات ذات العلاقة بالموقف من قدرة الشخص العادي وان ضعف الانتباه هذا هو الذي يكمن وراء الصعوبة في التعلم الذي يواجهها الشخص ذوي الإعاقة العقلية .

وهذا يعني ضرورة توظيف الاستراتيجيات المختلفة التي من شأنها زيادة الانتباه مثل

- 1- استخدام المثيرات ذات الإبعاد الواضحة والمميزة
- 2- استخدام أساليب مختلفة لانتباه المتعلم مثل الإيماءات اللفظية والجسدية
- 3- تنظيم البيئة علي نحو يسمح بالتركيز علي المثيرات ذات العلاقة
- 4- إزالة المثيرات المشتقة والإبقاء علي المثيرات ذات العلاقة
- 5- استخدام الوسائل السمعية البصرية المناسبة
- 6- تعزيز الانتباه بطريقة فعالة .

الذاكرة :

وجدت الدراسات أن الأشخاص المتخلفين عقليا يواجهون مشكلات علي صعيد الذاكرة قصيرة المدي memory term Short وهناك نظريتين رئيسيتين وضعت لتفسير ضعف الذاكرة عند ذوي التخلف العقلي وهما:

النظرية الأولى تدعي نظرية الحاجز المحدود (theory Buffer limited) والتي تقوم علي افتراض مفاده إن ذوي التخلف العقلي لديهم قدرة محدودة علي خزن المعلومات .

النظرية الثانية فهي نظرية عنق الزجاجة theory Bottleneck والتي تقترح إن المشكلة ليست في كمية المعلومات التي يستطيع الشخص خزنها وإنما في عدم قدرته علي استرجاع المعلومات المختلفة. إن تذكر المعلومات يتطلب اكتسابا أولا واكتسابها يتطلب الانتباه إليها، وأوضحت الدراسات إن ذوي التخلف العقلي يعانون من مشكلات في الانتباه للمثيرات ذات العلاقة (الانتباه الانتقائي) كما إن انتباههم يتشتت بسهولة وإنهم لا يستطيعون الانتباه لفترة طويلة، ويواجهون صعوبة في نقل اثر التعلم من موقف لآخر. فقدرتهم علي التعميم محدودة. وتشير الدراسات أيضا إلي إن قدرة ذوي التخلف العقلي

علي تعلم المفاهيم المجردة ادني من قدرتهم علي تعلم المهارات الملموسة وان قدرتهم علي الإفادة من الخبرة محدودة نسبيا .

التحصيل الأكاديمي:

إن الأفراد ذوي التخلف العقلي لا يستطيعون التقدم في العملية التعليمية الأكاديمية كغيرهم من الأفراد فهم لا ينجحون في المجالات الأكاديمية كغيرهم، ولا غرابة بذلك فثمة علاقة قوية بين التحصيل الأكاديمي والذكاء فهم يعانون من مشكلات بالقراءة وخاصة الاستيعاب القرائي .

النمو الاجتماعي الانفعالي :

إن الضعف العقلي يجعل ذوي التخلف العقلي عرضة لمشكلات اجتماعية وانفعالية مختلفة، وكما أشرت سابقا إن العجز في السلوك التكيفي يعتبر من احد الخصائص المهمة للتخلف العقلي، ولا يعود ذلك إلي الضعف العقلي فقط لكنه يعود أيضا إلي اتجاهات الآخرين نحو ذوي التخلف العقلي وطرق معاملتهم لهم وتوقعاتهم منهم، وهذا يؤدي إلي تدني مفهوم الذات لدي الأشخاص ذوي التخلف العقلي، كذلك انخفاض مفهوم الذات يرتبط بخبرات الفشل والإخفاق الذين يواجهونها كذلك فأنهم يظهرون أنماطا سلوكية اجتماعية غير مناسبة ويواجهون صعوبات بالغة في بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين.

النمو الجسدي :

إن الأشخاص ذوي التخلف العقلي اقل كفاية من الأشخاص الآخرين فيما يتعلق بالحركات وردود الفعل الدقيقة والمهارات الحركية المعقدة والتوازن الحركي. كما يواجهون صعوبات في تعلم المهارات اليدوية وتشير الدراسات إلي أن :

- 1- هناك علاقة قوية بين العمر الحركي والأداء الزمني فمع تقدم العمر يصبح الفرد أكثر مهارة حركيا.
- 2- علاقة قوية بين شدة التخلف العقلي والضعف الحركي .
- 3- إن تسلسل النمو الحركي لدي المتخلفين عقليا يشبه التسلسل النمائي لدي غيرهم إلا انه أبطأ عند ذوي التخلف العقلي فهم يتأخرون بالمشي ويكونون أقصر قليلا وأكثر عرضة للمشكلات والأمراض الجسمية. وتشير الدراسات إلي أن المشكلات الطبية الأكثر شيوعا لدي الأطفال الأصغر سنا منها لدي الأطفال الأكبر سنا ولدي الذكور أكثر منها لدي الإناث. ومن المشكلات الرئيسية التي يعاني منها الأفراد ذوي التخلف العقلي المشكلات المتصلة بالمجاري البولية وخاصة منها السلس البولي وخاصة ذوي التخلف العقلي الشديد لديهم صعوبة كبيرة بحركة اللسان ويظهرون أنماطا تنفسية شاذة مما يجعلهم عرضة لالتهاب مجري التنفس، ويعاني نسبة كبيرة منهم من الاضطرابات

العصبية وخاصة الصرع، وكما أنهم أكثر عرضة من غيرهم لأمراض الإذن، كما أنهم يعانون من مشكلات بصرية وفميه وسنيه وجلدية وبولية وعصبية.

إرشاد ذوي التخلف العقلي :

تهتم البرامج الخاصة بالمعوقين عقليا بالمجالات والمهارات المختلفة وذلك لمساعدته للوصول الي اقصي درجة ممكنة من الاستقلالية حسب شدة الاعاقة والتي تمكنه من العناية بالذات واكتساب مهارات متنوعة والتواصل مع الاخرين وتنشيط الحواس وكذلك العمل علي تدعيم اشكال السلوك الإيجابي لديه.

اهداف البرامج التربوية والتأهيلية :

ان اهداف البرنامج التربوي التأهيلي للأطفال المعاقين عقليا هي اهداف تربية وتأهيل غيرهم من الاطفال العاديين فلا بد من ان يتعلم هؤلاء المبادئ الاساسية للمعرفة واساليب التوافق مع أنفسهم والعمل علي الوفاء بالمطالب التي تطلبها المجتمع الذين يعيشون فيه الا انه يجب تعديل البرامج الدراسية والانشطة كلمها دعت الحاجة لذلك لتتلاءم مع صحتهم واحتياجاتهم .

فالهدف الرئيسي في هذه البرامج هو مساعدة المتخلفين عقليا في حدود ما لديهم من قدرات وامكانياتهم وفي ضوء خصائصهم واحتياجاتهم يصبح المواطنين صالحين ومنتجين معتمدين علي أنفسهم فيتحولون بذلك الي فئة منتجة بدلا من ان تكون عالة علي أسرهم ومجتمعاتهم . فان أي برنامج لتربية وتأهيل المعوقين عقليا يجب ان يوجه نحو تحقيق الاهداف التالية- 1: التوافق الشخصي- 2. التوافق الاجتماعي . - 3التوافق المهني .

وهذه الاهداف الثلاثة لا يمكن تحقيقها بطريقة مستقلة، بخبرات مباشرة ومخصصة يعمل كل منها علي تحقيق هدف واحد معني ولكن البرنامج بأكمله وبكل ما يتضمنه من خبرات يعمل علي تحقيق هذه الاهداف مجتمعة فهي جميعا خبرات تكون المحور المتماusk للبرنامج بأثره فالمهارات الأكاديمية مثلا لا يمكن ان تعتبر هدفا في حد ذاته ولكنها تعتبر ادوات تمكن الطفل من الوصول لتحقيق الاهداف بأكثر سهولة ونجاح للبرنامج .

اولا: مجال النمو والتوافق الشخصي :

يعني النمو والتوافق الشخصي كل ما يعزز شعور الطفل بقيمته الذاتية واستقلاله ووجوده الشخصي ويمكنه من التوجه الذاتي والاعتماد علي نفسه بقدر استطاعته وذلك عن طريق

- 1- تعلم وممارسة المهارات الاستقلالية الاساسية اللازمة للعناية بالذات والاعتماد علي النفس وقضاء الحاجة والنظافة الشخصية واتقاء الاخطاء وتجنب الحوادث
- 2- لاكتساب المهارات الحركية ومساعدة الطفل علي التحكم والتآزر الحسي والتحرك وتحسن قدرته علي الانتباه والتركيز والتمييز الحسي
- 3- اكتساب وممارسة بعض مهارات النمو اللغوي ومساعدته علي إدراك المعاني والمفاهيم اللغوية
- 4- تنمية المهارات اللغوية لدي الطفل وقدرته علي التطبيق وتشجيعه علي التواصل اللفظي والتفاعل مع الاخرين
- 5- اكتساب المهارات الاساسية اللازمة لممارسة الحياه اليومية كأدراك الوقت والزمن ومهارات التنقل واستخدام المواصلات والتعامل بالنقود والارقام والاتصال بالآخرين واستخدام مسميات الاشياء والتمييز بينها
- 6- تعلم العادات الصحية السليمة وممارستها لتمكينه من الحفاظ علي صحته
- 7- تدعيم الصحة النفسية للطفل ومساعدته علي الضبط الانفعالي وتقبل ذاته والثقة بالنفس واطهار الانفعالات المناسبة
- 8- تنمية قدرته البصرية والسمعية والحركية والعضلية واكسابه بعض المهارات اللازمة لشغل وقت الفراغ

ثانيا: مجال النمو والتوافق الاجتماعي :

- هذا المجال يعني تأهيل المتخلف عقليا للحياة الاجتماعية وممارسة الدور الاجتماعي وذلك عن طريق :
- 1- تنمية مهاراته الاجتماعية ومقومات السلوك الاجتماعي كاحترام العادات والتقاليد وآداب الحديث والسلوك والتعاون ومراعاة مشاعر الاخرين والحفاظ علي ملكية الاخرين والملكية العامة والتحمل بالمسؤولية ازاء تصرفاته وأفعاله.
 - 2- توسيع نطاق خبراته الاجتماعية وتشجيعه علي تكوين علاقات اجتماعية طيبة ومثمرة مع الاخرين وذلك لتهيئة المواقف الاجتماعية المناسبة والمتكررة للاندماج مع الاخرين ومشاركته الانشطة المختلفة والتفاعل الإيجابي معهم
 - 3- تشجيع الطفل علي التكيف مع مختلف المواقف والظروف التي يواجهها وحسن التصرف فيها.
 - 4- علاج الاضطرابات السلوكية ومظاهر السلوك المضاد للمجتمع لدي الاطفال ذوي التخلف العقلي كالعدوانية والميل الي اذياء الاخرين والانسحاب والعادات غير المقبولة
 - 5- تنمية مهارات السلوك الاجتماعي كتقبل الاخرين والتعاون والمساعدة وتبادل الاخذ والعطاء والمشاركة الاجتماعية.

ثالثاً: التوافق المهني :

- بعد تأهيل ذوي التخلف العقلي للحياة العملية ومساعدتهم علي تحقيق استقلاليتهم واكتفائهم الذاتي من الناحية الاقتصادية بشكل جزئي او كلي وطبقا لما تسمح به استعدادهم
- 1- الكشف عن استعداداتهم المهنية وتعريفهم بأسماء المهن والوظائف والادوات المستخدمة في كل منها
 - 2- التدريب علي عمل ما او مهنة مناسبة تتفق مع ميولهم وقدراتهم وتنمية مهارات الاداء اللازم لها .
 - 3- اكسابهم العادات والاتجاهات السلوك المهنية الملائمة لها والسلوك المهني المقبول والمهارات والحفاظ علي المهنة.
 - 4- السعي لدي الجهات المختصة والعمل علي توفير فرص العمل والتشغيل .

العلاج النفسي :

يصنف التخلف العقلي الي تخلف عقلي مستمر وآخر غير مستمر ويعاني الصنف الأخير من اضطرابات نفسية واهتزازات في الشخصية وضعف في القدرة علي تكوين علاقات شخصية واجتماعية مثل هذه الحالات بحاجة الي علاج نفسي لمساعدتهم علي ان يعيشوا في سلام مع أنفسهم والآخرين وان يتغلبوا علي معوقات سلوكهم وثقيفهم .

ويقوم العلاج النفسي في مجال التخلف العقلي علي اساس تكوين علاقات طيبة مع العميل عادة الروابط بينه وبين المجتمع ومنحه العطف والحنان وازالة مخاوفه التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها ومساعدته علي التكيف الاجتماعي مع الاسرة في المجتمع .

لذلك كان من اهم اهداف العلاج النفسي تدريب العميل في حل مشكلاته وتصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وإدراكه لإمكاناته المحدودة وتبصيره بها وكيف يشغلها ويستفيد منها .

خطوات العلاج النفسي :

- يبدأ العلاج النفسي بأهداف بسيطة تزداد بالصعوبة التدريجية بحسب امكانية العميل ومستواه الذهني والشخصي بعدة خطوات اخري مترابطة هي
- 1- يبدأ المعالج في المرحلة الاولى بإزالة مخاوف العميل نحو أسرته والمجتمع وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع والناس لان كثير من الاطفال المتخلفين عقليا يلقون الاستهجان والقسوة في المعاملة ولا يجدون الاصدقاء الذين يرتبطون بهم فيعيشون في مخاوف وعدم الثقة في أنفسهم وفي الناس

- 2- في الخطوة الثانية يعمل علي تخليصه من نزعاته العدوانية اتجاه الناس لان المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسيا في معاملته لنفسه والاطفال الاخرين
- 3- زيادة ثقة الطفل بنفسه والناس وتبصريه بإمكانياته وقدراته الشخصية وكيف يستغلها ويستفيد منها الي اقصي درجة ويقوم التبصير الذاتي علي اساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل وتجنبه مواقف الاحباط والفشل فيبدأ الأخصائي معه من العمليات التي لا يستطيع القيام بها بسهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه حتي تزداد ثقته في امكان قيامه بعمل يرضي عنه الاخرين
- 4- مساعدة الطفل علي ان يتقبل حالته الذهنية من غير ان يشعر بالإحباط وان يتقبل دوره في الحياة في حدود امكانياته المحدودة وان يتدرب علي مواجهة مواقف الفشل من غير ان يتسبب له شعور بالإحباط
- 5- تصحيح مفاهيمه في الاسرة والمجتمع ومساعدته في تكوين علاقات طيبة مع الجميع واعادة روابطة الاسرية فيعمل الأخصائي علي جعل الطفل يشعر بالحب نحو والديه واخوته وزملائه
- 6- شعوره بأهميته في الحياة وبقيمته الاجتماعية في البناء الاجتماعي بان المجتمع بحاجة اليه شأنه شأن غيره من الاطفال فيدربه الأخصائي علي تحمل المسؤولية في الحياه ويبدأ معه بتحمل مسؤولية العمل البسيط الذي يستطيع القيام به ويغرس به الشعور بالمسؤولية اتجاه تصرفاته وسلوكياته .
- 7- تدريبه علي الضبط الوجداني وكيف يتحكم في نزواته، ويواجه غرائزه الطارئة ويدربه علي تأجيل رغباته
- 8- مساعدته علي وضع تخطيط عام لسلوكه ونشاطه يتفق مع قدراته واستعداداته الذهنية والشخصية والاجتماعية

يستخدم العلاج النفسي بجميع مستوياته وفروعه مع المتخلفين مثل العلاج المباشر وغير المباشر والعلاج الفردي والجمعي باللعب والعمل الي آخره. ولا يهدف العلاج الي الشفاء التام بل الي مساعدة الطفل علي تكوين نمط جديد للسلوك المقبول للمجتمع والتخلص من الاضطرابات النفسية وتشير دراسات كثيرة الي تحسن المتخلفين عقليا في النواحي الذهنية والشخصية والاجتماعية في العلاج النفسي ففي دراسة ماندي Mandy ادي العلاج باللعب الي تحسن الاطفال المتخلفين عقليا من المرتبة الوسطي في النواحي الذهنية والاجتماعية والشخصية بعد مدة من العلاج دامت حوالي من 9-13 شهر .

ومها يكن من شيء فان العلاج النفسي مشكوكا به كوسيلة للتخلف العقلي لان العلاج مبتغاه الدقيق يقوم علي رمزية السلوك والتعبير اللغوي، والمتخلف عقليا يعاني من ضعف الحصيلة اللغوية والقدرة علي التعبير كما ان العلاج النفسي ضروري للأطفال الذين يعانون من الاضطراب النفسي ونسبة هؤلاء

قليلة جدا بين المتخلفين عقليا .ولا يخفي عن اذهاننا جميعا ان مشكلات المتخلفين عقليا مشكلات سطحية وبسيطة ليست بحاجة الي العلاج النفسي المتعمق ويكتفي فيها بالإرشاد والتوجيه النفسي الذي يؤدي الي تعديل النمط السلوكي وعلاج المشكلات اليومية الشائعة .

تعديل السلوك والتخلف العقلي :

يعتبر تعديل السلوك موضوعا مهما جدا في مجال الاعاقة العقلية فهو محاولة يقوم بها المعلمون والمرشدون بهدف تغير السلوك الظاهر الذي يصدر عن المعوق في المواقف المختلفة وذلك بإعطائهم الوسائل التي تمكنهم من التحكم بهذا السلوك بطريقة منهجية وعن طريق استخدام جمع الاساليب والطرق الممكنة استخداما بالتأثير علي السلوك الإنساني وتحويله الي ما هو افضل لدي الاهل والمجتمع الذي يعيش فيه الفرد باكتساب المهارات اللازمة للسلوك الإنساني وتحويله الي ما هو افضل لدي الاهل والمجتمع الذي يعيش فيه والاكتساب المعاق المهارات اللازمة للسلوك التكيفي وذلك حتي يستطيع التكيف مع المجتمع والاهل بشكل إيجابي ومعالجة السلوكيات غير المناسبة باستخدام اسلوب تعديل السلوك حيث انه ضرب من ضروب العلاج النفسي في نظر النظرية السلوكية ، فمعظم السلوك الانساني المكتسب تنطبق عله مبادئ تغيير السلوك علي جميع انواع السلوك العادي وغير العادي ولا تختلف مبادئ تعديل السلوك الإنساني عندما يتطور البرنامج وقد تنجز برامج التدريب من اجل احتياجات ولزيادة التفاعل الاكاديمي ومهارات الحياة اليومية

وفي بعض برامج التأهيل يكون برنامج تعديل السلوك برنامجا اساسيا حيث تستخدم قواعد تعديل السلوك مثل التعزيز والانطفاء، والتعميم، والتمييز والتشكيل، واستخدام النماذج السلوكية وغيرها لتعديل سلوك الافراد خاصة فيما يتعلق منها بأنشطة الحياة الاجتماعية والرعاية الشخصية حيث ان تحليل السلوك يوفر تكنولوجيا لتغيير السلوك بالنسبة للفرد والاهل وتحليل السلوك ويؤكد علي التوجه الفردي في التعلم والتعليم .

وتشير الدراسات الي ان استخدام اساليب التهديد اليومي والعقاب والاهانة من الوالدين يؤدي الي شعور الطفل بالدونية وعدم الكفاءة والرضا عن الذات اما الذين يشعرون بتعزيز الوالدين يزدادون ثقة في امكاناتهم وكفاءاتهم ويتدعم لديهم مفهوم الذات. ويتضمن تدريب الامهات مع الاطفال المعوقين عقليا تدعيما ماديا وتعليميا لفظيا وتدريبيا علي التحكم والانتباه باستخدام المثيرات المصورة وقد لاحظ عدد من الأخصائيين فائدة تعديل السلوك مع المعوقين عقليا مع التأكد علي تحليل المهمة فالأمر يتطلب تدريب الوالدين ليكونوا شبه أخصائيين في تعديل السلوك وذلك بوضع برنامج خاص ومناسب لمهام مثل استخدام الشوكة والهاتف وربط الحذاء وقول مرحبا يحب استخدام برامج وتقنيات تعديل السلوك

حيث تستخدم هذه البرامج بشكل واسع في الرعاية والنظافة الشخصية ومهارات الاعتماد علي الذات كاستخدام الحمام وتناول الطعام وارتداء .

وتعد المهارات المنزلية من أهم الأعمال التي يفضل تدريب ذوي الإعاقة العقلية عليها وذلك لمساعدتهم الاعتماد علي أنفسهم في القيام باحتياجاتهم اليومية بالمنزل وهذا يجعل الفرد اقل عبئا علي الآخرين ولكي يتعلم المعوق عقليا تنفيذ التابع التعليمي في مهام مثل استخدام الشوكة، والهاتف، وربط الحذاء، وقول مرحبا يجب استخدام برامج وتقنيات تعديل السلوك، حيث تستخدم هذه البرامج بشكل واسع في رعاية والنظافة الشخصية ومهارات الاعتماد علي الذات، كاستخدام الحمام، وتناول الطعام وارتداء الملابس .

اما استراتيجيات تعديل السلوك: فهي مجموعة من الاجراءات والتقنيات السلوكية القائمة علي اساس السلوكي في العلاج ومن الامثلة عليها النمذجة: وتعني اتاحة نموذج سلوكي مباشر (شخص) للمتدرب، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمتدرب بقصد احداث تغيير في سلوكه واكسابه سلوكا جديدا، ويستخدم اسلوب النمذجة في التدريب علي المهارات الاستقلالية مثل: ارتداء الملابس وتنظيف الاسنان، والضبط الذاتي . ويلعب النموذج الحي دورا مع كل المعوقين عقليا، حيث يحب الطفل عادة ويجد متعه فيه، فعن طريق التقليد يتعلم الطفل، فالمعوق عقليا يحتاج للتقليد أكثر من غيره من الاطفال، علي من يعمل معه ان يقوم امامه بالسلوك المطلوب بشكل واضح وببطء وعدد من المرات حتي يستطيع الطفل تقليده واعادته . انواع النمذجة النمذجة المباشرة او الصريحة، النمذجة الضمنية، النمذجة بالمشاركة .

التعزيز Reinforcement يعمل علي زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه، وقد يكون التعزيز ايجابيا او سلبيا ويعتبر التعزيز الإيجابي بأسلوب أكثر فعالية مع المعوقين عقليا من المعززات المستخدمة استخدام الاطعمة والحلوى والاستحسان الاجتماعي مثل المديح واللمسات الدالة علي الرضي والرتب علي الكتف او العناق والابتسام او فيش التعزيز والاشتراك في الانشطة .

تشكيل السلوك التقريب المتتابع Shaping هو التدعيم وتعزيز السلوك الذي يقترب تدريجيا في السلوك المرغوب او يقاربه من خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخري . وهو الاسلوب المتبع بإيجاد سلوكيات جديده كليا لدي الطفل أي عندما لا يكون لدي الطفل المعوق السلوك المرغوب فيه وانما يصل اليه بالتدريب.

التسلسل: chaining Response

هو القيام بتعليم المعوق عقليا سلوكا محددا وذلك من خلال دمج هذا السلوك مع سلسلة من الاستجابات التي ترتبط مع بعضها البعض ارتباطا وظيفيا يستخدم في تعليم الاطفال المعوقين عقليا للمهارات المتعلقة بالحياة اليومية مثل قضاء حاجة والنظافة الشخصية وتناول الطعام واستخدام النقود ويعتمد التدريب علي هذه الانشطة علي تجزئة النشاط او السلوك الي مجموعة من الاجزاء الصغيرة تعرف بالواجبات او المهام ثم التدريب علي كل مهمة علي حده .

مثال: مهارة الاكل بالمعلقة: الهدف العام: ان يأكل الطفل الطعام بالمعلقة بشكل صحيح وحده عندما يطلب منه ذلك بنسبة نجاح 90 % . تحليل الهدف- 1 : ان يحضر الطفل المعلقة والصحن وحده- 2 . ان يحضر الطفل الفوطة وحده- 3 . ان يجلس علي الكرسي بشكل مناسب- 4 . ان يضع الفوطة علي رقبته وحده- 5 . ان يمسك الطفل المعلقة بيده اليمني وحده- 6 . ان يضع الطفل في صحن الطعام وحده- 7 . ان يغرف مقدار من الطعام بالمعلقة وحده- 8 . ان يرفع المعلقة للأعلى في فمه وحده- 9 . ان يطبق الطفل فمه عند دخول الاكل وحده- 10 . ان يسحب المعلقة فارغ الي الخارج وحده- 11 . ان يكرر الطفل الخطوات السابقة حتي يشبع وحده .

الحث والتلقين: prompting الحث هو مؤثر اضافي يتم تقديمه بهدف حث الطالب علي اداء سلوك محدد والتلقين هو نوع من المساعدة المؤقتة تستخدم لمساعدة الطفل علي اكمال العمل بالطريقة المنشودة وعندما يعجز الطفل عن اداء عملية ما، وكلما تعلم الطفل اداء العملية التي يتعلمها يتم التخفيف من التلقين بالتدريج حتي يتوقف تماما. **الافخاء: Fading** هو القيام بالتغيير التدريجي للمثيرات التي تعمل علي ضبط الاستجابات التي تصدر عن الطفل او المعوق وتؤدي الي حلول مثيرات جديدة مكانها وذلك حتي يكون بالإمكان والمحافظة علي استمرارية حدوث الاستجابات في اوضاع جيدة .

العقاب: Punishment يختلف العقاب علي التعزيز في انه يقلل من تكرار السلوك اما استخدام عواقب للسلوك غير محببة او بسحب التعزيز الإيجابي فهو تقديم مثير غير مرغوب فيه او السحب لمثير مرغوب فيه وذلك من اجل تعديل سلوك الفرد او حذفه ويعمل العقاب علي كبت سلوك المعاقب الا انه ممكن ان يعود اقوي مما كان عليه في حال وجود القوة المعاقب .

الانطفاء: Extinction ويقصد به عدم تقديم التعزيز عقب حدوث استجابة لإزالة التعزيز الإيجابي من موقف كان مثابا من قبل تتلاشي العلاقة التي كانت موجودة سابقا بين السلوك وعواقب هذا السلوك ويشمل الانطفاء علي وقف الانتباه عند حدوث الاستجابات غير المناسبة. فالانطفاء يشير الي التوقف عن تقديم التعزيز للاستجابات عززت في السابق وهو وسيلة فعالة في تقليل السلوك غير المرغوب فيه او حذفه فيبدأ السلوك نتيجة هذا التجاهل بالانحدار تدريجيا حتي يطفئ السلوك تماما.

الفصل الثامن إرشاد ذوي التوحد

اضطراب التوحد (الأوتيزم):

منذ أن قام كانر بتعريف التوحد للمرة الأولى عام 1943 اختلف العلماء حول تسمية الاضطراب وتعريفه ، فعلي سبيل المثال أطلق علي التوحد اسم فصام الطفولة ، اضطراب عقلي، وذهان الطفولة ، ويرى بعض النقاد أن تسمية الاضطراب هي أقل أهمية بكثير مما سيفعله المختصون لعلاج المصابين بالاضطراب ، ولكننا نخالف هذا الرأي ، حيث نرى أن تسمية الاضطراب هي ما يملي علي المختصين ما سوف يفعلونه بالنسبة للاضطراب .

وعرف مجتمع التوحد الأمريكي التوحد بأنه "إعاقة نمائية تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، وينتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر علي وظائف المخ ، وينتشر هذا الاضطراب بنسبة 1 من بين 55 شخص ، وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 4:1 ، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأي عوامل عرقية أو اجتماعية " .

وقد وصف التوحد في البداية بواسطة أخصائي نفسي أمريكي " ليو كانر " Leo Kanner عام 1943 ، حيث نشر سلسلة مقالات وصف فيها 11 طفلاً بهم عدد من السلوكيات المميزة، لكن كلهم أظهروا نقصاً واضحاً في الاهتمام بما يجري حولهم، ولقد بدأ كانر مقالته والتي هي بعنوان اضطرابات التوحد للاتصال الوجداني Autistic Disturbances of Affective Contact بوصف مجموعة من الأطفال تختلف حالتهم بوضوح وتفرد عن أي شيء ذكر من قبل ، كل حالة تستحق أن تأخذ اعتباراً تفصيلياً لتمييزها ، وتعتبر هذه المقالة مرجعاً لأغلب السمات الهامة للتوحد الكلاسيكي، هذه السمات هي العزلة التوحدية ، الرغبة في التشابه ، والقدرات الفائقة.

وعلي أساس دراسات الحالة التي قام بها كانر تم التعرف علي كثير من سمات الطفل التوحدي ، حيث لاحظ عدم القدرة علي الارتباط بالناس من بداية الحياة ، ولقد وصف الوالدان أطفالهم لكانر علي أنهم ذوي اكتفاء ذاتي، وأنهم " سعداء " عندما يتركون وحدهم ، مثل الذي في قوقعة ، ولقد أشار كانر لهذه الوحدة المفرطة بأنها التوحد ، والانغلاق علي الذات أو النشاط العقلي للفرد ، كما أشار لعدة سمات أخرى منها أن هؤلاء الأطفال غالباً ما يظهرون نمطاً غير مألوف من الكلام ، أو يتأخرون أو لا يتكلمون مطلقاً ، ويحافظون علي الرتابة في بيئتهم ويشعرون بالضيق عند تغييرها ، كما لاحظ انجذاب هؤلاء الأطفال بقوة للأشياء غير الحية والتصرفات المتكررة repetitious action .

معدل الانتشار:

هناك اختلاف حول معدلات انتشار التوحد ، حيث إن اضطراب التوحد يحدث بنسبة 10 إلي 15 طفل من كل 10 آلاف طفل ، وفي دولة بحجم الولايات المتحدة يقدر بحوالي 450 ألف طفل وبالغ يعاني من اضطرابات التوحدية، أما الطبعة الرابعة DSM-IV فتعدل نسبة الانتشار حيث تذكر أن النسبة من

5-2 حالات من بين كل 10000 حالة ، كما أن الطبعة أسقطت الإشارة إلي شيوخ الاضطراب بين أفراد الطبقة العليا.

أما فيما يتعلق بالفروق الجنسية بين الذكور والإناث بالنسبة لهذا الاضطراب ، فتشير الدراسات إلي انتشار هذا الاضطراب في الذكور عنه في الإناث ، فالتوحد يوجد بنسبة من 3:5 لدي الأولاد مقارنة بالبنات ، ولكن البنات المصابات بالتوحدية يملن إلي التأثر بصورة أكثر خطورة ، ومن المحتمل جداً أن يكون هناك تاريخاً أسرياً للإعاقة المعرفية بخلاف ما يظهره الأولاد .

أما بالنسبة لانتشار الاضطراب بين الطبقات الاجتماعية المختلفة ، فالجدير بالذكر أنه كان يعتقد فيما مضى أن الاضطراب التوحدي يصيب أبناء الطبقات العليا، فقد كان الأحد عشر طفلاً التوحديين الذين وصفهم كانر ينتمون إلي عائلات متعلمة وذكية حققت إنجازات هامة ، وقد وردت أسماء أفراد من ثمان عائلات في قوائم المشهورين والعلماء ، ولا زالت دراسات أخرى تقرر ارتفاع نسبة تمثيل الطبقات الأعلى بين التوحديين ، رغم أن بعض التقارير الحديثة لم تستطع أن تؤكد ذلك، بينما كشفت دراسات أخرى بعد عام 1970 عدم صدق هذه النتائج ، وأن سبب الاعتقاد السابق هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله لدي أبناء الطبقات الفقيرة خلال هذه الفترة الزمنية، كما قرر مجتمع التوحد الأمريكي (2000) Autism Society of American أن التوحد لا يعرف أية حدود عرقية أو اجتماعية ، ولا يؤثر دخل الأسرة أو نمط حياتها أو مستوي تعليمها علي فرص حدوث التوحد.

الاضطرابات السلوكية لدي ذوي الاضطرابات النمائية:

1) السلوك النمطي التكراري Repetitive Stereotyped Behavior

ويقصد بها حركات الجسم التكرارية المرتبطة عادة بالأشخاص المصابين بالتوحد، وتظهر في الررفة باليدين، النقر بالإصبع، أو وضع اليد في أوضاع غريبة، هز الجسم أو الدوران به، وبالنسبة لبعض الأفراد فإن هذه الحركات التكرارية تحدث بين وقت وآخر أثناء الضغط والاسترخاء أو عندما يكون الفرد لا يقوم بنشاط متعلق بإنجاز مهمة ما، بالنسبة للبعض الآخر فإن هذا السلوك دائم تقريباً ويقل تكراره فقط أثناء النوم، ويعتقد أن السبب في ذلك أن الطفل التوحدي لا يتلقي تحفيزاً مناسباً من البيئة المحيطة به، ولذا فإنه يستخدم تلك السلوكيات لزيادة مستوي التحفيز أو الاستثارة.

إذن فالسلوك النمطي المتكرر منتشر بين الأطفال التوحديين، إلا أنه يختلف في نوعيته ودرجته باختلاف المستوي الوظيفي للطفل ودرجة ذكائه ، وأيضاً يختلف مع تقدم العمر، فالتوحديين كلما تطور نموهم فإن السلوكيات النمطية البسيطة تميل لأن تقل وتستبدل بسلوكيات متكررة أكثر تعقيداً، وقد يندمجون في جمع أنواع معينة (مثل قطع المكعبات، علب الكبريت، علب الصفيح، عظام الحيوانات)،

وقد يندمجون في تنظيم الموضوعات في شكل خطوط ويصرون علي روتين خاص مثل تتبع نفس الطريق تماماً عند الذهاب للمدرسة أو المحلات يومياً.

وربما يبدي بعض الأطفال التوحدين رغبة قوية في الاتصال ببعض الأشياء التافهة مثل إطارات سيارة لعبة مكسور، أو بطارية قديمة ، أو قطعة قماش أو خيط الخ، وذلك بطريقة سلبية عديمة الفائدة ، وقد يستغرق بعض هؤلاء الأطفال في تكرار فعل معين بصورة لا تنتهي مثل تحريك مفتاح الإضاءة لأعلي وأسفل ، أو إدارة شريط تسجيل فارغ لفترات طويلة، أو القبض علي قطعة من الخشب لفترات طويلة، أو التحديق في المروحة وهي تدور بصورة مستمرة، وهذه السلوكيات النمطية هي نوع من الاستثارة الذاتية التي تحدث بهدف الحصول علي المدخلات الحسية ، والتكرار العالي لها هو ما يجعل التوحدين بمعزل عن الآخرين، إلا أنها تحظي بأولوية وتفضيل كبير لديهم، ففي حالة توافر الفرصة سوف يقوم الطفل التوحدي بالاستثارة الذاتية لفترة طويلة جداً من الوقت، وسيصبح في غاية الانزعاج والضيق إذا تمت مقاطعته.

ولقد أثبت التعامل مع الأطفال أن المحاولات المباشرة لمنع التوحدين من الإتيان بالسلوكيات الوسواسية أو الأنانية يؤدي نتائج عكسية، إذ أن الأفراد الذين يحرمون من الفرصة ليشاركوا في الأنشطة القليلة التي قد تمنح بعض المرح أو التخلص من التوتر العصبي، وبالتالي يزداد اضطراب وإثارة أو هياج الأفراد حتي لو كانت المحاولات لوقف أحد أشكال السلوك الأناني تثبت نجاح ظاهري ، فإن الأطفال قد يلجئون لتطوير سلوكيات وسواسية جديدة والتي قد تكون أكثر تدميراً من السلوكيات الأصلية.

(2) مقاومة التغيير:

قد يصبر بعض الأطفال علي أن يكون المنزل مرتباً بطريقة محددة ولا يمكن أن يسمح بأي تعديل ولو كان بسيطاً للغاية، فعلي سبيل المثال قام أحد الأطفال بجعل جميع الأثاث مرتكزاً علي منضدة في المطبخ، وإذا ما تم تحريك أي شيء من مكانه عندما يكون بالخارج فإنه يبدأ في الصراخ ويدخل في نوبة غضب ولا يتوقف عن الصراخ حتي يعود كل شيء لوضعه السابق، طفل آخر يصبر علي وضع كل شيء مقلوباً رأساً علي عقب ويقوم بنقل كافة الأشياء التي يستطيع الوصول إليها إلي هذا الوضع عندما يكون والديه نائمين، وكل شيء قابل للكسر يجب أن يُزال وإلا سيدمر، وطفل آخر يلتهم طعامه ولا يسمح لأي شخص بأن يأكل إلا بعد أن ينتهي من طعامه، كما كان علي أحد العائلات أن تعيش في ظلام دائم حيث يُصر طفلهم علي إغلاق كافة الستائر والنوافذ وحجب الضوء عن المنزل .

ويظهر الأطفال التوحيديون هذه العادة بشكل مبالغ فيه، فبعض هؤلاء الأطفال يعتبرهم نوبات غضب شديدة لو أن الأثاث في المنزل تحرك، وآخرون يصرون علي أن يسيروا إلي المدرسة بنفس الطريق كل يوم، ولقد وجد الآباء أن ما يبدأ علي أنه لا ضرر منه يصبح ثابتاً جداً مما يتعارض بشكل خطير مع الحياة اليومية، ونظراً لأن الأطفال التوحيديين لديهم تركيز محدود جداً علي النشاطات فهم يميلون لإظهار رفض ومقاومة شديدة جداً للتغيير في البيئة، الطعام وترتيب الغرفة، الطرق والمسارات المعتادة، وكل النظم الروتينية الأخرى التي تم وضعها والاعتياد عليها افتراضياً، والسبب في هذه الظاهرة يرجع إلي سمات المعالجة الإدراكية المعرفية لدي هؤلاء الأطفال، فإذا كان هناك حافز خارجي (قانون مثلاً) من الصعب استيعابه، وحيث إنهم يعتمدون بشكل أساسي علي ذاكرة صماء للفهم، فإن التغيير سوف يؤدي إلي الاضطراب وفي بعض الحالات للشعور بالخوف، فإذا كان لابد من حدوث تغيير فإنه يمكن تخفيف الرفض من خلال الإعداد الإدراكي المسبق.

(3) سلوك إيذاء الذات Self-injurious Behaviors

عندما يتسبب السلوك في إصابة جسدية هامة للفرد يطلق علي ذلك السلوك "سلوك إيذاء الذات" والذي قد يتخذ أشكالاً عديدة مثل عض الشخص ليديه أو ذراعيه، خدش الوجه أو ضربه، خبط الشخص لرأسه في الحائط أو المنضدة أو قرص الشخص لنفسه وعض الشخص لسانه أو شفتيه، وجميع الأشكال السابقة وجدت لدي بعض الأطفال التوحيديين.. والتحليل النظري لشرويدرووجان وموليك يقترح وجود نوعين من سلوك إيذاء الذات: اجتماعي ولا اجتماعي، وبعض السلوكيات ومنها سلوك إيذاء الذات قد يكون لها جانب نفسي، فقد يكون لتقليل أو تسكين أو لفت الانتباه إلي عرض أو ألم نفسي، مثل الطفل الذي يضرب أذنه أو رأسه عندما يشعر بعدوي حادة في الأذن الداخلية، ووجه الشبه بين هؤلاء الأطفال هو عدم امتلاكهم للغة واضحة أو طرق أكثر ملائمة للفت الانتباه إلي ما يؤلمهم.

(4) سلوكيات شاذة :

غالباً ما يبدي الأطفال التوحيديون عديداً من السلوكيات الشاذة المتحدية فالطفل التوحيدي يختلف في موقفه من إعاقته عن أطفال الإعاقات الأخرى، فهو لا يبدي أدني حد من الإشارات التي توضح أنه يشعر بإعاقته، ولذلك فهو لا يبدو واعياً بمدي الغرابة في سلوكه علي الرغم من أنه قد يكشف في حالات خاصة عن سلوكيات غاية في الشذوذ مثل خلع جميع ملابسه في الشارع أو إبداء عبارات مخجلة بشأن الآخرين، وهو لا يفعل ذلك من أجل جذب انتباه الآخرين، فليس من أهدافه أن يؤثر علي سلوك الآخرين.

وفيما يلي عرض لأهم هذه السلوكيات :-

- 1- أطفال التوحد ليست لديهم غريزة التملك مثل الأطفال العاديين، فلو أعطي لعبة يأخذها ثم يرميها في أي مكان، أو لو أن أحداً أخذ لعبته فإنه يستسلم دون مقاومة لاسترجاع لعبته .
- 2- مشكلات التوحيدين في الأكل تحدد في مشكلتين (مشاكل التغذية ، وتفضيل أنواع معينة من الطعام)، أما المشكلة الأولى أن الأطفال التوحيدين لديهم مشاكل في التحكم في حركات عضلات المضغ ، ويجدون صعوبة في الفطام بسبب أنهم لا يعرفون كيف يتعاملون مع الطعام علي نحو سليم .. أما المشكلة الثانية فتنشأ من مقاومة الطفل للتغيير، والتشبث بعاداته الروتينية الخاصة ، حيث إن هؤلاء الأطفال أكثر شكاً في الطعام الجديد عن أي طفل طبيعي .
- 3- التأخر في مهارات مساعدة الذات مثل استخدام المرحاض ، ارتداء الملابس بمفردهم، أو تطوير أساليب مائدة مقبولة .
- 4- التدميرية Destructiveness فالطفل التوحيدي لا يمكنه اللعب بنائياً ، وبالتالي ينشغل في البحث في خواص الأشياء البسيطة من حوله ، فبعد فترة يتعلم أن الورقة في الكتاب يمكن أن تتمزق ، وأن كثير من الأشياء الصلبة تعطي ضوضاء عندما تقع علي الأرض، وفي مرحلة متأخرة قد يضع الطفل هدفاً لتكسير اللعبة أو تكسير كل لمبات الضوء في منزله، والأطفال ذوو التوحد زائدو الإعاقة يكونون أقل حدة في التدمير لكنهم يحتاجون مساعدة في اكتشاف العالم بطريقة سليمة .

أساليب التدخل لذوي التوحد:

ليس التوحد مرضاً يمكن الشفاء منه ، بل هو إعاقة تستمر مع المصاب بها طوال حياته، وهناك بعض الجوانب من الصعب إحداث تغيير فيها، مثل أوجه القصور الاجتماعي والتواصلي، إذ ما هو العائد من البرامج التدريبية والعلاجية المقدمة؟ إن التكهن بمستقبل التوحد الطفولي مثبط للهمة، فلقد ذكر كانر أن من بين 96 طفل توحيدي فقط أحد عشر طفلاً حافظ علي نفسه عندما كان في العقد الثاني أو الثالث من العمر، وفي دراسة قام بها لوتر أشار إلي أن ثلاثة بحوث مستقلة نفذت في إنجلترا والولايات المتحدة وضحت أن ثلثي الأطفال التوحيدين تقريباً حكم عليهم أنهم ذوو حالات ضعيفة أو ضعيفة جداً بعد سنوات عديدة من الاتصال بمعنى أن أغلب الأطفال كانوا معاقين بصورة شديدة وغير قادرين علي الاستقلال .

والتدخل المبكر يعد من أفضل الطرق لتغيير هؤلاء الأطفال ومساعدتهم علي التوافق الجيد في الحياة، وتعرض دراسة تأثيرات التوافق المبكر في الأطفال المصابين بالتوحد نتائج إيجابية تشمل تحسين السلوك والقدرات التي تمكن من الاستمرار في فصول المدارس العامة، والتوافق المبكر يظهر فاعلية أكثر عندما يتضمن المشاركة الفعالة من الآباء وأفراد الأسرة الآخرين، وتتمثل أهداف علاج التوحد في إنقاص الأعراض السلوكية ، وفي التحسن في ارتقاء الوظائف المختلفة أو الضعيفة أو غير الموجودة، مثل اللغة

ومهارات رعاية الذات ، كما تشمل زيادة التقبل الاجتماعي والسلوك الاجتماعي وتقليل أعراض السلوك الشاذ والمساعدة في تطوير التواصل اللفظي وغير اللفظي.

وبالنسبة لعلاج التوحد سواء في جانب إنقاص الأعراض السلوكية غير المرغوبة، أو تحسين الوظائف الضعيفة لديهم، فإنه يوجد ثلاثة اتجاهات أو مناهج أو أساليب وهي : العلاج النفسي (السيكودينامي)، العلاج الطبي ، وأساليب تعديل السلوك، ويرجع السبب في تعدد المناهج العلاجية للتوحد إلي تعدد النظريات المفسرة له، فالنظريات النفسية تبني العلاج النفسي (السيكودينامي)، والنظريات البيولوجية تهتم بالعلاج الطبي (الدوائي) وهكذا .

- العلاج النفسي Psycho Therapy

عندما اكتشف كانر التوحد عام 1943 اعتقد أن السبب فيه والدا الطفل، حيث تكون العلاقة جافة خالية من الدفء والحنان، ونتيجة لذلك كان يفضل في البداية فصل الطفل التوحدي عن والديه، ووضعه في قسم داخلي للعلاج، إلا أن العقود التالية أحدثت تغييراً في هذا المجال، واضعة أو مستبدلة الأشكال النظرية بأبحاث إمبيريقية زادت من المعرفة بالتوحدية، وأشارت إلي أن التوحدية هي نتاج لعوامل بيولوجية متعددة، وبذلك يكون الأب والأم ضحايا للاضطراب كأطفالهم والعلاج النفسي هو أسلوب علاجي مبني علي وجهة نظر بتليم، فيحاول المعالج بناء علاقة بين الطفل المصاب بأعراض التوحد ووالديه تتسم بالدفء والود بهدف تشجيع الطفل للدخول في العالم، هذا بالإضافة إلي الصبر أو ما أسماه روجرز بالملاحظة الإيجابية غير المشروطة لكي يبدأ الطفل الثقة بالآخرين ويأخذ الفرص لبناء العلاقات.

وقد قدمت دكتورة مارتا ويلش D.Martha Welch وهي طبيبة نفسية أمريكية معروفة نموذجاً للعلاج معروفاً باسم : العلاج النفسي بالاحتضان "Holding Therapy"، وهذا النوع من العلاج النفسي ليس جديداً أو أصيلاً كما قد يفترض وإنما هو يتضمن دفئاً في العلاقة وحواراً يتسم بالحميمية في الجو الأسري والعناق ، بيد أنه علاج يتضمن في ذات الوقت احتضناً قسرياً للطفل بواسطة الأم التي يتعين عليها أن تكون محتفظة برباطة جأشها علي الرغم من مقاومة الطفل ولجؤه إلي مزيد من النضال ضد الأم ويتضمن كذلك الصياح والصراخ .. ومما تجدر الإشارة إليه أن الافتقاد إلي تقييم وتقدير إجراءات وطرائق هذا العلاج النفسي يمكن أن يكون أدعي إلي الشك في إقامة الدليل علي جدواه ومن ثم الشك في دعاوي القائلين به .

- العلاج الطبي Medical Treatment

يركز العلاج الدوائي علي أعراض مثل فرط الحركة وسرعة الاستثارة والانفجارات المزاجية في الطفولة المبكرة، بينما يركز علي أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطي والمتأخرة ، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدي التوحديين ذوي الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي .

إن علاج مثل هذه الاضطرابات لن يشفي التوحد ، لكن يمكن في بعض الحالات أن يساعد الطفل علي البقاء في الأوضاع الاجتماعية الأقل تحفظاً، ويؤكد علي قدرة الطفل علي الاستفادة من التدخلات التعليمية ، وظهرت الأدوية في بعض الحالات بهدف أن تُعزز من قبل برامج التدخلات السلوكية الفردية النظامية . (National Research Council, 2001,P.129)

ولتقييم العلاج الدوائي الذي يهدف إلي تعديل سلوك شخص يعاني من التوحد يجب أن تقارن المخاطر بالميزات ، ويجب أن تفوق مميزات العلاج الدوائي مخاطره ، وبعض العلاجات الدوائية قد تحمل خطر تدمير الجهاز العصبي أو أعضاء داخلية أخرى مثل الكبد ، والجهاز العصبي لدي الأشخاص التوحديين يكون شديد الحساسية، وبعض هؤلاء الأشخاص قد يتطلب علاجاً دوائياً بجرعة أقل من الشخص ذي الجهاز العصبي الطبيعي، وهناك تفاوت من شخص لآخر.

ويبدو أن هناك مشكلة أخرى لاستخدام العقاقير الطبية تتمثل فيما أوضحته الأبحاث الحديثة من وجود تأثيرات جانبية خطيرة لكثير منها، وذلك رغم ما قد تحدثه من فاعلية في خفض الأعراض المرضية لبعض الاضطرابات فقد اتضح أن العقاقير المنشطة نفسياً أو المنهات Psyconactive مثلاً تؤدي إلي تعريض الطفل للتبلد الذهني بصورة تعوقه عن التعلم.

كما أوضحت الدراسات أن استخدام الأدوية الخاصة بالأعصاب Neuroleptic Drugs تؤدي إلي حدوث تدهور في الأداء حتي للمهام البسيطة جداً، وخفض السرعة النفسية الحركية وزيادة زمن الاستجابة (زمن رد الفعل) وضعف الذاكرة وكذلك غشاوة البصر وجفاف الفم، واحتجاز البول والامساك والتهيج والاكتئاب وزيادة الوزن، كما أظهرت حالات من إصابة الكبد و الأوعية الدموية بالقلب، لكن لا توجد أدلة قاطعة علي حدوث هذه التأثيرات الجانبية حالياً ، وربما يعد بطء الضبط الحركي (FD) Fardive Dyskinesia من أخطر التأثيرات الجانبية لاستخدام العقاقير الطبية في علاج ذهان الطفولة .

ونظراً لأن العلاج الدوائي يشتمل علي آثار جانبية وخطورة في بعض الأحيان، كما أنه قد يكون جزء من العلاج وليس العلاج ككل ، والعلاج النفسي يفترض أن الوالدين هما سبب إعاقة طفلهما ، وأنه يقوم علي

التفاعل بين المعالج والطفل المصاب والتواصل معه مما يعجز عنه الطفل التوحدي، لذا ظهر اتجاه ثالث هو الأكثر شيوعاً والأكثر فائدة في هذا المجال وهو العلاج السلوكي .

- العلاج السلوكي: Behavior Therapy

يعد العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية التي أوضحت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد، ويوضع الطفل التوحدي وفقاً لهذا النوع من العلاج في فصل منظم للتدريبات علي السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة ، كما يستلزم تدريب الوالدين علي مساعدة الطفل علي اكتساب مفاهيم لغوية وتنمية السلوكيات المقبولة.

ويهدف تعديل السلوك إلي التخلص من السلوك غير المرغوب واستبداله بسلوكيات سوية ومناسبة وتعليم الطفل المهارات التي تسمح له بالنمو والتعلم بشكل طبيعي علي قدر الإمكان ، وباختصار شديد فإن تعديل السلوك مبني علي مبدأ تدعيم سلوكيات الطفل الإيجابية بامتداحه أو مكافأته بشيء يحبه مع عدم تدعيم السلوك السلبي غير المرغوب، وهذا السلوك يتم عادة تجاهله، فأى اهتمام به حتي ولو كان علي سبيل العقاب سوف يؤدي إلي تدعيمه علي عكس ما هو مطلوب.

ويرجع استخدام هذا الأسلوب العلاجي إلي عدة أسباب أهمها :

- 1- أنه مبني علي مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان طويلاً .
- 2- أنه يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل التشخيصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .
- 3- أنه نظراً لعدم وجود اتفاق علي أسباب حدوث هذا الاضطراب فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة من دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.
- 4- أنه ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك، ويجب ضرورة إعداد نظام ثابت لمكافأة السلوك الذي يهدف إلي تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية ومتتابعة عن طريق استخدام معززات قوية .

ولضمان نجاح برنامج العلاج والتدريب أو التعليم فإنه يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية:-

- 1- تحديد الهدف: لا بد من العمل علي اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدد وواضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره، أو مشاركة الآخرين في اللعب، أو نطق كلمة معينة، أو القيام بسلوك حركي معين، أما الأهداف العامة مثل التعاون أو النظافة أو السلوك الاجتماعي بشكل مطلق فإنها تُشكل مجالات واسعة يصعب قياسها ما لم يتم تحديدها في شكل وحدات سلوكية لا يمكن الاختلاف في فهمها وتطبيقها .

2- سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل : بعد أن يعمل المعلم أو المدرب أو ولي الأمر علي جذب انتباه الطفل أولاً، فإن عليه استخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل، وذلك في اللحظة المناسبة، مع عدم توجيه الحديث إليه في حالة عدم انتباهه ، ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل ازدواجية المعنى، كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث يؤدي إلي صعوبة في المتابعة، والأمثلة التالية تعطينا مثلاً لما يجب أن يكون : ارفع يديك- امسك بالقلم – انظر لأعلي – المس اللون الأحمر .. الخ.

3- حث الطفل علي الاستجابة: عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة، إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .

4- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك: عن طريق تقسيم الهدف إلي وحدات صغيرة متتالية مع استمرار مكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلي أن يتم تحقيق الهدف، فإذا كان الهدف هو حث الطفل علي نطق كلمة " باب" مثلاً، وأن الطفل قام بنطق الحرف (ب) في المرة الأولى، ثم ينطق (با) في المرة الثانية، فإنه يتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها، أما إذا اتبع الطفل الخطوتين السابقتين ينطق المقطع (بي) فلا يتم مكافأة هذه الخطوة الأخيرة .

5- نوعية المكافأة : ويلاحظ أنه من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير علي الطفل، فإذا نجح الطفل في نطق كلمة (باب) كما هو مطلوب في الخطوة السابقة، فلا بد من مكافأة الطفل علي ذلك، وليس من الضروري أن تكون المكافأة مادية في شكل أطعمة أو حلوي أو مشروبات، كما يحدث في بعض البرامج، وإنما بالإمكان تقديم مكافآت معنوية مثل تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه.

وهناك إجراءات يجب مراعاتها عند العمل مع الطفل التوحدي في البرامج العلاجية السلوكية:

- 1- يجب أن تكون المعاملة مع هؤلاء الأطفال إيجابية بنسبة 80% .
- 2- يجب أن يكون السلوك الذي نرغب في تعديله مستهدفاً ومحددأ عند البدء في العلاج مع مراعاة البدء بسلوكين فقط .
- 3- يجب العمل خطوة بخطوة .
- 4- يجب أن تكون أهداف العلاج في حدود إمكانيات الطفل .
- 5- يجب تحليل نوع السلوك أي وصف السلوك المستهدف وذلك ليكون بداية التشخيص أو ABC التشخيص

ونعني بـ (A) Antecedent = السوابق التي تسبق السلوك .

(B) Behavior = السلوك نفسه .

(C) Consequence = عواقب السلوك بالنسبة للطفل نفسه (نتائج)

ومن أهم معايير فاعلية البرامج الموجهة للطفل المصاب بأعراض التوحد التالي:

- 1- أن يحتوي البرنامج علي أهداف ، وأدوات وأنشطة مناسبة لاحتياجات كل طفل علي حدة، أي أنه يعتمد علي التدريب الفردي.
- 2- يستخدم الروتين لكي يتفادي الطفل الشعور بالارتباك وعدم التأكد .
- 3- أن ترتب البيئة الفصلية بحيث تسمح للطفل بالتنبؤ بالنشاط الذي سيقوم به ، فتنظم في شكل أركان ويتوفر للطفل فيها مكان بعيد عن مشتتات الانتباه لتلقي التعليمات .
- 4- أن ينظم مكان يسمح بالتفاعل مع الأقران " منطقة العمل الجماعي ".
- 5- أن تقدم التعليمات للطفل بشكل واضح وقاطع وتسقط الكلمات غير الضرورية والزائدة في الجملة.
- 6- أن تعمم الخبرات التعليمية التي قدمت في الفصل بحيث يتم تطبيقها في أكثر من مكان مختلف ومع أشخاص مختلفين وأوقات مختلفة وباستخدام تعليمات متنوعة، وذلك بعد التأكد من اكتسابها في الفصل أولاً.
- 7- أن تستخدم المعلمة مواد تعليمية مع مراعاة استثارة أكثر من قناة حسية واحدة.
- 8- أن تستخدم أساليب تدخل واضحة ومحددة لاستثارة دافعية الطفل فتستخدم أساليب تعديل السلوك مثل التدعيم الإيجابي والسلبي، عمليات إطفاء السلوك، الغياب المنفر .

وخلاصة القول أن أساليب العلاج السلوكي أو تعديل السلوك من أنجح الأساليب العلاجية للتعامل مع الأطفال التوحدين، وهو لا يعتمد علي انطباعات ذاتية وإنما خطوات عملية محددة، وهو يعتمد علي تقديم التدعيم ونظام محدد من المكافآت وليس بشكل عشوائي غير منتظم، ويجب أن يتسم البرنامج العلاجي بالمرونة والتدرج، ويمكن أن يشترك فيه المهنيون وغير المهنيين، وكذلك يفضل استخدام أكثر من فنية من فنيات تعديل السلوك، ومن المهم أن يكون التدخل العلاجي هذا في مرحلة مبكرة وهذا يتطلب بالطبع ضرورة التشخيص المبكر، وأن يكون الآباء علي وعي بحالة أطفالهم وأن يشاركونا بإيجابية في هذه البرامج .

المراجع:

- أرون بيك (ترجمة عادل مصطفى) (2000) : العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، القاهرة ، دار الآفاق العربية .
- المعجم الوجيز (1990): مجمع اللغة العربية ، وزارة التربية والتعليم .
- آمال عبد السميع باظة (2008) : الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- أميرة طه بخش (1998) : فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم ، مجلة العلوم التربوية ، معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة ، العدد الحادي عشر ، يوليو ، 159-193 .
- إيهاب الببلاوي وأشرف محمد عبد الحميد (2005) : الإرشاد النفسي المدرسي – استراتيجية عمل الأخصائي النفسي المدرسي ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث .
- باترسون (ترجمة حامد عبد العزيز الفقي) (1990) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الجزء الثاني ، الكويت ، دار القلم .
- باترسون (ترجمة سيد عبد الحميد مرسى) (1995) : الإرشاد النفسي والعلاج النفسي ، القاهرة ، مكتبة وهبة.
- بيرني كوروين وبيتر رودل وستيفن بالمر (ترجمة محمود عيد مصطفى) (2008) : العلاج المعرفي - السلوكي المختصر ، القاهرة ، دار إيتراك .
- تريثور باول (إعداد قسم الترجمة) (2005) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفاروق .
- تيسير مفلح كوافحة وعمر عبد العزيز فواز (2003) : مقدمة في التربية الخاصة ، عمان. الأردن ، دار الميسرة للنشر والتوزيع .
- جلال علي الجزازي (2011). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم، عمان- الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- جمال الخطيب (2003) : تعديل السلوك الإنساني ، بيروت ، دار حنين للنشر والتوزيع .
- حامد عبد السلام زهران (1997) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، القاهرة ، عالم الكتب .
- ____ (2002) : التوجيه والإرشاد النفسي ، الطبعة الثالثة ، القاهرة ، عالم الكتب .
- حسن أديب عماد (2003) : صعوبات التعلم وعلاقتها ببعض الحاجات النفسية والمناخ الأسري لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير ، معهد البحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- حسين علي فايد (2003) : الاضطرابات السلوكية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- خالد خليل الشبخلي (2005) : المشكلات السلوكية لدى الأطفال (الظاهرة، الوقاية، العلاج) ، العين ، دار الكتاب الجامعي .

خالد محمد عسل (2012). ذوو الاحتياجات الخاصة رؤى نظرية وتدخلات إرشادية. الإسكندرية، دار الوفاء.

دانيال هالاهان وجيمس كوفمان وجون لويد ومارجريت ويس (ترجمة عادل عبد الله محمد) (2007) : صعوبات التعلم " مفهومها . طبيعتها . التعليم العلاجي " ، عمان . الأردن ، دار الفكر .

دانيال هالاهان وجيمس كوفمان (ترجمة عادل عبد الله محمد) (2008) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم ، عمان . الأردن ، دار الفكر .

دونالد ج. مورتنس وألن م. شمولر (2005) : التوجيه والإرشاد المدرسي بين النظريات والإجراءات، فلسطين ، دار الكتاب الجامعي.

راشد علي السهل (2005) : فاعلية الإرشاد الجمعي السلوكي . المعرفي في ضبط السلوك العدواني لدى الأطفال . دراسة تجريبية ، مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس ، العدد التاسع عشر ، 219-241 .

رشاد علي عبد العزيز موسي (2002) : علم النفس الإعاقة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
رشدي فام منصور (2000) : علم النفس العلاجي والوقائي رحيق السنين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

رضا المصري وفاتن عمارة (2007) : الأخطار النفسية التي تواجه أبناءنا وكيف نعالجها ، القاهرة ، دار البيان للترجمة والتوزيع .

رولاند كولاروسو وكولين أورورك (ترجمة أحمد الشامي وأيمن كامل وعادل دمرداش وعلي عبد العزيز) (2003) تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة . كتاب لكل معلم ، الجزء الثاني ، القاهرة ، هيئة فولبرايت ، مركز الأهرام للترجمة والنشر.

زكريا الشربيني (2004) : طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

زينب محمود شقير (2002) : علم النفس العيادي (الإكلينيكي) ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

— (2004) : نداء من الابن المعاق ، المجلد الأول ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
سلوي محمد عبد الباقي (2001) : الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب .

سمير طه جميل (2005) : الإرشاد النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب .

سهير كامل أحمد (1999) : التوجيه والإرشاد النفسي ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب .

سهير محمد سلامة شاش (2002) : التربية الخاصة للمعاقين عقلياً بين العزل والدمج ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

سيد صبيحي (2003) : الإنسان وصحته النفسية ، القاهرة ، الدار المصرية اللبنانية .

سيد عبد العظيم محمد (1998) : أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين ، مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، العدد الثامن ، 295-317 .

سيد صبيح (2003) : الإنسان وصحته النفسية ، القاهرة ، الدار المصرية اللبنانية .
سيد عبد العظيم محمد (1998) : أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين ، مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، العدد الثامن ، 295-317 .

طارق عبد الرؤوف عامر وربيع عبد الرؤوف (2008) : ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع .

طارق محمد السيد النجار (2005) : مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

عاطف محمد السيد الأقرع (2002) : فعالية برنامج إرشادي لتحسين مفهوم الذات للطلاب الصم بالمرحلة الإعدادية ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
عباس محمود مكي (2007) : تبين مكان المرض النفسي وتنظيم مهنة العلاج الاستشارات ، بيروت . لبنان ، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر .

عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (2005) : علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي ، الطبعة الثالثة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العزيز السيد الشخص (2006) : قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

فاطمة عبد الرحيم النوايسة (2013). ذوو الاحتياجات الخاصة التعريف التعريف بهم وإرشادهم، عمان-الأردن، دار المناهج.

مبارك عبد الله الذروة (2007) : فاعلية برنامج تدريبي لمعلمي الأطفال الاجتراريين لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال ، رسالة دكتوراة ، معهد البحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
محمد إبراهيم السفسافة (2003) : أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

محمد إبراهيم عيد (2005) : مقدمة في الإرشاد النفسي ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
محمد إبراهيم محمد الأنور (2005) : فاعلية برنامج إرشادي لزيادة تقدير الذات لدى المراهقين ضعاف السمع ، رسالة دكتوراة ، معهد دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس .

محمد أحمد إبراهيم سعفان (2001) : الإرشاد النفسي للأطفال ، الجزء الأول ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث.

محمد أحمد إبراهيم سفعان (2005) : العملية الإرشادية ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث .
محمد حسن غانم (2006) : مقدمة في الإرشاد النفسي ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (1998) : العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته ، دار قباء ، القاهرة .
محمد محروس الشناوي (1996) : العملية الإرشادية والعلاجية ، القاهرة ، دار غريب .
نبيل صالح سيفان (2004) : المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي ، القاهرة ، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع .
مني محمد إبراهيم علي هيد (2002) : دراسة فعالية برنامج إرشادي في خفض بعض المخاوف الشائعة لدى أطفال المؤسسات الاجتماعية (4-6 سنوات) ، رسالة دكتوراة ، معهد دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس .

Adelizzi, J., Goss, D. 2001. **Parenting Children with Learning Disabilities**, London, Bergin & Gavey.

Andison, C. 1998. Learning Disabilities and Peer Victimization in School, **Dissertations Abstracts International**, Vol. 37-06, 1599, Dec.

Alexander-Passe, N. 2006. How Dyslexia Teenagers Cope: An Investigation of self-Esteem, Coping and Depression, **Dyslexia**, Vol. (12), Issue (4), 256-275, Apr.

Arthur, A. 2003. The emotional lives of people with learning disability , **British Journal of learning Disabilities** , Vol.31 , N.(1) , 25-30 .

Baker, S.; Ireland, J. 2007. The Link Between Dyslexic Traits, executive Functioning, Impulsivity and Social Self-esteem Among on Offender and non-offender Sample, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol. 30, Issue (6), P. 492-503, Nov.-Dec.

Baron, L.; Faubert, C. 2005. The Role of Chi Chuan in Reducing state anxiety and Enhancing Mood of children with Special Needs, **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, Vol.9, Issue (2), 120-133, Apr.

Bloom, E.; Heath, N. 2010. Recognition, Expression, and Understanding Facial Expression of Emotion In Adolescents with nonverbal and General Learning Disabilities, **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 43, N. (2), P. 180-192.

Boaz, M.; Brook, V. 2005. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and learning Disabilities (LD): Adolescent Perspective, **Patient Education Counseling**, Vol. Issue (2), P. 187-191, Aug.

- Bradley, R.; Daniselson, L. 2002. **Identification of Learning Disabilities: Research to Practice**, Mahwah New Jersey Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Brodeur, G. 2006. Building Social Competence In Children with Nonverbal Learning Disabilities: A Preliminary Study, **Dissertation Abstracts International**, Vol.67-01-B, Jul.
- Carroll, J.; Iles, J. 2006. An Assessment of anxiety Levels in Dyslexia students in Higher Education, **British Journal of Educational Psychology**, Vol. 76, P. 651 - 662 .
- Christensen, L.; Young, R. Marchant, M. 2007. Behavioral International Planning: Increasing Appropriate Behavior of Socially Withdrawn Student, Student, **Education and Treatment of Children**, Vol. 30, N. (4) , 81-103, Nov.
- Cilene, S. 2010. The Effects of Gestalt and Cognitive – Behavioral Therapy Group Interventions on The Assertiveness and Self-Esteem of Women with Physical Disabilities Facing BUSE, **Dissertation Abstracts International**, Vol. 71/04-B, Oct.
- Cooray, S.; Bakala, A. 2005. Anxiety Disorders in People with Learning Disabilities, **Advanced in Psychiatric Treatment**, Vol. 11, 355-361.
- Dacey, J.; Fiore, L. 2000. **Your Anxious Child**, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Daunic, A.; Smith, S.; Brank, E.; Penfield, R. 2006. Classroom Based Cognitive Behavioral Intervention to Prevent Aggression: Efficacy and Social Validity, **Journal of School Psychology**, Vol. 44, Issue (2), 123-139, April.
- Davidson, J.; Foa, E.; Huppert, J.; Keefe, F.; Frankklin, M., Compton, J.; Zhao, N.; Connor, K.; Lynch, T.; Gadde, K. 2004 . Fluoxetine, Comprehensive Cognitive Behavioral Therapy, and Placebo in Generalized Social Phobia, **Arch Gen Psychiatry**, Vol.61,P. 1005-1013.
- Dietz, S. 2004. Comorbidity of Learning Disabilities Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Emotional and Behavior Disorder in Adolescents A Risk for the Development of Emotional and Behavior Disorder, **Dissertation Abstracts International**, Vol. (65-03A), 889.
- Duncan, D.; Matson, J.; Bamberg, J.; Cherry, K.; Buckley, T. 1999. The Relationship of Self-Injurious Behavior and Aggression To Social Skills in Persons with Severe and Profound Learning Disabilities, **Research in Development Disabilities**, Vol. 20, Issue (6), 441-448, Nov. Dec.

Falk, K.; Wehby, J. 2001. The Effects of peer-assisted learning strategies on the beginning reading skills of young children with emotional or behavioral disorders , **Behavioral disorders** , Vol. 26 , N.(4) , P P. 344 – 359 .

Fillmore, D. (1998): Establishment Cognitive – Behavior Strategies in The Treatment of An Emotionally Disturbed Intellectually Gifted Adolescent: A case Study, **Doctor of Psychology**, Faculty of The California School of Professional Psychology, San Diego.

Forness , S. 2005. The pursuit of evidence based practice in special education for children with emotional or behavioral disorders , **Behavioral Disorders** ,Vol. 30 , N.(4) , Aug. , P P. 311 – 330 .

Galway, T. 2009. An Examination of Social Problem Solving and Psychosocial Adjustment in children with Nonverbal Learning Disabilities, **Doctor of Philosophy**, University of Toronto.

Geldard, K.; Geldard, D. 1997. **Counseling Children A Practical Introduction**, SAGE Publication LTD, London.

Goodman, R.; Scott, S. 2005. **Child Psychiatry**, Oxford, Blackwell Publishing LTD.

Harrington, R. 1995. **Depressive Disorder in Childhood and Adolescence**, John Wiley & Sons, New York.

Heimberg, R.; Sazaman, D.; Holt, C.; Blendell, K. 1993. Cognitive – Behavior Group Treatment For Social Phobia: Effectiveness a Five – Year Follow up, **Cognitive Therapy and research**, Vol.17, N (4), Aug. Herman, k.; Lambert, S.; Reinke, W.; Ialongo, N. 2008. Low Acadmic Competence in first grade as a Risk Factor for Depressive Cognitions and Symptoms in Middle School, **Journal of Counseling Psychology**, Vol. 55, No. (3), 400-410.

Heward, W.; Orlansky, M. 1992. **Exceptional Children**, New York, Macmillan Publishing Company.

Howard, K.; Tryon, G. 2002. Depressive Symptoms in and Type of Classroom Placement for Adolescents with LD, **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 35, N. (2), P. 185-190.

Howarther, R ; Fisher, P. 2005. **Emotional and Behavioral Difficulties**, London – New York, Continuum International Publishing Group.

Hunt, N; Marshall, K 2005. **Exceptional Children and Youth- An Introduction to Special Education**, , Forth edition, Boston, New York, Houghton Mifflin Company.

John Ston, D. (1995): Negative Affect, Explanatory Style, and Stressful life Events in An Elementary School Population **Dissertation Abstracts International**, Vol. 57-02-A, P. 577, Aug.

Johansson, W. 1997. Social Anxiety and Self-Esteem in children with A learning Disability, **Dissertations Abstracts International**, Vol. 58/04-A, P. 1245, Oct.

Karlsson, B.; Kenfeldt, F.; Sigstrom, R.; Waern, M , Ostling, S.; Gustafson, D.; Skoog, I. 2009 . Prevalence Of Social phobia in non demented Elderly From a Swedish population Study, **The American Journal Of Geriatric Psychiatry**, Vol. 17 ; N (2) ; 127 – 135 Feb.

Kendall, P.; Barmish, A. 2009. Show – That – I can (Homework) in Cognitive – Behavioral Therapy For Anxious Youth: Individualizing Homework For Robert, **Cognitive and Behavioral Practice**, Vol. 14, 289-296.

ostogianni, N.; Andronikof, A. 2009. Self-Esteem, Self-Centeredness and Social-Emotional Adjustment of Gifted Children and Adolescents, **L'Encéphale**, Vol. 35, Issue (5), P. 417-422, Oct.

Leichtentrill, J.; Shechtman, Z. 2010. Children with and without Learning Disability: A Comparison of Processes and Outcomes Following Group Counseling, **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 43, N. (2), 169-179.

Lerner, J; Kline, W. 2006 . **Learning Disabilities and Related Disorder, Characteristics and Teaching Strategies**, Houghton Mifflin Company, Boston, New York.

Lufi, D.; Darliuk, L. 2005. The Interactive Effect of Test Anxiety and Learning Disabilities Among Adolescents, **International Journal of Educational Research**, Vol. 43, Issues (4-5), P. 236-249.

Maag, J. 2005. Social Skills Training for youth with Emotional and Behavioral disorders and learning disabilities : problems , conclusions and suggestions , **Exceptionality** , Vol. 13, N.(3) , P P.155-172 .

Mash, E., Wolfe, D. 1999. **Abnormal Child Psychology**, Wadshorth Publishing Company, Belmont, CA.

- Mcevoy, P.; Perini, S. 2009. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia with and without attention Training: A Controlled Trial, **Journal of Anxiety Disorders**, Vol.23, Issue (4) P. 519-528, May.
- Meier, B.; Robinson, M.; Wilkowski, B. 2007. Aggressive Primes Activate Hostile Information in memory: who is Most susceptible? , **Basic and Applied Social Psychology**, Vol.29, N.(1), P.23-34.
- Muller, C. 2009. Protective Factor as Barriers to Depression in Gifted and No Gifted Adolescents, **Gifted Child Quarterly**, Vol. 53, N. (1), P. 3-14.
- Murise, P.; Meesters, C.; Melick, M. (2002): Treatment of Childhood Anxiety: A Preliminary Comparison Between Cognitive Behavior Group Therapy and Psychological Placebo Intervention, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, Vol. 33, Issue (3-4), P. 143-158, Sep. – Dec.
- Newman, M.; Castonguay, L.; Barkovec, T.; Fisher, A., Nordberg, S. 2008. An open Trial of Intergrative Therapy for Generalized Anxiety Disorder, **Psychotherapy: theory-Research-Practice-Training**, Vol. 45, Issue (2), P. 135-147, June.
- Ongen, D. 2009. The Relationships Between Perfectionism and Aggression Among Adolescents, **Procedia Social and Behavior Sciences**, Vol. 1, P. 1073-1077.
- Porter, L. 2002. **Educating Young Children with Special Needs**, London, Paul Chapman Publishing.
- Reddy, G.; Ramar, R; Kusuma, A. 2004. **Learning Disabilities Practical Guide to Practitioners**, New Delhi, Discovery Publishing House, second edition.
- Reid, G. (2005): **Dyslexia**, Lodon, New York, Continuum International Publishing Group.
- Rogers, B. 2004.**Behavior Recovery**, London, Paul Chapman Publishing.
- Rosenbaum, D. 1997. Depression Its Confounding Effect on Neuropsychological Test Scores in The Adult Learning-Disabled Population, **Dissertations Abstracts International**, Vol. 058-03, B, P. 1585, Sep.
- Rubin, k.; Coplan, R.; Bowker, J. 2009. Social Withdrawal in Childhood, **Annual Review Of Psychology**, Vol. 60, P.141-171.

Sena, J.; Lowe, P.; S. 2007. Significat Preictors of Test Anxiety Among Students with and without learning Disabilities, **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 40, N. (4), P. 360-376.

Smith, S.; Lochman, J.; Daunic, A. 2005. Managing Aggression Using Cognitive Behavioral Interventions: State of Practice and Future Directions, **Behavioral Disorder**, Vol. 30, N. (3), P. 227-240, May.

Spencer, E.; Dupont, R.; Dupont, C. 2003. **The Anxiety Cure For Kids, A Guide for Parents**, Jon Wiley & Sons, Ince, Hoboken, New Jersey.

Stoppard, J. 2005. **Understanding Depression, "Feminist Social Constructionist Approaches"**, London and New York, Rout ledge Taylor & Francis Group.

Sue, D.; Sue, D.; Sue, S. 2005. **Essentials of Understanding Abnormal Behavior**, Boston-New York, Houghton Mifflin Company.

Terry, S.; (2004): In Research of the Characteristics of Adults Who Are Gifted and Have a Learning Disabilities, **Doctor Of Education**, Northern Illinois University.

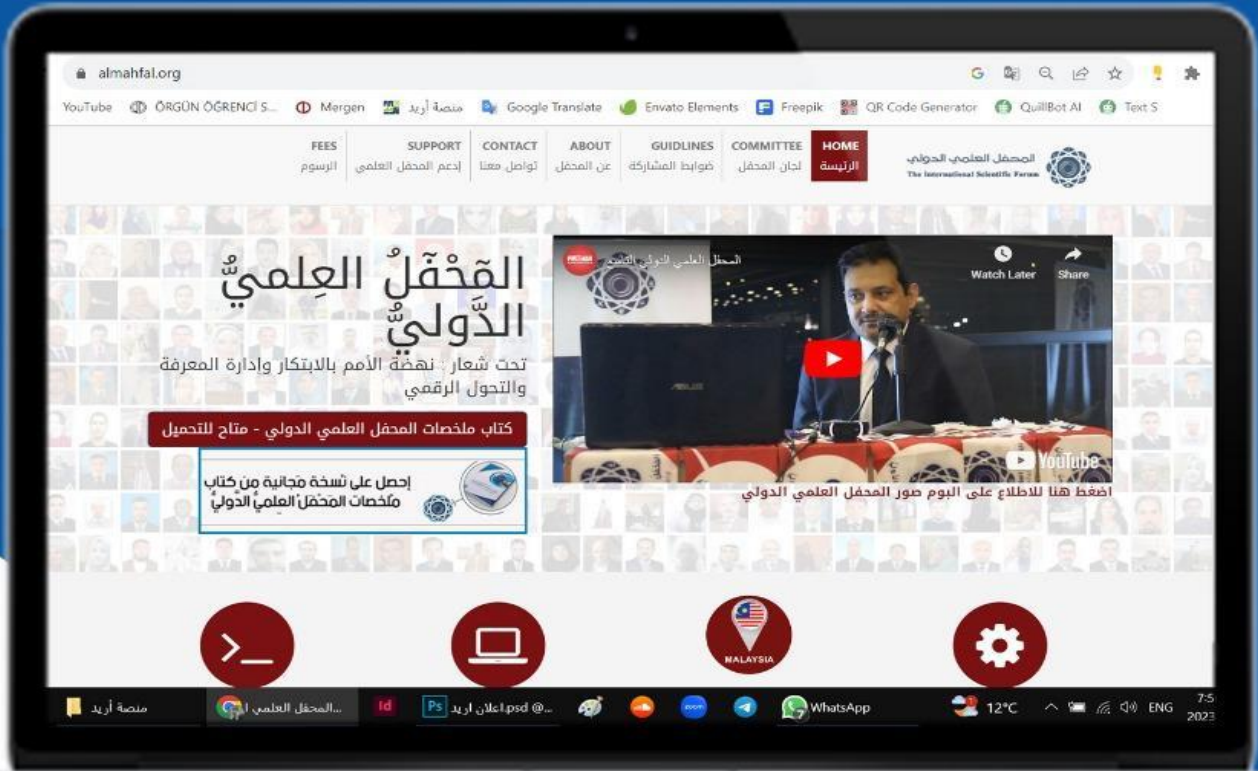
Weinstein, S.; Dassoulas, K.; Sapekar, J.; Hendersonm S.; Pearl, P.; Gaillard, W. 2008. Partenting Stress and childhood Epilepsy: The Impact of Depression, Learning and Seizure-Related Factor, **Epilepsy & Behavior**, Vol. 13, Issue (1), P. 109-114, July.

Westood, P. 1997. **Commonsense Methods for Children with Special needs-Strategies for regular Classroom**, Third edition, Routledge, London and New York.

Witt, J.; Elliott, S. Daly, E.; Gresham, F.; Kraer, J. 1998. **Assessment of at Risk and Special needs Children**, Second edition, McGraw-Hill Companies, Inc, Boston.



المحفل العلمي الدولي



يُعد "المحفل العلمي الدولي" وعاءً علميًّا خاصًّا بأعضاء منصة أريد، يستوعب ما يمكنهم القيام به من أنشطة وفعاليات علمية، وثقافية، وفكرية، وتواصلية، تُحقِّق الفائدة للمنصة وأعضائها في ضوء ما أقرّه أعضاء اللجنة التحضيرية لهذا المحفل من قيم، ورسالة، ورؤية.

منصة أريد العلمية

ARID Scientific Platform



منصة أريد هي منظمة غير ربحية تتيح التسجيل المجاني لتحقيق أهداف علمية متعددة الأوجه. تم تأسيسها من قبل باحثين وخبراء مهتمين بتطوير البحث العلمي.

مقرات المنصة: بريطانيا - ماليزيا - العراق - تركيا (13467806) ARID SCIENTIFIC LTD
All rights reserved - Address: 128 City Road, London, EC1V 2NX

● للتسجيل مجاناً في المنصة WWW.ARID.MY



Arid



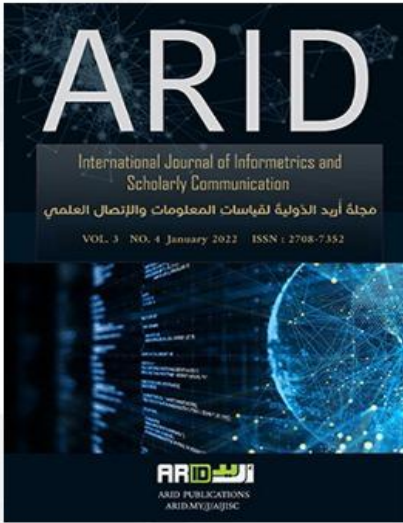
Arid

مجلات أريد الدولية

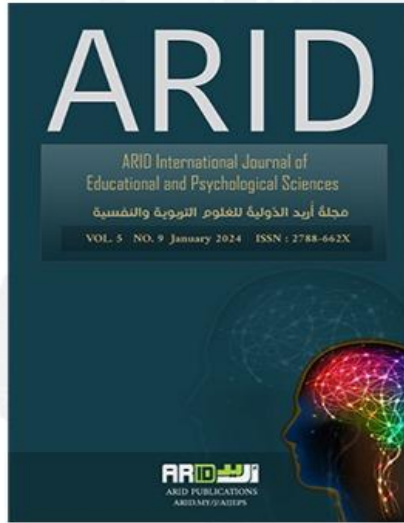
مجلات علمية تهدف الى الرقي بالمستوى العلمي
للساطقين باللغة العربية

WWW.ARID.MY

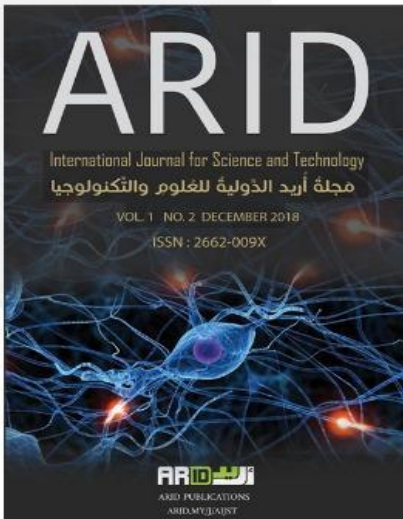
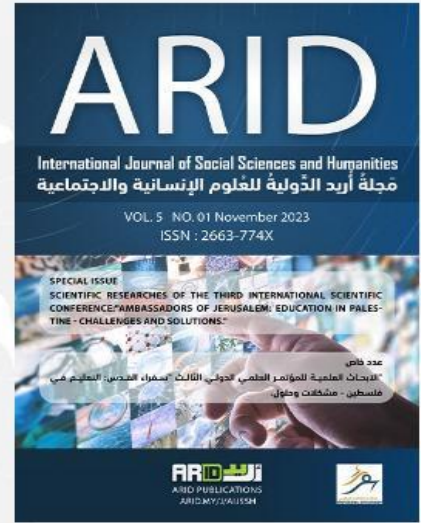
مجلة أريد الدولية لقياسات
المعلومات والاتصال العلمي



مجلة أريد الدولية للعلوم
التربوية والنفسية



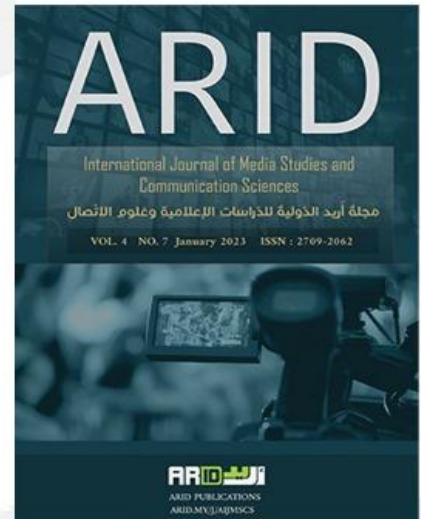
مجلة أريد الدولية للعلوم
الإنسانية والاجتماعية



مجلة أريد الدولية للدراسات
الإعلامية وعلوم الاتصال

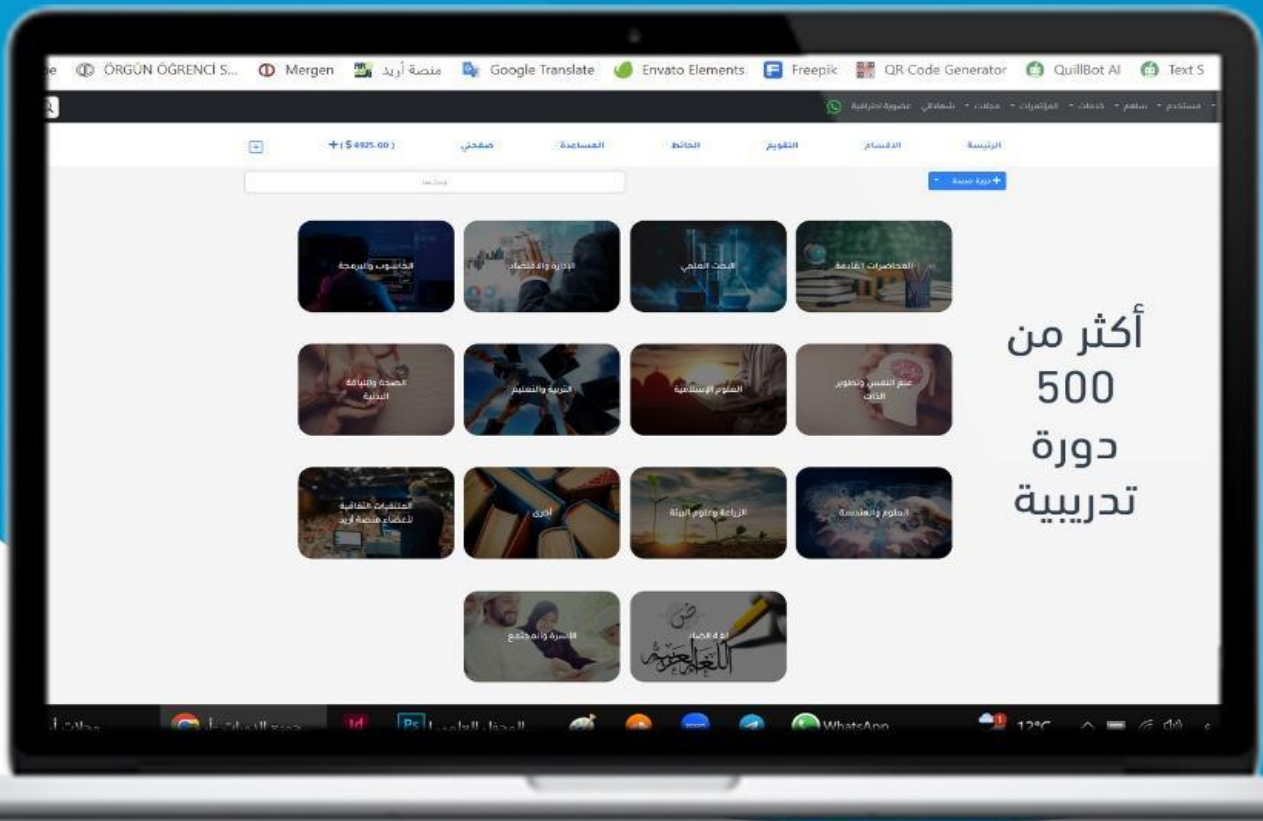


مجلة أريد الدولية للعلوم
والتكنولوجيا



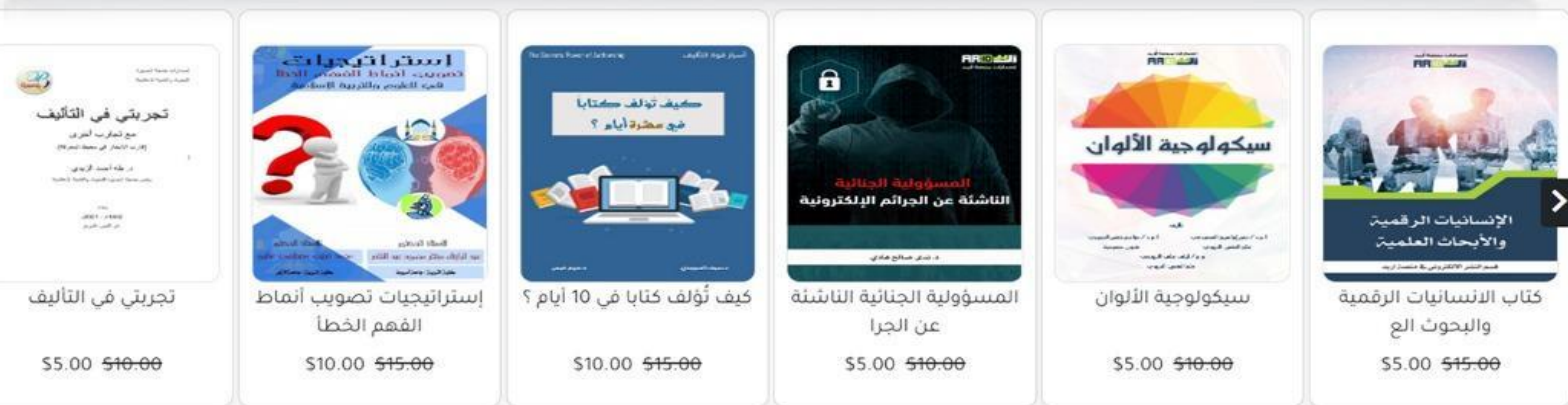
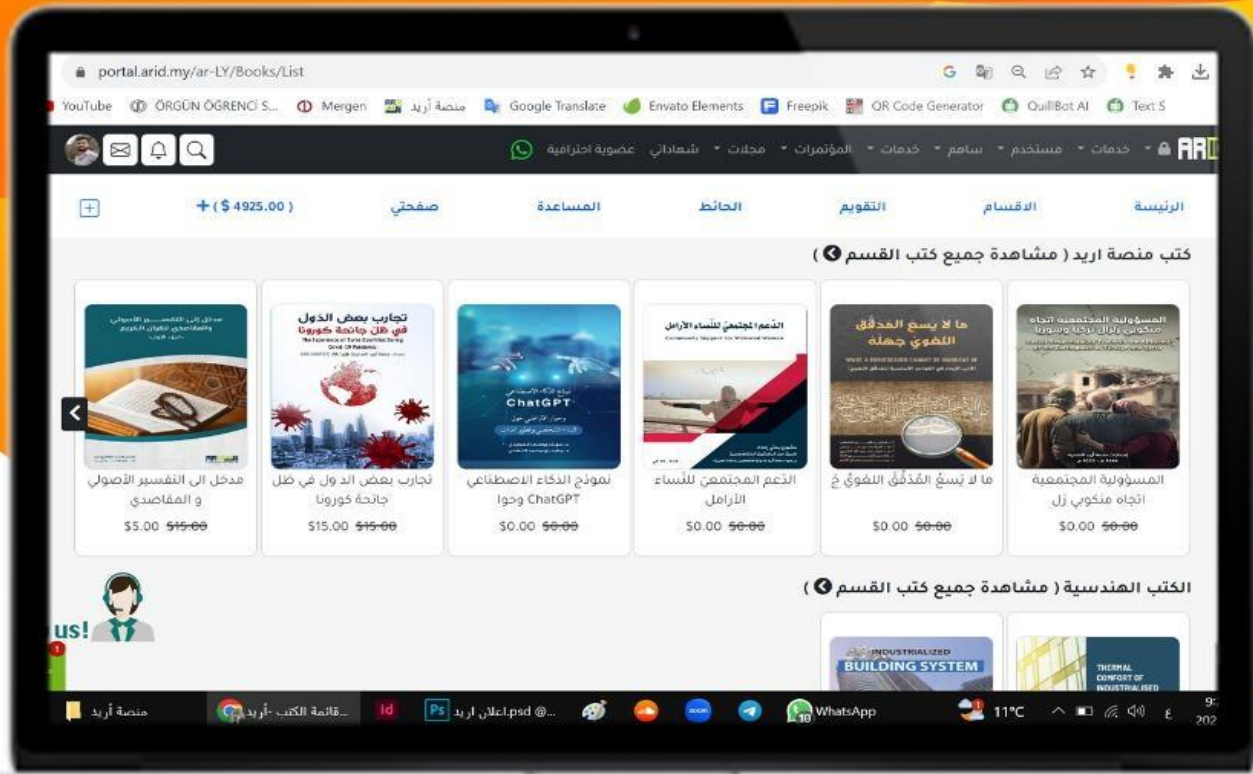
نظام عليم للتعليم الالكتروني في منصة أريد العلمية

أكثر من 500 دورة تدريبية ومحاضرة علمية



المكتبة الرقمية في منصة أريد

مكان واحد لجميع إصدارات أريد العلمية



الموقع الرسمي للمكتبة الرقمية

portal.arid.my/ar-LY/Books/List



ARID
Arabic Researcher ID

WWW.ARID.MY

أوسمة منصة أريد العلمية

سجل في منصة أريد العلمية واحصل على الأوسمة العلمية مع الشواهد وكتب التأييد

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

الكتاب هو دليل عملي للمرشدين النفسيين والمعلمين والأهل الذين يتعاملون مع أشخاص ذوي احتياجات خاصة. يتناول الكتاب مفهوم الإرشاد النفسي وأهميته في تحسين جودة حياة هذه الفئة من المجتمع. كما يقدم الكتاب نظرة عامة على أبرز نظريات الإرشاد النفسي وطرق تطبيقها في الحالات المختلفة.



أريد ARID

إصدارات منصة أريد العلمية
ARID SCIENTIFIC PUBLICATIONS