

## كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تخصص: وسائل التقصي وتقنيات العلاج في علم النفس العيادي والباثولوجي

# فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركيا

تحت إشراف:

د/ مكي محمد

من إعداد:

الطالب بنصورة عبد المالك

### لجنة المناقشة

جامعة وهران	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	السيد بن شهيدة أحمد
جامعة وهران	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقررا	السيد مكي محمد
جامعة وهران	أستاذ محاضر (أ)	عضوا مناقشا	السيد فسيان حسين
جامعة وهران	أستاذة محاضرة (أ)	عضوا مناقشا	السيدة زروالي لطيفة

السنة الجامعية: 2013 / 2014

## الاهداء:

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روعي ووجداني أمني الغالية التي لا تنساها الأقلام ولا اللسان،  
وهي الآمال والأمان، فاحفظها ياحنان.

وإلى والدي الذي تعلمت منه الجد والاجتهاد، إلى أبي عبد الرحمان، اللهم أرضى عليه  
يارحمان، وبارك في عمره يامنان.

وإلى أختي وإخواني، وأعمامي وعماتي، وخالاتي وأخوالي، وأبناء أعمامي وجيراني.

وإلى أصدقائي وأعزائي، إلى زملائي في الدراسة من الابتدائية إلى ما بعد التدرج.

وإلى كل مرأهق معاق، إلى ذوي الاحتياجات الخاصة، إلى كل أب وأم لديه طفل معاق.

وإلى كل مهتم أو باحث أو مختص في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة.

## كلمة شكر.

أولاً وقبل كل شيء، أحمد الله سبحانه وتعالى على نعمته الذي مكنني من الصحة والعافية لإتمام هذا المشروع من أوله إلى آخره، وما توفيقني إلا بالله، والصلاة على النبي المختار.

وأقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ القدير مكي محمد الذي كان مشرفاً لي في هذه الرسالة وتوجيهاته التي لم يبخل بها علينا والتي ساهمت في اخراج هذا العمل من البداية إلى النهاية.

كما أتقدم بالشكر التقدير إلى كل الأساتذة على ما قدموا لي من توجيهات ونصائح ومعلومات ومساهمات لإنجاح هذه الرسالة على أحسن وجه.

كما لا أنسى السادة الأساتذة المحكمين على صبرهم في تحكيم المقاييس وخبرتهم وتوجيهاتهم لإخراج الاختبار في صورته النهائية.

ولا أنسى احتراماتي وتقديري إلى السادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الذين بلا شك يثرون هذا العمل بالنقد البناء والاستفادة من خبراتهم وتوجيهاتهم.

والشكر موصول إلى كل من يقرأ هذا البحث المتواضع، واعتذر للقراء من أخطاء أو نسيان، فالنسيان من صفات الإنسان، والكمال لله وحده الحنان المنان.

## فهرست المحتويات :

الإهداء

الشكر

المستخلص

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

2.....	مقدمة
5.....	الفصل الأول: مدخل للدراسة
6 .....	1: اشكالية الدراسة
7.....	2: فرضية الدراسة
9.....	3: أهمية الدراسة
9.....	4: أهداف الدراسة
8.....	5: التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
10.....	6: الدراسات السابقة
18.....	7: حدود الدراسة

الجانب النظري



19.....الفصل الثاني: العلاج السلوكي المعرفي.

20.....تمهيد:

20.....أولاً.العلاج المعرفي.

23.....ثانياً العلاج السلوكي.

26.....ثالثاً العلاج المعرفي السلوكي.

26.....(1) تعريف العلاج المعرفي السلوكي.

28.....(2) أهداف العلاج المعرفي السلوكي.

29.....(3) العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي.

33.....(4) فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

39.....(5) أهمية الاسترخاء.

40.....(6) نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

41.....خلاصة.

42.....الفصل الثالث: الذات وصورة الجسم.

42.....تمهيد:

42.....أولاً) مفهوم الذات:

48.....ثانياً) صورة الجسم.

54.....ثالثاً) صورة الذات:

58.....رابعاً) تقبل الذات:

63.....خلاصة.

64.....الفصل الرابع: القلق.

65.....تمهيد:

66.....(1)تعريف القلق.

68.....(3) أنواع القلق.

69.....(5) أسباب القلق.

74.....(9) تشخيص القلق.

77.....(10) التفسيرات النظرية للقلق.

83.....	(11 نتائج القلق
84.....	(12 علاج القلق
86.....	خلاصة
<b>87.....</b>	<b>الفصل الخامس: المراهقة ومشكلاتها</b>
88.....	تمهيد:
89.....	(1)تعريف المراهقة
93.....	(4) المراهقة في علم النفس الحديث
94.....	(5) أهمية دراسة المراهقة
95.....	(6) أهداف مرحلة المراهقة
97.....	(7) أبعاد النمو في مرحلة المراهقة وخصائصها
100.....	(9) أنماط المراهقة
101.....	(10) مشكلات المراهق
109.....	(16) الهوية وصورة الذات عند المراهق
110.....	(17) العلاج والتعامل مع المراهقين
110.....	خلاصة
<b>111.....</b>	<b>الفصل السادس: الإعاقة الحركية</b>
111.....	تمهيد:
112.....	أولاً)الإعاقة
112.....	(1) تعريفالإعاقة
114.....	(2) أنواع الإعاقات وتصنيفها
117.....	(3) مشكلات الإعاقة
119.....	(4) استراتيجيات الإرشاد والعلاج
120.....	ثانياً) الإعاقة الحركية
120.....	(1-2) تعريف الإعاقة الحركية
122.....	(3-2) أسباب الإعاقة الحركية
124.....	(4-2) احتياجات المعوقين حركياً
125.....	(5-2) المشكلات المترتبة عن الإعاقة الحركية

127.....القانون الجزائري وحماية المعوقين (7-2)

130.....علاج وتأهيل المعوقين حركياً (10-2)

133.....خلاصة

## **الجانب التطبيقي :**

**الفصل السابع: منهجية البحث وأدواته**

**تمهيد: 137.....**

138.....(1) تعريف المنهج:

140.....(2) الاختبارات النفسية:

140.....(1-2) اختبار القلق:

142.....(2-2) اختبار صورة الذات:

149.....(3) البرنامج العلاجي:

149.....(1-3) الخلفية النظرية للبرنامج:

152.....(2-3) خطة البرنامج:

153.....(3-3) جلسات البرنامج:

155.....(4) الدراسة الاستطلاعية:

## **الفصل الثامن: دراسة الحالة**

160.....(1) الحالة الأولى:

160.....(1-1) البيانات الأولية و السيمائية العامة للحالة

161.....(2-1) الاختبارات النفسية قبل البرنامج:

165.....(3-1) جلسات البرنامج العلاجي

171.....(4-1) الاختبارات النفسية بعد البرنامج:

175.....(5-1) مناقشة النتائج:

180.....	(2) الحالة الثانية:
180 .....	(1-2) البيانات الأولية والسيمائية العامة للحالة
181.....	(2-2) مناقشة النتائج:
183.....	(3) الحالة الثالثة:
183.....	(1-3) البيانات الأولية والسيمائية العامة للحالة:
184.....	(2-3) مناقشة النتائج:
186.....	(4) الحالة الرابعة:
186 .....	(1-4) البيانات الأولية والسيمائية العامة للحالة
187.....	(2-4) مناقشة النتائج:
189.....	(5) نتائج القاس التبعي:
190.....	خلاصة:

#### الفصل التاسع: مناقشة الفرضيات والنتائج

192.....	(1) تمهيد:
192.....	(2) مناقشة الفرضية الأولى:
194.....	(3) مناقشة الفرضية الثانية:
197.....	(4) خاتمة:
198 .....	(5) التوصيات والمقترحات.

## فهرس الجداول:

رقم الصفحة	العنوان	الرقم
74	جدول يوضح الفرق بين الخوف والقلق العادي	1
75	جدول يوضح أوجه الاختلاف بين القلق والخوف	2
120	جدول يوضح مستوى الوقاية من الإعاقة	3
121	جدول يوضح مصطلحات الإعاقة الحركية والصحية	4
123	جدول يوضح أسباب الإعاقة الحركية والوقاية منها	5
141	جدول يوضح مستويات القلق	6
149	جدول يوضح مستويات صورة الذات	7

## قائمة الملاحق:

رقم الصفحة	العنوان	الرقم
213	اختبار القلق كحالة وكسمة	1
216	اختبار صورة الذات	2
219	قائمة المحكمين	3
220	رخصة تسهيل المهمة	4
221	أجهزة المعاقين حركياً	5

# مقدمة

## المقدمة:

المعاقون حركياً هم شريحة من المجتمع وهم جزء منه، فلا يجب إهمالهم بأي حال من الأحوال، بل يجب الاهتمام بهم كما نهتم بالأسوياء، ويجب أن نهتم برعايتهم وتربيتهم من أجل الاستفادة من قدراتهم والتقليل من معاناتهم، وبالخصوص فإنهم يمثلون نسبة معتبرة، فقد قدرت الإحصائيات التي قامت بها منظمة هيئة الأمم المتحدة، أن هناك أكثر من 500 فرد معوق عبر دول العالم، والمعاناة لا تقتصر على المعوق بل تؤثر على العائلة والمجتمع أيضاً، ولذلك تسعى مختلف الدول الاهتمام بهذه الشريحة وتقديم لهم الخدمات في التعليم والتأهيل وغيرها.

ولأن العلم يهتم بدراسة المواضيع التي تتعلق بالإعاقة وغيرها فإن موضوع دراستنا يهتم بدراسة محددة وهو القلق وصورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً، وكما بينت الدراسات أن للإعاقات على اختلاف أنواعها تأثير سلبي في سلوك الفرد وتصرفاته المختلفة، خاصة أن الشعور بالنقص الناشئ على القصور العضوي يصبح عاملاً مستمراً وفعالاً في النمو النفسي للمعوق.

ويرى غزوان بأن الحديث عن القلق كثيراً في أيامنا الحاضرة، وازداد الاهتمام به في ميادين الدراسات النفسية، لا يقف الاهتمام به عند حدود أنه ظاهرة نفسية بل يتعداها إلى أنه شكل من أشكال الاضطراب النفسي. (غزوان، 2012: 149).

ولأن العلاج السلوكي المعرفي من العلاجات التي حققت نتائج ملموسة في علاج القلق وتغير صورة الذات والتشوهات الفكرية التي من شأنها التأثير على السلوك لدى المراهق، ولذا فقد أخترت العلاج السلوكي المعرفي لكونه الأنسب لمثل هذه الاضطرابات كما بينت الدراسات.

ويشير ضيف الله ان العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا

الأسلوب الى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرق أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المريض.

"وهذا العلاج يحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي وخاصة التي أثبتت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطلب المساعدة بهدف إحداث تغيرات مطلوبة في سلوكه، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يهتم بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي مع من حوله من خلال التقنيات واستراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيرات المرغوب فيها". (ضيف الله، 2012:19).

والإعاقة الحركية في هذا السن يكون لها أثر بالغ على شخصية المراهق سواء من جانب صورة الذات وما يتعلق بها من تشوهات أو من جانب القلق الذي عادة ما يرتبط بمثل هذه التشوهات والاعاقات، وسأحاول تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي من أجل تحسين صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

وانطلاقاً من هذا كانت الدراسة على جانبين وهما الجانب النظري واشتمل على مجموعة من الفصول وهي:

الفصل الأول: مدخل للدراسة: ويحتوي على إشكالية الدراسة، وفرضيات الدراسة، وأهمية الدراسة، وأهداف الدراسة، المفاهيم الإجرائية للدراسة، وحدود الدراسة، والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: يحتوي هذا الفصل على العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته وأساليبه.

الفصل الثالث: ويحتوي على الذات، ومفهوم الذات، وصورة الذات، وصورة الجسم وبعض الاضطرابات المتعلقة بها والأسباب وغيرها.



الفصل الرابع: يحتوي على القلق والاضطرابات المتعلقة به، بداية من التعريفات والأسباب إلى النظريات والعلاج.

الفصل الخامس: يحتوي على المراهقة وما يتعلق بها من مشكلات باختلاف أنواعها.

الفصل السادس: يحتوي هذا الفصل على الإعاقة بشكل عام، ثم الإعاقة الحركية بشكل خاص، تعريفها وأسبابها وما يتعلق بها من تأهيلات وعلاجات.

والجانب التطبيقي والذي اشتمل على الفصول التالية:

الفصل السابع: يتضمن إجراءات الدراسة الميدانية، من خلال تحديد المنهج المتبع والعينة والأدوات.

والفصل الثامن: تتم فيه دراسة الحالات وما يتعلق بها من اختبارات قبلية وتطبيق البرنامج العلاجي على أن يتم إجراء اختبارات بعدية للتأكد من صلاحية الفرضيات وفعالية البرنامج العلاجي، حيث يتم في هذا الفصل تحليل ومناقشة نتائج دراسة الحالة وعلاجها.

والفصل التاسع: يتضمن تفسير النتائج المتوصل إليها على ضوء الفرضيات المطروحة.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## مدخل للدراسة

1: اشكالية الدراسة

2: فرضية الدراسة.

3: التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

4: أهمية الدراسة .

4: أهداف الدراسة.

5: الدراسات السابقة.

6: حدود الدراسة.

## الفصل الأول

### مدخل للدراسة

#### إشكالية الدراسة:

يبدو أن الفرد في محيطه الذي يعيش فيه يسعى ليكون كغيره من الأفراد ، ليحس بالسعادة ويتحقق له التوازن من كل النواحي النفسية والاجتماعية وغيرها، ويحتل موضوع إشكالية الذات مركزاً هاماً في نظريات الشخصية، بل ويعتبر من العوامل الرئيسية التي تؤثر في السلوك، ولقد حظي مفهوم الذات وما يتعلق به من إصابة جسمية باهتمام بالغ في من طرف الباحثين والدارسين، والصورة الجسمية من أهم العوامل المؤثرة في صورة الذات وخاصة إذا كان من ذوي الاحتياجات الخاصة بأية صورة من الإعاقات ، وخاصة الحركية التي قد تسبب قلقاً للمعاق وتضايقه وتجعله يحس بالنقص والدونية وعدم الرضا عن نفسه وتسبب له تشوهاً في صورته وعدم تقبلها.

كما تعتبر مشكلة الإعاقة من أهم المشاكل التي تحتل مركزاً حيوياً في برنامج تنمية الموارد البشرية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، فهي مشكلة تتعلق بحوالي "10-15" بالمئة من تعداد السكان في مجتمعات الدول النامية، وهؤلاء الأفراد يقعدهم تعوقهم عن المساهمة في الإنتاج ويصبحون عبئاً على اقتصاد المجتمع، حيث تبلغ تكلفة إعداد وتأهيل الطفل المعوق أكثر من عشرة أضعاف تكلفة الطفل العادي، وبعض المعوقين يحتاجون إلى إعانة دائمة طوال حياتهم، ولهذا فإن مشكلة التعوق ليست مشكلة صحية فقط ولكنها مشكلة اجتماعية واقتصادية أيضاً. (خليل الشاذلي وآخرون، 1999: 404).

ويواجه الأفراد المعوقون جسماً نفس المشكلات والصعوبات الاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الأفراد غير المعوقين من نفس العمر، إضافة إلى ذلك فإن

هؤلاء الأفراد يواجهون مشكلات أخرى بسبب إعاقتهن وما يرتبط بها من اتجاهات الآباء والأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم.

لذا ينبغي أن يكون الهدف من برامج التربية الخاصة للمعاقين حركياً هو إعداد الفرد ليأخذ مكانه في العالم الذي يعيش فيه اجتماعياً واقتصادياً، وأن يدرب نفسه عن الاستفادة من قدراته ومعلوماته إلى أقصى حد ممكن.

ولأن العلاج المعرفي السلوكي له أهمية كبيرة في خفض القلق، فقد اعتمدنا في هذه الدراسة هذا العلاج خاصة أنه أثبت جدارته، وفي دراسة ستانلي وآخرين هدفت إلى معرفة مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج مرضى القلق، وقد تكونت الدراسة من اثني عشر مريضاً من المرضى المنومين بدار الرعاية الاجتماعية وبالفعل أوضحت نتائج الدراسة تحسناً دالاً في خفض حدة القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم، كذلك دراسة ميكل وآخرين Michel.D.et.al2003 ، التي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج مرضى القلق وقد تكونت الدراسة من 52 مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة، وكان البرنامج العلاجي يتضمن 14 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وأوضحت نتائج الدراسة تحسناً دالاً إحصائياً بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

### ومن هنا نطرح الإشكالية التالية:

- ما فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً؟

### الإشكاليات الفرعية:

ما فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً؟

ما فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من القلق لدى المراهق المعاق حركياً؟

## فرضيات الدراسة:

**الفرضية العامة:** هذا البرنامج المعرفي السلوكي له فعالية في تقبل صورة الذات و التخفيف من القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

## الفرضيات الجزئية:

هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي له فاعلية في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً.

هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي له فاعلية في التخفيف من القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

## التعريف الاجرائية:

## العلاج المعرفي السلوكي :

هي مجموعة من التقنيات التي تطبق على العميل أو الفاحص على المفحوص حيث تكون هذه التقنيات بعضها بأساليب معرفية مثل المراقبة الذاتية وبعضها بأساليب سلوكية مثل الواجبات المنزلية والاسترخاء ،حيث تستعمل منظمة ومخططة من أجل تحقيق الأهداف كتغيير صورة الذات للعميل.

**القلق:** القلق عند المعاق حركيا يكون بسبب إعاقته، وهي تلك الحالة التي يكون فيها والتأثير الذي يصيبه في مواقفه اليومية أو تعاملاته التي تتأثر بسبب إعاقته وعجزه الحركي.

## المراهقة:

هي الفترة التي تمتد من سن 12 إلى 18 وتختلف بسبب إختلاف الجنس، وهذه المرحلة ينتبه فيها المراهق إلى جسمه ويهتم بشكله،وهذه المرحلة تحدث بعض التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية والإنفعالية تؤثر على تصرفاته .

**الإعاقة:** هي ذلك العيب الذي يشعرك بالنقص والدونية التي قد تؤثر على قدرات الشخص المعاق والتي تسبب له عدم الاستفادة مما يستفيد منه الآخرين العاديين .

**الإعاقة الحركية:** هي حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدراتهم الحركية ونشاطاتهم سواء كان خلقي أو مكتسب عادة تكون في الأطراف ، حيث يتأثرون في مختلف المجالات الحياتية الإجتماعية والإنفعالية وحتى العقلية .

**صور الذات:** هي تلك الصورة التي يتصورها الفرد أو المعاق عن نفسه، وهذه الصورة تكون سلبية بسبب إعاقته الحركية ، فتكون صورته عن ذاته مشوهة .

### **دواعي وأسباب إختيار الموضوع:**

رغبة الطالب الباحث بالقيام بهذا الموضوع ومحاولة معرفة المزيد من عوامله

إضفاء الجديد على البحوث النفسية والإجتماعية.

الإصغاء لهذه الشريحة من المجتمع ، وإزالة العزلة عنهم.

إزالة العوائق حتى يتمكنوا من مواصلة مشوارهم الحياتي.

### **أهمية الدراسة:**

عن طريق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التخفيف من القلق لديهم.

البحث عن طريق أداة مقننة يمكن إستخدامها في هذا المجال.

التعرف على ذوي الإعاقات الجسدية والحركية نقطة هامة وأساسية لتذليل الصعوبات في حياتهم، ومساعدتهم على تكوين اتجاهات إيجابية نحوهم ونحو إعاقاتهم وسهولة التكف معها .

كما يعد القلق من ابرز المعوقات التي تواجه فئة ذوي الإعاقات الحركية لمختلف الشرائح .

ان البحث الحالي قد يسهم في تقديم برامج معرفية تعين على تخفيض القلق لذوي الإعاقات وخاصة الجسدية والحركية .

كما أن أهمية البحث تساهم في تعريف الأسرة والمجتمع من المهتمين ببيئة المعاقين لمساعدتهم بشتى الطرق والبرامج الممكنة

### أهداف الدراسة:

- تسليط الضوء على فئة المراهقين المعاقين حركياً، وما تتطلبه هذه الفئة من مساعدة واهتمام خاصة فيما يتعلق بالجوانب النفسية والتأهيلية.
- التعرف على كيفية إدراك المصاب بالإعاقة الحركية لصورة ذاته وخاصة في ضوء معاناته وتقبله لذاته.

- لفت الانتباه لفئة المراهقين المعاقين حركياً.

التعرف أكثر على العوامل والأسباب المؤثرة فيها وآثارها وسلبياتها وإيجابياتها. توثيق الصلة بين المعاق والمجتمع سواء كان المدرسة أو البيئة أو المجتمع الذي يعيش فيه.

محاولة التعرف على الآثار النفسية التي تنجم عن المعاقين.

استخلاص بعض النتائج التي يمكن أن تعمم من خلال البرنامج الذي من خلاله نحاول أن نخفف القلق عن الفئة المعاقة حركياً.

### الدراسات السابقة:

#### الدراسات التي تناولت القلق والإعاقة الحركية:

هدفت دراسة زيدان (1986م) إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال المعاقين بشلل الأطفال من الجنسين وبين الأطفال العاديين ، وذلك في أبعاد مفهوم الذات أي أن نوع العجز هنا يقتصر على الإعاقة الناتجة عن الإصابة بشلل الأطفال دون سواه . وتكونت عينة البحث من 120 تلميذ وتلميذة تتراوح أعمارهم من (9-12) سنة مقسمين إلى : (30 طفل ذكر و30 طفلة أنثى من العاديين ) و (30 طفل ذكر و30 طفلة أنثى مصابين بشلل الأطفال ) . واستخدم الباحث اختبار الذكاء المصور من



إعداد أحمد زكي صباغ ، واستمارة المستوى الاجتماعي ( الاقتصادي - الثقافي ) من إعداد سامية قطان ، ومقياس مفهوم الذات من إعداد عادل الأشول . وتوصل الباحث إلى عدة نتائج منها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات بُعد القلق لمفهوم الذات بين الأطفال العاديين وبين الأطفال المعاقين لصالح الأطفال المعاقين ( ذكور وإناث ) . (سارة القحطاني، 2009: 99).

وأجرى الربضي (1990م) دراسة هدفت إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها المعوقون حركياً في محافظة إربد في الأردن ، حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية من مدينتي إربد والمفرق اشتملت على 71 طالباً وطالبة وقد أظهرت النتائج أن مستوى المعاناة لدى الإناث يفوق مثله لدى الذكور ووجود مشكلات بين الفرد وذاته والفرد مع المجتمع ، وأشارت النتائج إلى أن أبرز هذه المشكلات التي يعاني منها المعوقون تمثلت في عدم الثقة بالنفس ، وعدم شعور الفرد المعوق بإنسانيته ، والشعور بالخجل ، والقلق ، والإحباط ، وعدم مقدرة الفرد المعوق على الحركة بنفسه ، وعدم القبول الاجتماعي ، وعدم الرضا عن النفس ، وعدم الاطمئنان ، وعدم الاستقرار النفسي . (سارة القحطاني، 2009: 99).

وتناولت دراسة غلاب والدسوقي (1996م) مقارنة الأطفال المصابين بشلل الأطفال والعاديين في بعض متغيرات الشخصية ( مفهوم الذات ، التوافق النفسي الاجتماعي ، وجهة الضبط ، الدافعية للإنجاز ، القلق كحالة ، القلق كسمة ) . وكان عدد العينة 121 طفلاً مقسمة إلى مجموعتين : المجموعة الأولى 65 طفلاً من الأطفال المصابين بشلل الأطفال ( 37 طفل ذكر ، و 28 طفلة أنثى ) ، والمجموعة الثانية تكونت من 56 طفلاً من العاديين ( 36 طفل ذكر ، و 20 طفلة أنثى ) . وكانت الأدوات المستخدمة في البحث هي : اختبار الشخصية للأطفال ، مقياس مفهوم الذات للأطفال ، اختبار مركز التحكم للأطفال ، اختبار الدافع للإنجاز للأطفال و اختبار القلق ( الحالة ، السمة ) للأطفال . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاديين والمصابين بشلل الأطفال في القلق . (سارة القحطاني، 2009: 99).

كما هدفت دراسة ( بطاينة و مقابلة ، 2004م) إلى التعرف على مشكلات الأفراد المعوقين حركياً في محافظة إربد ، وبيان علاقة هذه المشكلات بكل من الجنس والحالة الاجتماعية والعمل والمستوى التعليمي ومكان الإقامة . ولتحقيق ذلك طورت أداة لقياس مشكلات الأفراد المعوقين حركياً " والتي تعبر في مجموعها عن المشكلات التي يعاني منها الفرد المعوق حركياً مصاغة في 73 فقرة موزعة في ستة مجالات منها المجال النفسي الذي يدل على شعور المعوق بالقلق والتوتر والقدرة على مواجهة الآخرين " تتوافر فيها شروط الصدق والثبات المناسبة ، ومن ثم تم توزيعها على عينة مكونة من 180 فرد معوق حركياً من محافظة إربد ، وكشفت نتائج الدراسة عن أن درجة المشكلات للمعوقين حركياً كانت ضمن درجة "غالباً" ، وبينت النتائج أيضاً فروقاً ذات دلالة إحصائية في المشكلات للمعوقين حركياً تبعاً لمتغيرات: الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين ، والعمل لصالح الذين يعملون ، والمستوى التعليمي لصالح الجامعيين . كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى متغير الجنس ، ومكان الإقامة . وقدم الباحثان عدداً من التوصيات في ضوء نتائج الدراسة .

وهدف دراسة ( الشقيرات، وأبوعين، 2001م) إلى الكشف عن الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسدياً ( من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع ) ، وبين مفهوم الذات لديهم، وقد تكونت عينة الدراسة من 307 أشخاص من المعوقين جسدياً في الأردن، وتم استخدام مقياسين هما : مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس آخر لمفهوم الذات، وأشارت النتائج إلى أن الدعم المقدم من مصادره الثلاثة ( الأسرة ، الأصدقاء و أفراد المجتمع ) يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المعوقين جسدياً بشكل عام ، ولدى المصابين ببتير في أحد الأطراف ، والمصابين بإعاقات جسدية مختلفة، وأشارت إلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة يساعد في تكوين مفهوم ايجابي للذات لدى المصابين بالشلل الدماغي، ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة . وكذلك أشارت إلى أن الدعم المقدم من الأصدقاء يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي للذات لدى المصابين ببتير في أحد الأطراف . كما أشارت إلى أن الدعم المقدم

من أفراد المجتمع يساعد في تكوين مفهوم للذات لدى المعوقين جسدياً بشكل عام ،  
ولدى المصابين بشلل الأطفال ، ولدى المصابين بإعاقات جسدية مختلفة . (سارة  
القحطاني، 2009: 100).

دراسة دنيا الظاهر 2008: حيث قسمت هذه الدراسات أفراد العينة الى  
مجموعتين تجريبية وضابطة مصابون بالإعاقة الحركية حيث تميزت أفراد هذه  
العينات بانخفاض لتقدير ذواتهم، فسعت هذه الدراسات إلى رفع هذا التقدير لديهم من  
خلال تطبيق برامج إرشادية على المجموعات التجريبية دون الضابطة وتوصلت  
النتائج إلى ذلك من خلال القياس البعدي للمجموعات التجريبية.(حبيبة ضيف الله،  
2012: 5).

كما أجرى عبد الهادي 1996، دراسة هدفت إلى التعرف إلى أثر برنامج  
رياضي مقترح على بعض عناصر اللياقة البدنية والكفاءة المهنية للمعاقين بدنياً  
واعتمد على المنهج التجريبي على عينة تجريبية مكونة من 15 معاقاً حركياً بشلل  
الأطفال وعينة ضابطة مكونة من 10 معاقين حركياً، تتراوح أعمارهم ما بين  
15-20 سنة، وقد روعي التجانس بين أفراد المجموعتين من حيث مستوى الإصابة  
وفي العمر والطول والوزن أيضاً، وبعد تطبيق البرنامج أظهرت النتائج وجود  
فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة بين القياس القبلي والبعدي  
لصالح المجموعة التجريبية.(عادل خوجة، 2009: 50).

#### ثانياً : الدراسات التي تناولت القلق :-

دراسة ( العطية، 2002م) التي تهدف إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي  
معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى الأطفال بمرحلة الطفولة  
المتأخرة في دولة قطر ، وتكونت عينة الدراسة من 746 طفلة من بعض المدارس  
الابتدائية للبنات بمدينة الدوحة بدولة قطر ممن تراوحت أعمارهن ما بين ( 9-12 )  
سنة ، استخدمت فيها الباحثة برنامج إرشادي معرفي سلوكي من إعدادها ، وأسفرت  
النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة

التجريبية في القياس البعدي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح وجود فروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة في القياس البعدي مقارنة بمتوسطات درجاتهم في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق . في حين وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس اضطرابات القلق. كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة في القياس التتبعي على مقياس اضطرابات القلق لصالح أطفال المجموعة التجريبية بينما لم توجد فروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس اضطرابات القلق مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال عينة الدراسة واستمرار تأثير هذا البرنامج بعد تطبيقه لمدة شهر من المتابعة. أما بالنسبة لنتائج الدراسة الكلينية فقد اتضح ان العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الحالتين الأعلى في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط والمشكلات الأسرية .

دراسة (كامل ، 2003م ) التي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع هذا من ناحية , والتعرف على الفروق بين الجنسين في تقدير الذات والقلق الاجتماعي ، تكونت عينة الدراسة من ( 120 ) طفل بمدرسة الأمل الابتدائية للسمع وضعاف السمع بمدينة بنها, محافظة القليوبية, ويتراوح أعمارهم ما بين ( 9 – 12 ) ولديهم فقد سمعي يتراوح ما بين ( 41 – 55 ) ديسبل, ويرتدون أداة معينة ، وتم تطبيق مقياس تقدير الذات للأطفال من إعداد الباحث ومقياس القلق الاجتماعي للأطفال من إعداد الباحث أيضاً و أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه سالبة ما بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي، لدى الذكور والإناث، و كذلك أيدت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً

بين درجات الذكور والإناث على متغير القلق الاجتماعي , وذلك لصالح الإناث ، كما وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث على متغير تقدير الذات، وذلك لصالح الذكور.

دراسة سارة القحطاني عام 2009 التي هدفت الى دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية ، بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف ، من خلال :

دراسة الفروق بين قياسات مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من ذوي الإعاقات الجسدية الحركية - قبلي ، بعدي - تطبيق برنامج اللعب .

قياس حجم الأثر الذي يحدثه برنامج اللعب في مستوى القلق لدى المجموعة التدريبية من ذوي الإعاقات الجسدية الحركية .

- حيث كانت الإشكالية كالتالي : هل هناك فروق دالة إحصائية بين مستوى القلق في الإختبار القبلي والبعدي للأطفال المعاقين حركياً ؟

### دراسات في الذات والإعاقات الحركية:

أجرى القيسي دراسة استهدفت بناء مقياس لمفهوم تقبل الذات لدى معوقي الحرب تم التعرف على طبيعة هذا المفهوم لديهم تبعاً لمتغير العوق بعد بناء المقياس وتطلبت الدراسة لتحقيق هذا الغرض اجراءات منها اعداد تقبل الذات لدى المعوقين ، حدد الباحث وفقها مجالات المقياس واعداد الفقرات وتعليماتها وبعد اعداد هذه المتطلبات وتجربتها وعرضها على المختصين بلغ عدد الفقرات المقياس "103" بصيغته الأولى ولاستخراج صدقه عرض مرة أخرى على لجنة من المختصين في مجال التربية وعلم النفس حتى أصبح عدد الفقرات "98" فقرة نالت موافقة الحكام ثم جرى تحديد الفقرات الإيجابية والسلبية ونالت موافقة الحكام مرة أخرى "75" فقرة وحدد بعد ذلك تعليمات الاجابة على التجربة الاستطلاعية الثالثة، ثم طبق أخيراً على عينة من المعاقين بلغت "203" معوق لغرض تحليل الفقرات لاستخراج تمييز على فقرة من فقراته ودرجة الإنسجام والموضوعية ثم استخراج الثبات بطريقتين، طريقة

التجزئة النصفية وتحليل التباين إذا بلغت قيمتها "0،84" و"0،95" على التوالي واستخرجت أيضاً ثلاثة أنواع من الصدق الظاهري وصدق التمييز وصدق الارتباطات الداخلية بين مجالات المقياس.

أحرى الصمادي والمومني (1995) دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم الذات ومركز الضبط لدى الأفراد المعوقين حركياً والمنتجون إلى مؤسسات الرعاية الخاصة بالأفراد المعوقين حركياً في الأردن، وقد تألفت عينة الدراسة (230) فرد معوق حركياً ومن المنتمين إلى مؤسسات الرعاية الخاصة بالأفراد المعوقين حركياً في الأردن، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في مفهوم الذات ومركز الضبط، تعزى إلى المستوى التعليمي ولصالح حملة البكالوريوس، وقد فسر ذلك على أساس التعليم الجامعي يسمح المجال للمعوقين حركياً للاختلاط بالآخرين والاعتماد على الذات وتحمل المسؤولية، وهذا يجعل الأفراد المعوقين حركياً من حملة البكالوريوس أكثر ميلاً للضبط الداخلي، وأكثر تقبلاً لذواتهم من نظرائهم من حملة الثانوية فما دون.

وأجرى العتوم والمومني في سنة (1994) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر أسباب الإعاقة والوضع الاجتماعي ومكان السكن في مفهوم الذات للمعوقين حركياً في الأردن، وقد تألفت عينة الدراسة من (340) معوق حركياً، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات تعزى إلى الحالة الاجتماعية ومكان السكن، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات تعزى إلى سبب الإعاقة ولصالح المتزوجين.

دراسة لندن وآخرين Linden;M.al2005 :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضاً شخصوا باضطراب القلق، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تم علاجها بالعلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها 36 مريضاً، أما المجموعة الثانية لم يتلقوا العلاج وهي المجموعة الضابطة وكان عدد الجلسات النفسية 25 جلسة، وكانت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة هي مقياس هاميلتون للقلق، وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر. (ضيف الله الغامدي، 2013: 214).

دراسة أرنتز 2003 Arntz: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 45 مريضاً ممن يراجعون العيادات النفسية، حيث تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الثانية تلقت التدريب على الاسترخاء وتضمن البرنامج العلاجي 12 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً لأفراد المجموعتين بعد العلاج، كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضاً تحسناً خلال فترة المتابعة كما أن فنية التدريب على الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة والتي تمثلت بستة أشهر، وهذه النتائج تؤكد أن كلا الطريقتين لهما فاعلية في خفض مستوى اضطراب القلق. (ضيف الله الغامدي، 2013: 214).

دراسة بزواز وآخرين Bizwas,A.et.al 2001: هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج مرضى القلق وقد تكونت



عينة الدراسة من 30 مريضاً من الأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق، وتراوحت أعمار هذه العينة بين 25 و40 سنة، والأدوات المستخدمة في هذه الدراسة مقياس هاميلتون للقلق ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس قوة السيطرة ودراسة الحالة، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لصالح العينة التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي، على عكس الأفراد الذين تلقوا برنامج التغذية المرتدة لم تكن درجة التحسن دالة. (ضيف الله الغامدي، 2013: 217)

**دراسة روبرت وآخرين 2000 Robert.et.al:** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 26 مريضاً ممن يعانون من اضطراب القلق، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وهي المجموعة التجريبية وكان عدد أفرادها 14 مريضاً، والمجموعة الثانية وهي المجموعة الضابطة وكان عدد أفرادها 12 مريضاً، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، كما أوضحت نتائج الدراسة. (ضيف الله الغامدي، 2013: 217)

#### **دراسة أوست وآخرين 2000 Oest,L.et.al:**

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 33 مريضاً، تتراوح أعمارهم ما بين (20 و60) سنة، تم تشخيصهم بدليل التشخيص للإضطرابات النفسية وإحصاءها الثالث المعدل 1987، وقسمت العينة لمجموعتين إحداهما بالتدريب على الاسترخاء والثانية بالعلاج المعرفي السلوكي، كلا المجموعتين تلقى برنامجاً علاجياً من 12 جلسة، وتم استخدام مقياس التقدير الذاتي للقلق، وكانت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً لكلا البرنامجين. (ضيف الله الغامدي،

(2013: 218)



### دراسة ميلندا وآخرين 2003: Melinda, et.al stanley:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق لدى كبار السن وقد تكونت عينة الدراسة من 12 مريضاً أعمارهم ما بين ( 62 و 79 ) سنة، وأوضحت نتائج الدراسة تحسناً دالاً في خفض القلق والاكئاب لدى هؤلاء المرضى بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم. (ضيف الله الغامدي، 2013: 215)

### دراسة ميكل وآخرين 2003: Michel.D.et.al:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى القلق، كان عددهم 52 تم تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة كل واحدة تشمل من 4 إلى 6 من المرضى، ويتضمن البرنامج العلاجي 14 جلسة بواقع جلسة في الأسبوع، وكانت الأدوات المستخدمة استبيان التقدير الذاتي للقلق، التقويم الاكلينيكي من خلال المقابلة، وأوضحت نتائج الدراسة ان هناك تحسن دال احصائياً بعد تطبيق البرنامج. (ضيف الله الغامدي، 2013: 215)

### التعليق على الدراسات السابقة:

#### الدراسات العربية:

من حيث التعددية كانت الدراسات السابقة مختلفة ومتعددة:

هناك دراسات في الاعاقة الحركية والقلق مثل دراسة زيدان 1986، ودراسة الربضي 1990، ودراسة غلاب والداسوقي.

وهناك دراسات تناولت المشكلات التي يعاني منها المعوقين حركياً مثل دراسة بطاينة ومقابلة 2004 في محافظة أربد.

وهناك دراسات تناولت القلق والعلاج المعرفي السلوكي مثل دراسة العطية.

وهناك دراسة تناولت الذات والاعاقة مثل دراسة القيسي ودراسة الصمادي والمومني.

معظم الدراسات العربية كانت إحصائية وبعضها كانت مقارنة.

بعض الدراسات كانت على عينة كبيرة مثل دراسة العتوم والمومني 1994 كان عدد العينة 340 فرد، ودراسة العطية 2002 كان عدد العينة 746 طالب.

بعض الدراسات قامت على كلا الجنسين، مثل دراسة زيدان 30 أنثى و30 ذكر، ودراسة الربضي كانت مختلطة بين طلاب وطالبات.

### أما من حيث الدراسات الأجنبية:

معظم الدراسات الأجنبية كانت مقارنة بين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة مثل دراسة لندن وآخرين، ودراسة ارنتز، ودراسة ميكل وآخرين 2003.

بعض الدراسات كانت مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وغيره مثل دراسة بزوار وآخرين 2001 كانت مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة، ودراسة أوست وآخرين 2000 كانت مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء.

أما من حيث الاعمار كانت مختلفة، هناك دراسات قامت على الكبار وبعضها على الطلاب.

كل الدراسات أثبتت نجاح العلاج الذي قامت عليه، سواء كان العلاج معرفي سلوكي أو غيره.

أما من حيث الأدوات كانت أدوات مختلفة، فدراسة أوست وآخرين أستعملت الدليل التشخيصي الثالث المعدل 1987، ودراسة لندن وآخرين استعملت دليل التشخيص الرابع المعدل 1994 ومقياس هاملتون للقلق، ودراسة ميكل وآخرين استعملت استبيان التقدير الذاتي للقلق والتقويم الاكلينيكي من خلال المقابلة الشخصية.

أما من حيث جلسات البرنامج العلاجي كانت معظم الدراسات لا تتعدى 12 جلسة في البرنامج العلاجي.

**استفادة الباحث من الدراسات السابقة:** استفاد الباحث من الدراسات السابقة من حيث إثراء الجانب النظري للدراسة، وكذلك استفاد الباحث من دعم تفسير فرضيات البحث والنتائج المتوصل إليها.

#### **حدود الدراسة:**

الحدود الزمانية: في الموسم الدراسي 2013-2014م.

الحدود المكانية: تمت الدراسة في حدود المنطقة الجغرافية "قصور زاوية كنتة" بلدية زاوية كنتة، ولاية أدرار.

الحدود البشرية: تمت الدراسة على حالات ممن يعانون من إعاقات حركية، المسجلين في زاوية كنتة، تم اختيارهم بطريقة قصدية من فئة المراهقين.

## الفصل الثاني

### العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

أولاً العلاج المعرفي.

- (1) تعريف علم النفس المعرفي .
- (2) السيكلولوجية المعرفية والممارسة العيادية.
- (3) خصوصيات الممارسة العلاجية المعرفية.
- (4) الهدف من العلاج المعرفي.
- (5) أسباب دراسة علم النفس المعرفي.

ثانياً العلاج السلوكي:

- (1) تعريف العلاج السلوكي.
- (2) إجراءات العلاج السلوكي.
- (3) تاريخ العلاج السلوكي.
- (4) مزايا و عيوب العلاج السلوكي.

ثالثاً العلاج المعرفي السلوكي.

- (1) تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
- (2) أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
- (3) أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- (4) العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي.
- (5) دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي.
- (6) نقاط القوة والضعف من منظور التعددية والاختلاف.
- (7) فنيات العلاج المعرفي السلوكي.
- (8) أهمية الاسترخاء.
- (9) تفسير النظرية المعرفية السلوكية للاسترخاء.
- (10) نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

خاتمة.

## الفصل الثاني

### العلاج المعرفي السلوكي

#### تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي اتجاه علاجي حديثاً نسبياً، وهو يدمج بين فنيات العلاج المعرفي وبين فنيات العلاج السلوكي، ويتعامل مع الاضطرابات والمشكلات معرفياً وسلوكياً وانفعالياً، وهذا الاتجاه يعتمد على الإقناع الجدلي التعليمي بما يضمنه من فنيات في تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الالتزام في العلاج وقيامه بالدور المناط به، والعلاج المعرفي السلوكي يتطور بتطور الأحداث والتغيرات وتقنياته عديدة قد تفوق الأربعون "40" تقنية.

ويعد الاضطراب النفسي بالنسبة للمعالج المعرفي السلوكي في الأساس اضطراباً في التفكير، حيث يقوم المريض بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويكون بالتعاون بين المعالج والعميل، كما يتسم بالتنظيم، ويتحدد بوقت معين.

#### أولاً علم النفس المعرفي:

##### 1- تعريفه:

يعرفه نيسر 1967 وهو صاحب أول كتاب في علم النفس المعرفي على أنه العلم الذي يدرس العمليات التي من خلالها تدخل المعلومات الحسية إلى الدماغ وكيفية تنظيمها و تخزينها واستعادتها واستخدامها في مختلف المجالات .

ويعرفه بيست 1986 best على أنه العلم الذي يحاول فهم المعرفة الإنسانية وعلاقتها بسلوك الإنسان .

كما يعرفه إيايس وهنت 1993 انه ذلك العلم الذي يدرس العمليات المعرفية . ويعرفه أندروسون 1995 anderson ذلك العلم الذي يدرس طبيعة البنية المعرفية للإنسان وكيفية تصرفه في مجالات الحياة اليومية .

ويعرفه الشرقاوي بأنه العلم الذي يسعى إلى تحقيق فهم العمليات المعرفية للإنسان كالانتباه والإدراك والتعلم وحل المشكلات . (العتوم، 2010: 19).

هو علم يختص بموضوعات تمثيل المعرفة الإنسانية واستخدامها في العمل الإنساني ، ودراسة المعرفي المقصود بها دراسة العمليات العقلية والتي لا ترى مباشرة وإنما ندرك وجودها بتأثيراتها في الأداء الإنساني ، والوظيفة التي تتوقف عليها المعرفة الإنسانية هي كل ما يدور في العالم الخارجي من وقائع وأحداث وخواطر وأفكار وعمليات الانتباه والإدراك والتفكير والتعلم والتذكر الخ ( حلمي المليجي ، 2004: 56).

ويعرف السيد فهمي العلاج المعرفي: بأنه علاج يتضمن تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تركز حول الخبرات الصادمة، وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها أي فرد ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرة معلمة، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي. (السيد فهمي، 2010: 72).

علم النفس المعرفي هو ذلك العلم الذي يهتم بالعمليات المعرفية الإنسانية وكيفية التعامل مع المعارف والخبرات والتنظيم والتخزين وما إلى ذلك، من أجل فهم العمليات المعرفية كالإدراك والتعلم وحل المشكلات وغيرها من القضايا.

## **2- السيكولوجيا المعرفية والممارسة العلاجية :**

إن العلاجي المعرفي امتد تأثيره إلى معظم التخصصات المعرفية والتخصصات الفرعية، بل ظل يكتسح التخصصات الأخرى مثل علم النفس العيادي، فابعد ما كان العلاج النفسي يعتمد على تقنيات ووسائل مستمدة من المرجعية السيكتوتحليلية وما راكمته من خبرة في علاج الاضطرابات النفسية، وبعد ما تم الانتقال بعد الحرب العالمية الثانية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى الاعتماد على العلاج السلوكي بطريقة أثبتت جدارتها خصوصا في القدرة على التقليل من المسافة الزمنية المخصصة للعلاج ومن أجل أن تتخلص من العودة إلى الماضي الطفولي كان من الضروري أن يتأثر علم النفس العيادي بهذا المناخ الجديد المعرفي خاصة بعد ما استفاد هذا المجال من التطورات

والأبحاث النورولوجية والأبحاث حول الذاكرة ... وتمكن الدراسات من فهم العوامل النورولوجية المسببة للعجز المعرفي وتفسيرها سيكولوجيا. (زغبوش، علوي، 2011، 55:).

### 3: خصوصيات الممارسة العلاجية المعرفية:

من اهتمامات العلاج المعرفي هي كيفية تجاوز الفرد الأساليب المعتادة في التفكير وابتكار حلول للمشاكل الجديدة، ولذا يدرس أساليب التفكير لتشخيص الصعوبات وتغييرها كما أن العلاج المعرفي يركز على دراسة العمليات التي من شأنها تؤمن معالجة المعلومات ويعتبر أن الوعي يتدخل في مواجهة وضعية معينة للقيام بقراءة جد ذاتية للمحيط من خلال تركيز الانتباه على بعض المعطيات ومنحها دلالة خاصة .

كما يعتبر العلاج المعرفي امتدادا للعلاجات السلوكية الذي يتقاسم معها أهم المبادئ: عمل متمركز حول الأعراض واستعمال مناهج الوصفات، والإحالة على الاشتراطات والتعليمات الاجتماعية لكنه يتميز عنها من خلال المسافة التي يتخذها في مقابل المسلمات السلوكية واهتمام خاص بالمعتقدات وما يؤنثها من رغبات تحملها المعرفيات. (زغبوش علوي، 2011: 57).

### 4: الهدف من العلاج المعرفي:

- التغيير المعرفي: ومفاده حمل الأفراد على مقارنة مختلفة للأشياء من خلال الكثير من الهدؤ والوضوح واتخاذ مسافة معينة تجاه الحدث .
- تغيير نظرة الفرد إلى العالم وتمثله حوله ليتحكم في ذاتيته وأفكاره الآلية .
- تخلي الفرد على النظرة المثالية المرضية للذات والواقع والمستقبل .
- يتعلم الفرد كيف يقدم نفسه وليس كيف يريد أن يكون ويتقبل الآخر كما هو وليس كما يريده أن يكون .
- يتعلم الفرد كيف يضع عقله وذكاءه في وجهة هفوات انفعالاته وذاتيته الناتجة من أفكاره المشوهة وأسلوب تفكيره غير الملائم. (زغبوش وعلوي، 2011: 60)

## 5: أسباب دراسة علم النفس المعرفي :

- طبيعة العقل الإنساني المعقد، حاول الإنسان لفهم عقله وكيفية التفكير والتخيل ... ولكن لم يتوصل بدقة الى ماهية هذا العقل وأسلوبه مما جعل علم النفس المعرفي يبحث فيها.

- زيادة التقدم المعرفي والتوترات والضغوطات ومواكبة عصر السرعة والإنفجار العلمي والتقني لمساعدة الفرد.

فشل التقدم الآلي والتقنيات الحديثة المختلفة في تعويض العقل البشري من تفكير وتخيل وإبداع .

- ظهور بعض النظرية المعرفية مثل نظرية جون بياجيه وأوزيل مما أهم في تطوير مفاهيم معرفية ساهمت في بناء علم النفس المعرفي.

- كما تشير الدراسات ان القدرات العقلية قبله للتطور مما يبسر لعلم النفس المعرفي تطوير هذه القدرات كالتفكير والتذكر والتنظيم .

- الاتجاهات المعاصرة في دراسة الظواهر السلوكية ، وتزايد الاهتمام بالاتجاه المعرفي ورفض المنظور السلوكي والتحليلي .

- زيادة البحوث المعرفية مثل بحوث الذاكرة وحل المشكلات والإدراك واللغة الخ.

(العتوم ، 2010: 20).

## ثانياً العلاج السلوكي :

### 1: تعريفه:

يعرفه خير الزراد: " أسلوب حديث في العلاج يعتمد على استخدام مبادئ التعلم لإحداث تغيير أو تعديل في سلوك الإنسان وهذا الإتجاه في العلاج يركز على تحسين وتعديل السلوك اللسوي ، والسلوك غير المتكيف وذلك دون الرجوع الى الصراعات النفسية الداخلية " (خير الزراد، 2004: ).

"يشير مصطلح العلاج السلوكي الى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي ، ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات



السلوكية بأسر ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد" (غريب وآخرون، 2008: 18).

ويعرفه السيد فهمي، بأنه علاج يتضمن تعديل وتغيير السلوك المرضي نفسه كما يبدو في الأعراض السلوكية للمريض النفسي، وهو تطبيقاً عملياً لقوانين ومبادئ التعلم في مجال العلاج النفسي. (السيد فهمي، 2010: 72).

إذاً العلاج السلوكي يهتم بالأعراض السلوكية، ويعتمد على مبادئ التعلم من أجل إحداث التغيير في السلوك سواء كان السلوك مرضي أو سوي، وهو عبارة عن تطبيق لمبادئ التعلم في مجال العلاج النفسي.

## 2: إجراءات العلاج السلوكي:

تحديد السلوك المطلوب تعديله يتم في المقابلة العلاجية باستخدام الإختبارات والمقاييس النفسية والتقارير الذاتية .

تحديد ظروف حدوث السلوك المضطرب عن طريق الفحص في كل الظروف التي يمكن تغييرها وتعديلها .

تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب .

اختيار الظروف التي يمكن تغييرها وتعديلها

إعداد جدول لإعادة الترتيب من خلاله يتم تعريف السلوك لدى المريض بنظام للسلوك المعدلة ، يبدأ بالبسيط ثم المعقد.

التوجيه نحو تعديل العلاقات بين الإستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها

تعديل الظروف البيئية، والتركيز على تعديل العلاقات المتبادلة. (غريب وآخرون، 2008: 22 )

## 3: تاريخ العلاج السلوكي :

لقد كانت عدة محاولات لدى الرومان واليونان، ولكن لم يتمكنوا من تفسيرها، كذلك كانت للمسلمين ومنهم الفرابي لما تحدث عن الثواب والعقاب في كتابه " المدينة الفاضلة " وكذلك أبوبكر الرازي في كتابه " فردوس الحكمة " لما أشار الى عسر المزاج عام 932م ، وابن سينا 1032م في كتاب الشفاء، وأبي

حامد الغزالي عام 1100م في "احياء علوم الدين " "المنقذ من الضلال " "آداب العالم والمتعلم " حيث استفاد من المنعكسات الشرطية والمعززات في تعديل السلوك .  
أما في المغرب العربي قد نلمس محاولات العلاج السلوكي لدى ابن رشد، بن حزم، بن خلدون وغيرهم، كذلك بعض المحاولات عند العرب في العلاج السلوكي في مؤسسات الطب النفسي القديمة، في فترة عبد الملك بن مروان في دمشق، وفي بغداد عام 765، وفي القاهرة مستشفى فلاوون 1304.

كما تشير الدراسات والطب النفسي أنه حتى 1920، كانت محاولات وتقارير في تطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية ، رغم أنها لم تكن دقيقة ، كذلك لم يكن لها آثار في علم النفس السريري والطب النفسي ، وجاء العلاج السلوكي بشكل منظم في عام 1960 وأقطابه "جزيف ولبي، هانز ايزنك، وشابيرو، وسكنسر.(خير الزراد،2004: 14).

#### 4: مزايا العلاج السلوكي: من المزايا التي تحسب للعلاج السلوكي ما يلي:

- العلاج السلوكي يعتمد على الدراسات والبحوث المعملية والمضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي من الممكن قياس صدقها.
- كما أن العلاج السلوكي يسهل على المعالجين عدة أساليب لعدة أنواع من المشكلات النفسية.
- والعلاج السلوكي يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
- يسعى العلاج السلوكي في الوصول وتحقيق أهداف محددة وواضحة.
- يوفر الجهد والوقت والمال وفي وقت أقل يحقق الأهداف المرجوة.
- يتيح الفرصة لعلاج عدد أكبر من المرضى وعلى كافة المستويات الاقتصادية والاجتماعية.
- يمكن أن تتعاون فيه عدة أطراف مثل الوالدين والمعلمين والمرضى وغيرهم بعد تدريبهم.

- يعتبر العلاج السلوكي بديل ناجح عن العلاج التقليدي في علاج المشكلات السلوكية، وله تطبيقات واسعة المجال، بل ويمتد استخدامه الى علاج الكثير من الأمراض العصبية، وبعض عناصر السلوك الذهاني.

- كما ان العلاج السلوكي أثبت نجاحه في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال وعلاج المشكلات النفسية والأمراض العصبية كالخوف والإدمان.

- أكثر أمناً من الكثير من العلاجات التقليدية. (السيد فهمي، 2010: 171).

**5: عيوب ومزايا العلاج السلوكي:** توجد بعض النقاط تحسب على العلاج السلوكي نذكر منها مايلي:

- بعض الأحيان يكون الشفاء مؤقتاً.

- كما أن السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.

- كما أن النموذج السلوكي المبني على أساس الاشتراط لا يصلح لكل أنواع السلوك البشري.

- كما يؤخذ عليه ايضاً انه يركز على التخلص من الأعراض وبذلك يزول العصاب، والتركيز على إزالة الأعراض قد يؤدي الى إزالة أعراض أخرى.

- كما ان الاضطرابات السلوكية الظاهرة ما هي إلا انعكاس ودليل لعقدة داخلية تكمن وراء هذا السلوك المضطرب. (السيد فهمي، 2010: 272).

ومن المزايا التي تحسب للعلاج السلوكي، لقد ثبتت فاعلية العلاج السلوكي في علاج بعض اضطرابات القلق والتبول اللارادي، والمخدرات والخمور، والاضطرابات العقلية، فهو يصلح لجميع حالات العصاب وترجع فاعلية هذا العلاج في تحقيق العلاج إلى ما يلي:

قدرة المعالج السلوكي على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج.

اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة.

يمكن للمعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض. (زينب شقير، 2002: 203).

## ثالثاً العلاج المعرفي السلوكي :

### 1: تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ويركز على تطور وتقييم السلوك وتكيف السلوك وأيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي، ويتم تعديل العديد من المشكلات الاكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات، ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار.(زينب شقير،2002: 215).

كما يعد العلاج السلوكي المعرفي محادثة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك باستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من أجل التعامل مع السلوك ، وأن العلاج السلوكي المعرفي يمثل السلوكية المنهجية التي تتمثل بالتطورات الحديثة في علم النفس التجريبي وهي تتضمن الأساليب المعرفية والسلوكية معاً. (أبو عطية ومحمود،2005: 27 ).

يعرفه الخولي هشام عبد الرحمان بأنه "أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً اهتم بإدخال العمليات المعرفية الى حيز وأساليب العلاج السلوكي ويتضمن عدداً من الإستراتيجيات والفنيات العلاجية ، ويتم هذا المنحنى العلاجي بأنه يتعامل مع العديد من الإضطرابات من منظور ثلاثي ، حيث يتناول المكونات المعفية ، والإنفعالية ، لهذه الإضطرابات بغرض تعديل المكونات المشوهة منها والعمل على تحويلها الى مكونات أكثر ملائمة وصحية "( الخولي،2008: 68).

ويعرفه عبد الستار " هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ، ويركز على تطور وتكيف السلوك ، وأيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي ، ويتم تعديل العديد من المشكلات الكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الإضطرابات ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار " (عبدالستار:264 ).

مما سبق يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد العلاجات النفسية الحديثة نسبياً، يمجز بين العلاجين السلوكي والمعرفية لتعديل، وبذلك يستعمل عدة فنيات

سلوكية ومعرفية لتعديل المشكلات النفسية كالقلق والعدوان والاكتئاب ويطبق على كل الفئات العمرية.

## 2: أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي :

يركز على التغيير المعرفي الذي يجعل الفرد نشيط وهذا ما يجعل العلاج ناجح .  
التركيز على فهم الفرد للجانب من الشخصية المراد تعديله  
التأكيد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية وتنظيم وتقرير السلوك المكتسب .

التركيز على التفاعل مع بيئة الفرد. (زينب شقير، 2002: 215).

وهناك عدة مبادئ تتمثل فيها اسسه وهي:

إن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.

إن الاضطراب والانفعالي ينشأ من التفكير المنحرف المؤدي الى سلوكيات غير ملائمة.

الاضطراب الوجداني يمكن بمجرد تغيير التفكير.(مصطفى بظاظو، 2011: 123).

العمل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.

أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.

الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية لها دور أساسي في إنتاج وفهم السلوك

وتأثيرات العلاج والتنبؤ بها.

أن العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية. (عبد الله عادل، 2000: 30).

## 3: أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

مواجهة أفكار المريض وإقناعه بضرورة الإحلال للأفكار السلبية التي يساعده فيها

المعالج لإيجاد بدائل لهذه الأفكار التلقائية، نقول له مثلاً:

ما دليلك على إيمانك بهذه المعتقدات أو هذه الفكرة التي تعتقدها.

وهل لديك بعض الأوقات التي لا تأتي لك فيها هذه الأفكار.

إذا كان لديك تلك الأوقات فما هي استنتاجاتك وقتها.

مساعدة المريض أن يعيد تقييمه لأفكاره الأولية التي هي في حقيقتها لاشيء، والفكرة

البديلة هي أكثر واقعية.

نعلم المريض كيف يصح أداءه المعرفية الخاطئة ومعتقداته المختلفة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مشوهة.

- تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات لدى المريض والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.

- ادراك المريض العلاقة بين تفكيره وسلوكه ومزاجه مما يدفعه لتغيير التفكير.

- تعليم المرضى مهارات خاصة بكيفية التحكم والإدارة الجيدة لذاتهم كهدف ولتنمية المشاركة الاجتماعية كهدف آخر. (مصطفى بظاظو، 2011: 126).

ويشير حسين فايد، أن الغرض من العلاج المعرفي السلوكي، هو مساعدة العميل على تغيير الطريقة التي يفكر بها والطريقة التي يسلك بها فالغرض تصحيح هذه التشوهات المعرفية من خلال إعادة تنظيم " حديث الذات" الخاص بالشخص وبالتالي تغيير سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة وبالتالي يمكن للعميل من تقييم مساهمته الخاصة في مشاكله وتعليمه سلوكيات صحيحة. (حسين فايد، 2008: 96).

**4: العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:** تكون العلاقة بين المعالج والعميل وهي من أساسيات العلاج، ويشترط أن تكون تعاونية، وهذه العلاقة تشير الى الارتباطات التي تنشأ بين المعالج والعميل والفهم المشترك والأنشطة من كلا الطرفين وهذا كله من أجل مساعدة المريض مواجهة مشكلاته والتخلص منها، والمكونات الأساسية للعلاقة العلاجية هي:

**الاتفاقيات:** والمقصود بها تلك الارتباطات والاتفاقيات التي تعقد من أجل سير العملية العلاجية وتحقيق الهدف إلي يقيم بين المعالج والعميل.

وفي هذه المرحلة المعالج هو من يهتم بإقامة علاقة علاجية مشتركة من شأنها تحقيق العملية العلاجية، وهذا التعاهد لا يعني هناك صورة معينة أو صيغة واحدة تنشأ بين المعالج والعميل، ولكن المقصود أن يقوم كل بدوره، وبالتالي يختلف حسب المعالج والعميل والشيء الراد الوصول إليه، وهذا له دور أساسي وهام في نجاح العملية العلاجية والهدف المتفق عليه.

كما يتم تحديد الأسلوب العلاجي الذي تسير عليه العملية العلاجية، والأسلوب العلاجي بمثابة وسيلة للإقناع العميل بفعل شيء معين يتفق مع الهدف العلاجي.

**الأهداف:** اي ما يريد الطرفان الوصول إليه في إطار العملية العلاجية وهو عموماً يتمثل في التغيير الذي ينتظر أن يحدث نتيجة للعلاج ولا بد أن يكون فهم مشترك للمشكلات التي يطرحها العميل بفهم منطقي يعتمد على التأكد، وذلك بفتح مجال للاتصال بين الطرفين يتسم بالصراحة والوضوح يدعم بما يحدث من مناقشات يفصح العميل خلالها عن أهدافه التي تم تحديدها يرغب في تحقيقها دون إخفاء جانب يتعلق بها، وعلى ذلك تتم مراجعة الأهداف من جانب المعالج على أن يشترك مع العميل، وبالتالي يتم تحديد الأهداف بهذا الحوار المفتوح والصراحة وتكون أكثر واقعية وتخدم المريض في التقليل أو التخلص مما كان يعاني منه سواء انفعالاً أو أفكاراً مشوهة أو غيرها ..

**المهام:** بعد أن تتم الموافقة على الاشتراك يقوم المعالج بالعملية العلاجية للعميل ويبدأ بتقييم المشكلات التي يعاني منها المريض ويساعده على القيام هو الآخر بتقييمها في ضوء العملية العلاجية ويتم تحليل تلك القضايا حتى يتم التغلب عليها، وتوجد للمعالج مهام معينة يسعى لتحقيقها في كل مرحلة ويتبين فيما يلي:

- تحديد العملية العلاجية: تقوم هذه العملية العلاجية من كلا الطرفين، وقيام كل طرف بمسؤولياته من خلال تنفيذه لمهامه.

ومهمة المعالج أن يوضح للمريض مهامه وما يجب أن يقوم به خلال العملية العلاجية، وان يرعي في ذلك اطلاع المعالج وميوله واهتماماته لكي ينجذب ويدخل في العملية العلاجية بشكل ايجابي.

- تحديد مشكلة المريض وتقييمها: ويتم ذلك من خلال التعرف على المتغيرات السلوكية المعرفية المتعلقة بالمشكلة وتقييمها.

ومن حيث التعاقد العلاجي، يكون تحديد مشترك من كلا الطرفين للمشكلات التي يعاني منها.

إجراء مناقشات للوصول إلى تصور مشترك لتلك المشكلات والتعرف عليها، ويستحسن أن يستخدم المعالج اللغة المستخدمة من طرف العميل والمفاهيم التي يعتنقها من أجل فاعلية العلاج.

- تغيير الفنيات: يذكر 1995 dryden درايدن لانجاز المهام لكلا الطرفين يتطلب توفر الأمور التالية:

فهم المريض ما أسند إليه.

يدرك انجازه مساهمة في تحقيق العلاج.

أن يقدر على الأداء بالشكل المطلوب.

يدرك أن التغيير يحدث من خلال التكرار للمهام.

فهم طبيعة المهام المسندة للمعالج، ويجب أن يدرك العلاقة بينه وبين مهام المعالج وبين المهام والأهداف.

على المعالج اعداد العميل للقيام بالمهام.

المعالج يجب أن يؤدي مهامه ويجب استخدام كم كبير من الفنيات بشكل جيد.

على المعالج اللجوء إلى الفنيات التي تستخدم مع أساليب التعلم للعميل.

مشاركة العميل في اختيار الفنيات والاختناع بها.

أن يتقدم المعالج في العلاج بخطى مناسبة.

استخدام الفنيات الأقر على مساعدة المريض لتحقيق الهدف. (عادل عبد الله، 2000: 39، 41).

**5: دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي:** يؤدي الأخصائي في العلاج المعرفي

السلوكي عدداً من الأدوار فهو يعمل كمرشد ومشخص ومعلم، فعليه أن يطبق أساليب

العلاج المعرفي السلوكي ويركز على عملية الأفكار التي يعتقد أنها ترتبط بالسلوك

واعتقادات الشخص التي تعتبرها هي المصدر الرئيسي للمشكلة فدوره كمرشد يتمثل في

تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل والتعاون مع الفرد في محاولة لحل مشكلته فتوليد

الأفكار الجديدة وتزويده بالاقتراعات وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار وإيجاد

هذه الفرص المناسبة لتدريبه، ودوره كمشخص حيث يجمع المعلومات عن الفرد من



مصادر متعددة ودمج المعلومات التي حصل عليها لتحديد طبيعة الاضطراب والتخطيط للتدخل المناسب، ودوره كمعلم حيث يعني بالتدريب على المهارات وتعليم العميل كيف يحل نماذج التفكير المشوه أو المنحرفة ويضع بدلاً منها نماذج متكيفة. ( ع 67 يوليو 2009).

## 6: نقاط القوة والضعف من منظور التعددية والاختلاف:

**1-6: نقاط القوة من منظور التعددية والاختلاف:** توجد عدة نقاط قوة للمقاربات السلوكية المعرفية من منظور الاختلاف والتعدد الثقافي، فاعند ما يتعرف المعالج على جوهر قيم المجتمع الثقافي للعميل يمكنه من مساعدة العميل على اكتشاف وفحص هذه القيم.

كما يمكن للمعالج والعميل أن يعملان مع بعض لتعديل المعتقدات والمسارات المختارة. كما أن العلاج السلوكي المعرفي حساس للوضع الثقافي في ممارساته لأنه يعالج ويفند نظام الفرد العقائدي أو نظرتة إلى العلم كجزء من العلاج، وجزء كبير من الحياة للفرد يكون من خلال التفاعل مع المجهودات وسعادتهم تعتمد بشكل كبير على فاعليتهم وأداءاتهم السلوكية ضمن مجتمعهم بل ومن الخطأ أن ينطوي الأفراد على أنفسهم وذواتهم لأن العلاقة بين الفرد والعائلة والمجتمع والأنظمة الأخرى مهمة جداً.

والمعالجون السلوكيون المعرفيون يمارسون عملهم كمعالجون، ويركز العملاء على تعلم مهارات جديدة للتعامل مع مشاكل الحياة.

والعلاج السلوكي المعرفي وطريقة ممارسته هو بداية مناسبة لعلاج العملاء من ثقافات متعددة، كما أن العلاج السلوكي المعرفي يركز على العلاج الفردي وأثر البيئة الخارجية، وعلى الطبيعة النشطة وعلى التعلم والاعتماد على السلوك الحالي.

كما أن العلاج السلوكي المعرفي يختصر الجهد والوقت (GERALD COREY، 2010: 389).

**2-6: نقاط القوة والاختلاف والتنوع الثقافي:** ومن نقاط الضعف في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على مجتمعات متنوعة هي:

تردد بعض العملاء للتساؤل عن قيمهم الأساسية في ثقافتهم.

كما أن بعض الثقافات خاصة في بلدان الشرق الأوسط وحوض البحر الأبيض المتوسط لها عناصر ثقافية حازمة حول الدين، والزواج والعائلة وطرق تربية الأطفال مثل هذه المبادئ في أغلب الأحيان تتعارض مع العلاج المعرفي السلوكي، على سبيل المثال أن يطلب المعالج من امرأة ما أن تسأل زوجها عن دوافعه، وهذا محرم وممنوع في بعض الثقافات.

من نقاط ضعف REBT نظرتها السلبية تجاه الاعتمادية كظاهرة ضرورية للصحة النفسية السليمة. (GERALD، 2010: 390).

**7: فنيات العلاج المعرفي السلوكي:** تنقسم الى ثلاثة أقسام وهي :

**فنيات معرفية:** كالتعليم النفسي، والمناقشة، والتعرف على الأفكار اللعقلانية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالاستبصار، المقابلة العيادية، والمراقبة الذاتية، والتحكم الذاتي والتدريب على حل المشكلات والتعبير عن الذات بطلاقة لفظية، فنيات البناء المعرفي.

**فنيات إنفعالية:** مثل النمذجة ، لعب الدور ، الحوار والمناقشة ، الوعظ العاطفي

**فنيات سلوكية:** الاسترخاء، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الإشتراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب، اشتراط التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، التعريض، ومنع الإستجابة..... الخ.

وهي كما يلي:

1 التحكم الذاتي: self control الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف وأخذ خطوات

اتجاه الأهداف ،ويتم بعدة عمليات ومن خلالها يتم التغيير والتعديل.

- مراقبة رؤية الذات : self-monitoring يلاحظ الفرد سلوكاته ومواقف ظهورها وأسبابها والملاحظات المرتبة على سلوكه والأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي

- تقييم الذات: self evaluation ويتم من خلال مقارنة الفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير أو المحكات الداخلية أو المستوى السائد للسلوك .

- تدعيم الذات: هي تلك المكافآت التي يتلقاها الفرد من نفسه لذاته والعقاب بأي صورة من الصور .

2 التدريب على أسلوب حل المشكلات: إعداد برنامج لتدريب المرضى على حل المشكلات بهدف تحديد المشكلة وتحديد نوعية الاستجابات البديلة وتوقع النتائج المختلفة لكل بديل ، ثم اختيار الاستجابة الأكثر احتمالاً .

3 التعبير عن الذات بطريقة لفظية : هنا يتم التركيز على الأخطاء والأفكار الخاطئة التي يحدث فيها الفرد نفسه ويتم تعليم المريض التوقف عن أحاديثه الذاتية غير الملائمة وتعليمه في الوقت نفسه عبارات إيجابية .

4 إعادة البناء المعرفي :

حيث يسجل العميل أفكاره السلبية مما يساعد على قدرته على اختبار الواقع ولها عدة أهداف :

- جعل العميل قادراً على مراقبة

فكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضطراب نفسي.

- اختبار الواقع بإيجاد استجابات بديلة للتفكير السلبي ، بحيث إن تمكن من تسجيل الأفكار البديلة فهذا يساعده في مبادئه بينه وبين أخطاء تفكيره .

- العلاج البديلي: يشجع العميل لإيجاد أكبر قدر ممكن من الحلول، وكذلك إمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير عندما يتعرض لمشكلات أخرى.

5 التدريب المعرفي: يعطي للفرد إيجابيات بحسب الصعوبة ومصدرها بل ويساعد على اكتشاف العوائق التي تواجهه عن طريق تخيل المريض إتمام المهمة بنجاح وشعوره بإنجاز بعض الأشياء .

6 التدريب على إعادة العزو: reattribution training: العميل هنا يرجع تأثير الأحداث على نفسه والى الظروف المحيطة به، وهذا بهدف تدريب العميل على رؤية نتائج عزوه على سلوكه وكيف حدث تقدم في سلوكه.

7 جدول الأنشطة السارة :

عادة تستخدم هذه الجداول في علاج وتشخيص الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية فهي تقوم بدورها في قياس النقص في ممارسة النشاط كما أنها تستخدم كعنصر هام في تقدير المرض ذاته من خلال اقرار الفرد بنفسه على اثر ممارسته للأنشطة وقدرته على تسجيلها .

8 النمذجة modeling: من خلال النمذجة يستطيع العميل تعلم الكثير من المهارات الإجتماعية ومن الممكن اكتساب الطفل السلوك من خلال التعلم الاجتماعي ، ومن خلال التعرف على النماذج السوية والافتداء بها، فتعرض على العميل النماذج المرغوبة تعلمها في سلوكهم من خلال قصص يعرضها المعالج بالشرح والتعليق حيث يتم في حوار بين المعالج والأطفال بحضور المعلمة أو الأم بحيث النموذج المطلوب مثلاً بطل القصة الذي يلقي الإثابة على سلوكه المتصف بالإيجابية وهو شخص غير عدواني ، جيد في انتباهه مطيع ويهتم المعالج بإثابة بطل القصة حتى يعزز سلوكه عند باقي الأطفال ثم يطلب من الطفل تقليد السلوك فوراً ويتم بأربع مراحل :

- عمليات الإنتباه

- عملية الاحتفاظ: القدرة على الحفظ ، والفرد لا يتأثر با سلوك النموذج المشاهد الا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه .

- عمليات الأداء الحركي: اي الممارسة ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس ، ويتم التكرار حتى يتم التعلم أو ما يسمى لعب الدور بمعنى التغذية المرتدة .

- عمليات الدفاعية: اي لابد من توفر الأسباب الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة .

9- المناقشة وتبادل الحوار:dissicusion:بعد الإنتهاء من سرد القصة يقوم المعالج بتبادل الحوار بحضور ومشاركة الأم أو المعلمة بحيث يستخدم المعالج المناقشة طوال الجلسات لأن لها أهمية في التواصل اللفظي والاجتماعي والانفعالي بينه وبين الأطفال ومع أوليائهم مع التوصية والمتابعة بالمواصلة في المنزل ،لأن الحوار يحقق الإيجابية بين أفراد المجموعة ويقلل فرص النسيان عندما يظهر سلوك غير صحيح ،ويتعلم الطرق والمنافسة والنشاط والحيوية خاصة ولأن الأطفال يركزون على الأحداث التي تثير انتباههم وخيالهم وأن يسألهم المعالج ما ينبغي فعله من طرف أفراد القصة .

## 10- التمثيل و لعب الدور:

يستخدم المعالج لعب الدور لأنه يتيح الفرصة للتنفس الانفعالي وتفريغ الشحنات والعدوانية المكبوتة فضلا عن هذا ينمي اتجاهات اجتماعية مرغوبة ,وينمي العمل الجماعي ويتم هذا من خلال تمثيل موقف اجتماعي معين كم انه حقيقة يحدث والمعالج يقوم بالطرق الأخرى في التفاعل ' ويتم تكرار الدور حتى التعلم مسترشدا بالتعليمات .

## 11التعزيز التدعيم REINFORCEMENT:

وهوان نعزز السلوك المرغوب فيه ونشجعه وهذا ما يسمى التعزيز الايجابي وبالعكس إذا أردنا إيقاف سلوك غير مرغوب فيه نسعى إلى عدم تعزيره ليتم التوقف عن السلوك غير السار، وتوجد معززات مادية :كالحلوى والطعام قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية،وتوجد معززات اجتماعية :كالابتسام والنظر للطفل من خلال سلوك جيد نقدم له الاهتمام وغذاء الحب الودي للطفل من خلال حملة وتقبيله وكذلك تنفيذ رغبات الطفل والامثال لها، وتوجد معززات نشاطية مثل مشاهدة التلفزيون والخروج لنزهة ولعب الكرة .

12- الواجبات المنزلية :وهي مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يؤديها العميل في المنزل أو المدرسة يتم تحديدها في نهاية كل جلسة ويتم تقديمها مع بداية الجلسة الثانية , على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج وتتم بصورة تدريجية من الأسهل إلى البسيط إلى السلوك المركب ولا ينتقل الى السلوك الآخر حتى ينجح السلوك السابق، ويتم اختيار نوع الواجبات بما يناسب مع هدف العلاج ويكون مع استخدام المعززات .(عبدالستار :265).

13- التدريب التوكيدي :وجد أن القلق يتعارض مع التوكيد فلا يمكن أن يكون الإنسان قلقاً وتوكيدياً في نفس الوقت، من ذلك حالات الشعور بالخجل والحياء والانسحاب والهدف من التوكيد هو مساعدة المريض وتدريبه لاكتساب المهارات الضرورية لاتجاه هذه المهارات الاجتماعية وعدم الخوف وعدم الكف أو القمع في المواقف. (العيسوي ،2001: 245).

14- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها: والمقصود بالأفكار التلقائية هي تلك الأفكار التي تسبق أي انفعال غير سار، وما يميز هذه الأفكار أنها تأتي بسرعة وبصورة تلقائية وغير معقولة وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، وتكون ذات صفة سلبية لحدث معين مما يؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة، وهدف هذه الفنية التعرف على تلك الأفكار وتبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولهذا يطلب من المريض أن يسجل يومياً على ورقة تلك الأفكار التلقائية، التي تمر بذهنه وهذا جزء من العلاج. (ضيف الله الغامدي، 2013: 71).

15- فنية المتصل المعرفي: في هذه الفنية نطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، مثلاً المريض الذي يرى نفسه أو يعتقد أنه عديم الفائدة، نطلب منه أن يعرف ما يقصد بعديم الفائدة ونطلب منه أيضاً أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة بداية الصفر "0" بالمئة عديم الفائدة تماماً، إلى "100" بالمئة فعال جداً، وهذه الفنية مفيدة جداً في استبدال الأفكار التلقائية والاعتقادات الأساسية. (ضيف الله الغامدي، 2013: 176).

16- فنية الجدل المباشر: هذا الأسلوب يفيد عندما يكون للمريض شعور بالانتحار، فالمعالج هنا يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس وتكون المواجهة المباشرة فعالة في الموقف الذي يتدخل فيه المعالج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض رغبة في عملية العلاج، فالنقاش الحاد في جوهره من الأوقات الخطيرة لأنه من الصعب أن نعطي جديلاً مقنعاً دون أن نسبب للمريض نوعاً من الدونية والضيق والهزيمة وبلا نقاش تتحول إلى نزاع معرفي. (ضيف الله الغامدي، 2013: 177).

17- فنية صرف الانتباه: وهذه الفنية في العلاج السلوكي المعرفي تستخدم لأهداف معينة ومحددة مثلاً نطلب من شخص يعاني القلق أن يقوم بعمل أو سلوك ما بحيث يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن الفرد إذا اهتم وركز على هذه الأعراض تزداد سوءاً، ويستخدم المعالج هذه الفنية في بداية العلاج وهذا كي يشعر المعالج إنه باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة في العلاج، كما يمكن للمعالج المعرفي السلوكي أن يستخدم فنية صرف الانتباه في مراحل

متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية، ومن أساليب صرف الانتباه مايلي:

- التركيز على شئ معين بحيث يتدرب العميل على أن يركز في شئ ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة والأجوبة عليها "أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه؟".

- الوعي الحسي: هنا يتدرب العميل على ملاحظة محيطه باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس، الشم باستخدام الأسئلة التالية: " ما لذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة؟ خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟". (ضيف الله الغامدي، 2013: 183، 185).

18- الاسترخاء العضلي: وهي عبارة عن تمارينات يصبح المريض من خلالها بين حالتين التوتر العضلي والاسترخاء العضلي بوضوح ' وبالتدرج يصل المريض إلى حالة الضبط والسيطرة الشديدين على عضلاته .

وتوجد علاقة بين التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لأية حادثة عاطفية وجدانية إذا زال التوتر العضلي يزول المعاناة والشعور العاطفي ، فهي تضبط حالة التوتر النفسي من خلال ضبط حالة التوتر الجسمي . (عبدالستار، 268).

19- الاسترخاء التدريجي "التقدمي": يرتبط هذا الأسلوب بإدموند جاكبسون الذي يلقب بأب الاسترخاء وهو عبارة عن استرخاء تدريجي للمجموعات العضلية بالجسم - الجسم واليدين والذراعين والعضلة في أعلى الذراعين ، الرأس والوجه والرقبة ، والصدر والبطن والجزء السفلي من الظهر ، والفخذ والأرداف والساق والقدمين وهي كما يلي: "ستقاء الفرد على ظهره أو الجلوس على الكرسي مع وجود سند للرأس والقدمين ملامستين بكاملهما لأرضية المكان ويقوم الفرد بشد المجموعة العضلية ككل أو بشكل منفرد من "5 إلى 7" ثوان تتبعه فترة ثبات للعضلة المشدودة تستغرق الزمن نفسه أو أقل قليلاً ثم إرخائها لمدة تتراوح بين "20 إلى 30" ثانية ويكرر الأداء لمرة واحدة على الأقل ، وإذا استمر التوتر يمكن مده إلى 05 مرات ويمكن البدء من الرأس إلى القدمين أو العكس ، ويوصي أن يزاول الفرد الاسترخاء التقدمي مرة أو مرتين من "15 إلى 20

"دقيقة كل مرة ومع أنه يمكن القيام بالاسترخاء التدريجي مع فتح العينين إلا أنه يفضل أن يغلق الفرد عينيه لعزل المثيرات التي تقع في محيط نظره "

بعض الأمثلة :

- 1) شد قبضة اليد اليمنى مع الضغط لمدة 05 ثوان وتلاحظ التوتر ، ثم أرخ القبضة لمدة 10 ثوان ، كرر المحاولة مع غلق العينين ،قم بالأداء نفسه في اليسرى .
- 2) ارفع كتفيك وكأنك تحاول لمس أذنيك بهما لمدة 07 ثوان لاحظ التوتر ثم ارجع ببطئ إلى الوضع الطبيعي واثبت عليه لمدة 15 ثانية ولاحظ كيف تشعر كرر المحاولة .
- 3) اضغط رأسك للخلف باتجاه كتفيك لمدة 5 ثوان ،ثم أرخ 10 ثوان ولاحظ الفرق ، وبعدها كرر المحاولة .(علي عسكر،2003: 190) .

#### **8: أهمية الاسترخاء**

- 1 يعتبر الاسترخاء مؤشرا وقائياً لحماية أعضاء الجسم من الإجهاد الزائد وخاصة الأعضاء الأكثر قابلية للمرض .
- 2 الاسترخاء مدخل علاجي يحقق حدة التوتر مثل حالات الصداع النصفي والأرق وعدم استطاعة النوم الهادئ ودقات القلب غير المنتظمة.
- 3 يفيد لمواجهة الضغوط ،ومصفي للذهن ويساعد وضوح التفكير وعليه استخدام الشخص للاسترخاء في المواقف الضاغطة في حياته .(كامل راتب،2004: 124).

#### **9: تفسير النظرية المعرفية السلوكية للاسترخاء:**

النظرية المعرفية السلوكية تكاملية هدفها الارتقاء بالتغير السلوكي خلال إعادة بناء الأفكار الشعورية ،إن سلوكنا يوجه بدرجة كبيرة من خلال حديث الذات الذي يحدث داخل عقولنا ،انه حوار داخلي بين أنفسنا بغرض تفسير العالم الذي نعيشه وإذا كان الحديث مع الذات إيجابي فإن النتيجة توجه السلوك بشكل إيجابي ،أما إذا كان الحديث مع الذات سلبياً فإن توجيه السلوك بشكل سلبي ويتوقع أن الحديث مع الذات الإيجابي يقود إلى إنجاز الهدف ويزيد الثقة بينما الحديث مع الذات السلبي يقود إلى مشاعر الضعف والوهن والإحباط ،ويعتمد على ثلاث مراحل



**المرحلة الأولى:** تعليمية تهدف إلى تطوير الوعي بالأفكار والمشاعر والإحساسات والسلوك ويتعرف الفرد عن حديثه مع الذات.

**المرحلة الثانية:** يقوم الفرد بإعادة بناء حديثه مع ذاته بغرض تحويل استجاباته من الايجابية إلى السلبية، وقد يستخدم مهارات نفسية لتحقيق ذلك منها الاسترخاء.

**المرحلة الثالثة:** عبارة عن استجابات جديدة تطبق في الواقع من خلال التصور العقلي، وهذه الطريقة تستخدم لمواجهة الضغوط وقد ثبتت فاعليتها في نطاق واسع بالنسبة لحالات التوتر الزائد والقلق. (كامل راتب، 2004: 132).

### **10: نظرية العلاج المعرفي السلوكي:**

يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على النظرية المعرفية "البك" واتجاه "إليس" والمتعلق بأفكار واعتقادات المريض ومعارفه المشوهة والتي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وعلى المستوى الشعوري بالنسبة للمريض يمكنهم استخدام المنطق الحوار، حيث يركز بيك على الأفكار الاتوماتيكية و إليس على الأفكار اللاعقلانية، والأفكار والمعتقدات السلبية للمريض في النموذج المعرفي " لبك" عبارة عن تحريفات وتشوهات على المستوى المعرفي تسبب الاضطرابات المتنوعة وبالتالي اختلال في توازن حياة الفرد.

ويشير ابراهم عبد الستار أن النظرية السلوكية المعرفية تفسر اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة، ولذا يجب أن نعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض حتى يسهل عليه التغيير في سلوكه ويعدل من طريقته الخاطئة في التفكير وبت القيم والمعتقدات المنطقية على الشخصية الإنسانية لتدفعها للتكامل والتوافق ومواصلة الجهد في العمليات العقلية بدلاً من القيم والمعتقدات اللامنطقية.

وتوضح النظرية السلوكية المعرفية، أن الأمراض النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمواجهة محرفة ولا عقلانية فالمريض يكون مغمور بمعارف سالبة وخاطئة يكون له رأياً عن نفسه والعالم والحاضر والمستقبل، ويبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي للاضطرابات النفسية والتي تكون نتيجة لهذه المعتقدات الخاطئة للمريض مما يدفع به

إلى سلوك غير متعلق مما يؤدي إلى انهزام الذات. (مصطفى بظاظو، 2011: 119، 122).

**العلاج المعرفي السلوكي عند ميكينوم:** كما يلخص باترسون أن العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينوم ليس علاجاً سلوكياً تضاف إليه بعض الأساليب المعرفية كما حدث في مجموعة من الطرق المقترحة من بعض المعالجين مثل جولد ، وفرايدودافيسون ، وأوليري وويلسون .

ونظرية ميكينوم تهتم بما يقوله الناس لأنفسهم ودوره في تحديد سلوكهم وبذلك فإن محرر الإرشاد يركز على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه التي يحدث بها نفسه بشكل مباشر أو غير مباشر الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلاً من السلوك و الانفعالات غير المتكيفة، وبذلك فإن العلاج ينصب على تعديل التعليمات الذاتية التي يحدث بها المسترشدون أنفسهم بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع مواقف المشكلات يواجهونها بالإضافة إلى إمكانية استخدام الأساليب الخاصة بنموذج ميكينوم بشكل منفرد فإنه يمكن إدماجها مع الأساليب السلوكية المعرفية وكذلك مع الظروف الخاصة بإعادة البناء المعرفي. (محروس الشناوي، 139).

#### الخلاصة:

إن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية، وخاصة الاكتئاب وأمراض القلق والرهاب الاجتماعي، وبالفعل قد أثبت هذا العلاج المعرفي السلوكي جدارته وفاعليته في مختلف اضطرابات القلق بل وفي بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، وخاصة أنه يحتوي على عدة أساليب وبالتالي من شأنه أن يتلائم مع مختلف الاضطرابات والأمراض ومختلف الشخصيات وقد أثبت نجاحه بدرجة كبيرة كما تثبت الدراسات العربية والأجنبية خاصة في تخفيض القلق، وفي الدراسة الحالية يستخدم الباحث بعض الفنيات في البرنامج العلاجي على الحالات التي تتم عليها الدراسة.

## الفصل الثالث

### الذات وصورة الجسم

تمهيد:

أولاً) مفهوم الذات:

- 1) تعريف مفهوم الذات.
- 2) مفاهيم ومصطلحات.
- 3) قياس مفهوم الذات.
- 4) العوامل المؤثرة في مفهوم الذات.
- 5) مفهوم الذات الإيجابي والسلبي.
- 6) العناصر المكونة لمفهوم الذات المثالية.
- 7) نظريات مفهوم الذات.

ثانياً) صورة الجسم.

- 1) تعريف صورة الجسم.
- 2) أهمية صورة الجسم.
- 3) تخطيط الجسم.
- 4) صورة الجسم وتقييم الذات.
- 5) اضطراب صورة الجسم.
- 6) اضطراب صورة الجسم.
- 7) العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب صورة الجسم.

ثالثاً) صورة الذات:

- 1) تعريف صورة الذات.
- 2) مميزات صورة الذات.
- 3) العوامل المؤثرة في صورة الذات.

4) أبعاد صورة الذات.

5) خطوات الاحتفاظ بصورة الذات الايجابية.

**رابعاً) تقبل الذات:**

1-4) تعريف الذات.

2-4) الإطار النظري لتقبل الذات.

3-4) طرق تقديم الذات.

4-4) نظرية الذات.

5-4) أنشطة تنمية تقبل الذات.

الخاتمة.

## الفصل الثالث

### الذات وصورة الجسم

**تمهيد:** تعد صورة الذات من أهم المواضيع في علم النفس العيادي، خاصة وأن ما يتعلق بالذات ينصب في مركز الشخصية وجوهرها، فمن خلال الذات وما يتعلق بها يعبر الفرد عن نفسه وتصوراته وميزاته وقدراته وخصائصه، كما يراها الفرد عن نفسه وبالتالي لها أهميتها في الشخصية، وفي ما يلي سنقوم بدراسة الذات وما يتعلق بها، من مفهوم الذات وصورة الذات وصورة الجسم وفي الأخير نخرج على تقبل الذات، خاصة وأن صورة الذات تؤثر على الفرد على مقدار تقبله لذاته ورضاه عن جسمه.

#### 1: مفهوم الذات:

#### 1-1: تعريف مفهوم الذات:

ويعرفه عماد الدين إسماعيل 1961: هو ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره وكائناً بيولوجياً اجتماعياً إي باعتباره مصدر للتأثر بالنسبة للآخر. ويعرفه عبد السلام زهران، 1967: مفهوم الذات عبارة عن تكوين عقلي معرفي منظم ومتعلم للمدركات والمفاهيم والتقييمات الشعورية للفرد فيما يتعلق بذاته كما هي عليه الذات المدركة وكما يعتقد أن الآخرين يرونه الذات الاجتماعية وكما يود أن يكون عليه الذات المثالية. (عبد الفتاح، 1992: 38).

و "هو مجموعة من الشعور والعمليات التأملية التي يستدل عنها بواسطة سلوك ملحوظ أو ظاهرة". (سيد خير الله، 1981: 18).

وهو أيضاً " إدراك الفرد لنفسه وللآخرين من حوله بناءً على سلسلة من العوامل المتغيرة التي ينتقي منها ما يناسبه من خلال تفاعله مع المجتمع الذي يعيش فيه " (شاكور مجيد : 2008 ، 306 ) .

ويعرفه كل من بدره ومصطفى " كل فرد يتصور ذاته انطلاقاً من الخبرات اليومية وتمثيله ومقارنته مع الآخرين وهذا يعني نوع من الحكم يصدر على الذات،

وهو صورة فكرية عن ذاتنا IMAGE MENTALE DE SOI من كل جوانبها سواء أكانت جسدية، نفسية، اجتماعي، ( بدرة، ميموني معتصم، 2010: 46 ).  
يمكن القول أن لكل فرد له مفهوم لذاته، لأنه كل يكونه الفرد عن نفسه ونظرته لنفسه وكيف يرى ذاته وهذا كله انطلاقاً من الخبرات اليومية والمحيط الذي يعيشه وهو عبارة عن عمليات تأملية.

## 2-1: مفاهيم ومصطلحات:

والصورة: هي تمثيل ذهني لموضوع غائب عنا يختلف عن فكرة مجددة التي هي أكثر تجديداً، ما هي إلا توهم لموضوع معين وعبارة عن رد فعل أصلي انطلاقاً من الذكريات المختلفة الماضية (n sillmy ;1999 : 134).

الصورة الذهنية: "هي تلك الصورة البصرية غير العادية التي يبدو أن بعض الأطفال يحتفظ بها في خياله عقب النظر إلى شيء ما كالصور التي يستمر النظر إليها ثوان قليلة يخترن اختزاناً كاملاً في ذاكرته ويستطيع أن يعطي وصفاً أكثر تفصيلاً لها"

الصورة العقلية: هي استخلاص أفكار عقلية واعية وهي التفكير في نهج للفعل دون ممارسة الفعل نفسه وتظهر الصورة العقلية في فترة نمو الوظيفة الدلالية الرمزية.(عبد الفتاح عبد الكافي، 2005: 249).

ذات: تستعمل عادة للدلالة على الشخصية، أو الأنا حيث يجري اعتبارها عامل يعي هويته المستمرة.(القيسي، 2006: 224).

**3-1: قياس مفهوم الذات:** يمكن قياس مفهوم الذات رغم أنه لا يرى مفهوم الذات لكن نرى أو نلاحظ السلوك ، والسلوك يعرف على أنه له علاقة بالمشكلة ، فاستمرار الشخص في التعرف بطريقة خاصة يمكننا أن نستنتج الآلية المتصلة من سلوكه .

ولقد قام العلماء المعنيون بقياس سرعة العمليات العقلية ودقتها بتطوير مجموعة من الاختبارات لتحديد نوع السلوك ، وكانت معظمها على أساس يدلي الشخص بمعلومات عن نفسه ونسأل الفرد عن ما يستحسنه لأن الفرد هو بنفسه وما لا

يستحسنه لأن الفرد هو بنفسه يستطع تقويم حياته ومفهوم ذاته، ونسأله عن اهتماماته، وكما يرى روجرز في هذا المجال " ان الوسيلة المثلى لفهم السلوك يمكن التعرف عليها من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه "

وتكون التقارير الذاتية لتزويد المختصين بنظرة من داخل النفس وتعتمد على معرفة الفرد وخبرته عن نفسه بحدود معينة ولكن هذه الوسيلة لا توفر الدقة، وبعض الموضوعات الواردة في هذا التقرير تقيمها غير دقيق لما يشوبها من عراقيل عاطفية.

كما يمكن أن تتأخر موضوعات التقارير بتقلبات المزاج، وربما ظروف الاختبار وزمانه ومكانه.

وتتجدد الحالة النسبية لمفهوم الذات عند الفرد من خلال أسلوب أو أكثر من الأساليب الآتية:

أ) التأملات الذاتية الاستبطانية في الأوضاع الشخصية الأسرية والمهنية والمدرسية.

ب) التطابق بين الوصف الحالي والأمل لمفهوم الذات .

ج) التطابق بين تقرير النفس الذاتية وبين الفعل والتقارير الموضوعية للملاحظين المدربين كإكلينيكيًا.

د) الاستجابات غير الاستبطانية المأخوذة عن طريق وسائل الإسقاط والفحوص الإكلينيكية .

وفي حالة تعارض شديد بين التقرير الذاتي والسلوك الظاهر هنا دقة التقرير محل جدل .

وليس قول الشخص عن نفسه ووصفه أيأها هما اللذان تحكم بها فقط بل هما مؤشرات يعتمد عليها الأداء المتوقع، فما يعتقد الفرد وما يشعر به هما اللذان يوجهان سلوكه .

كما يمكن للإختبارات أن تسهل هذه الدراسات المؤكدة، وإذا ما كانت الذات على استعداد لأن تقرر معتقدات وشعوراً حقيقي للنفس . (سيد خير الله : 1981، 18).

#### 4-1: العوامل المؤثرة في مفهوم الذات :

- 1 النمو والتطور الفيزيولوجي لما يوجد من ارتباط بين الصورة عن الذات والصورة عن الجسد وإذا كان قوام الجسد مناسباً يكون جزء هام في تقويم الذات .
- 2 كذلك من خلال ردود أفعال الآخرين يتأثر مفهوم الذات خاصة اتجاه مظاهرهم الفيزيائية وحجم أجسامهم والوزن والطول والرشاقة لها علاقة بمفهوم الذات .
- 3 العلاقات الاجتماعية والخبرات والاشتراك في الألعاب واكتساب الشهرة وإعطاء مسؤوليات من قبل الوالدين والمعلمين.
- 4 احتقار الطفل ونبذته والتعامل غير السليم وإبعاده عن دائرة الاهتمام من قبل مسؤول يؤثر على مفهوم الذات.
- 5 قد يسهم المعلم رفع مفهوم الذات من خلال مساعدة الطلبة لاختيار تسطير أهداف تتفق مع قابليتهم. (شاكر مجيد، 2008:306).

**5-1: مفهوم الذات السلبي والإيجابي:** يتكون مفهوم الذات السلبي لدى الشخص ، ومن مسبباته عدم الثقة ونقصها مما يزيده عجزاً في حل مشاكله ويكون سلوكه رديء ومنحط ، وخاصة إذا ما تكونت لدى الفرد صورة سلبية عن نفسه يشعر بالنقص ويكون متشبع بالفشل المستمر ، كما قد يكون الشعور بعدم الكفاءة والخوف كذلك قد يكون سبباً في بذل الجهد لتغطية النقص وقد يتفوقون .

كما أن العامل الحاسم المحدد بين من يتميز بمفهوم ذات سلبي وبين من يتميز بمفهوم ذات إيجابي هو اعترافه وقبوله بفهم ما يعترضه من نقاط ضعف وقوة، وليس كل شخص ذو مراجع ذاتية سلبية خالي من الشعور الإيجابي اتجاه نفسه، كما أن الشعور السلبي قد يكون محدد سيئ للفرد ومحدود كوظيفة أو موقف ما وليس بالضرورة سلبي في المجالات الأخرى، كما يمكن الشخص لا يقدر على العمل بسبب مفهوم ذاته السلبي وخاصة إذا اقتنع بفكرة ما يجد لها الأسباب المدعمة.

وإذا أردنا تطوير مفهوم الذات لا بدنا من تغيير التوقعات والمعتقدات وخاصة هذه الأخيرة لأن الإنسان يتحرك في توقعاته وبالتالي تغيير السلوك مرهون بتغيير



التوقعات، كما أن الخبرات الماضية وميوله واستعداده كلها تساهم في تكوين المعتقدات، و الخبرات الفاشلة تؤثر على الفرد لأنها تثبطه فلا يستطيع المحاولة. والفرد ينمو لديه مفهوم الذات الصحي في ظل مواجهته بالحقيقة، وقد يسهم في تكوين مفهوم الذات الصحي أن نتعرف بأهداف الشخص أو الطالب والسلوكيات والسلوك ليس مجرد استجابة لمثيرات، كما لا بد أن ندرك أن لكل فعل أو سلوك ورائه له هدف ومغزى ، وإذا أراد المدرسون تنمية مفهوم الذات الصحي يجب أن يدرك المدرس أي اتجاه يؤدي بالطالب أو الفرد ليعلم ان المدرس يتقبله كما هو بكل ما فيه من عيوب وضعف، كما أن التشجيع مهم في تكوين مفهوم الذات الصحي (خير الله، 1981:158).

#### **6-1: العناصر المكونة لمفهوم الذات المثالية: أن مفهوم الذات تكوين فرضي**

وليس ملموس ويتكون من مجموعة من العناصر التي يتفق عليها العلماء وهي :  
الوعي بالذات: وهو ما يتعلق بتأثر تأثير الفرد بالآخرين من خلال هذا يتصور دور الفرد في المنظومة الاجتماعية.

قيم الذات: تنبع من الإيمان بالمساواة وبحق الحياة والحرية والسعادة .  
حب الذات: وهنا يتعلق الأمر بميول الفرد نحو ذاته بكل إيجابيتها وسلبياتها وعدم الشعور بالدونية ومقارنة نفسه مع الآخرين، وإدراك نقاط القوة الضعف في إمكاناته وحدود النجاح فيما يقوم به .

تقدير الذات: ويشير إلى العور بالفخر والرضا عن النفس من خلال خبرات النجاح التي يمر بها، وأكثر الأحيان يستند الفرد في حكمه على نظرة الآخرين له والشعور الذاتي.

الثقة بالنفس: شعور الفرد بقدراته على مواجهة الأمور، كما تنمو الثقة من خلال تحقيق الأهداف الشخصية التي تبدأ كأفكار وبالتخطيط تجد نفسها في أرض الواقع.

احترام الذات: أي القدرة على تثمين طبيعة الانفعالات الشخصية وعدم الشعور بالذنب في حالة التعبير عن السعادة، الغضب، الفرح... الخ، إذا تم ذلك بصورة تتناسب مع المواقف المرتبطة بها. ( علي عسكر، 2009: 47).

## 7-1: نظريات مفهوم الذات :

**المدخل الفرويدي:** يرى أصحاب هذا الاتجاه الأفكار تبني من خلال البحث في العمليات العقلية والعاطفية التي نشأت منذ الطفولة وأثرها على السلوك ، والأنا هي التي تنظم شخصية الفرد وهي التي تشعره بهويته والتي تأخذ ثلاث مظاهر وهي " العقلية، الاجتماعية، الروحية " ويرى أيضاً أصحاب هذا المدخل كلما تقابل شخصان تكون ست أشخاص حاضرين وهي:

- الشخصية الحقيقية لكل منهما.

- الشخصية التي يراها كل منهما في الآخر.

- الشخصية التي يراها كل منهما عن نفسه.

**المدخل الإنساني** " روجرز وماسلو " :أما أصحاب هذا المدخل أو الاتجاه يرى أن الفرد يكافح بشكل فطري للحصول على الأشياء التي تؤدي لإشباع الذات ويرى روجرز أن كل فرد لديه ميل للمكافحة لتحقيق وتحسين ذاته والشخص الذي يستطيع أن يطور ذات مميزة يعتبر فرداً كاملاً والسلوك يتأثر بنظرة الفرد للعوامل الاجتماعية والعالم الخارجي ويتضمن الذات الحقيقية والمثالية وبالمقابل أهتم ماسلو بعملية تحقيق الذات وهي العملية التي يهدف الفرد فيها إلى أن يكون ما يريد ويطمح إليه ورأى أن الحاجات الإنسانية مرتبة بشكل هرمي وهذه الحاجات تدفعه لتطوير نفسه وتحقيق ذاته.

**المدخل المعرفي:** "كيلى،يجوري " : يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الأبعاد المعرفية هي المدخل لمفهوم الذات ، لأن البناء الشخصي للفرد يؤكد على الطريقة التي يقيم بها الأشخاص أنفسهم. ( حافظ بطرس ،2008 : 486 ) .

## 2: صورة الجسم :

**1-2: تعريف صورة الجسم:** يعرفها محمود أنور بأنها الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وتتحد هذه الصورة بعوامل شكل أجزاء الجسم ، وتتناسق هذه الأجزاء و الشكل العام للجسم والكفاءة الوظيفية للجسم ، والجانب الاجتماعي لصورة الجسم .

وتعريف زينب شقير: بأنها صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها وما قد يصاحب ذلك من مشاعر عن الصورة الذهنية (الأشرم وكاشف، 2010: 6).

ويعرفها الدسوقي بأنها تلك الصورة التي يكونها الفرد في نفسه عن جسمه سواء كانت سلبية أم إيجابية ، وتكون معلنة من خلال السلوكيات والميولات التي يظهرها الفرد مع تلك الصورة (الدسوقي، 2007: 420) .

جاء في المعجم التربوي وعلم النفس للقيسي، بأن مفهوم الجسم "هو فكرة الإنسان عن نفسه: أي كيف ينظر الى شكله ومظهره " (القيسي ، 2006: 366).

ويعرفها حسين فايد، أنها صورة ذهنية تكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيائية والوظيفية واتجاهاته نحو هذه الخصائص على أن صورة الجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ولا شعورية. (حسين علي فايد، دون سنة: 125).

من خلال التعاريف نستخلص أن صورة الجسم هي تصور الفرد لجسمه وأن هذه الصورة هي المكون الأساسي لهوية الإنسان، بحيث يكونها الفرد عن نفسه والتي يتأثر بها في تصرفاته وميولاته.

## 2-2: أهمية صورة الجسم:

أن المظهر الجسمي مهم في العلاقات وفي الحياة للفرد، وخبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني ، ولها أهمية وجدانية ورمزية .

كما أن صورة الجسم السلبية ترتبط بالقلق والاشمئزاز والغضب والخجل ، خاصة وأن صورة الجسم جزء من إحساسنا بالذات كما أنها ترتبط بتقدير ذاتنا بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، وهي أيضاً تؤثر على رغبتنا في الانتماء إلى المجتمع وأن نكون مقبولين اجتماعياً. (حسين علي فايد، دس، 7).

### **3-2: تخطيط الجسم ( schema corporel ):**

المختصون في الأعصاب يلاحظون أن بعض الأفراد والأشخاص الذين بتر لهم عضو بعد السادسة والسابعة من عمرهم، يعانون من آلام في العضو المفقود، مما أدى إلى تسميته لعضو الشبح "hed" وهذا ما جعلهم يفترضون تخطيط شامل للجسم في الدماغ، وقد حاول شلدر جمع المعلومات الخاصة بهذا المفهوم في كتابه "صورة الجسم image corps" ويعرفه كما يلي: هو المفهوم الذي نحمله عن وحدتنا الفيزيائية مضبوط في سيرورة زمنية وفي شكل إحساس بوحدة تستلزم وعياً بانفراديتنا الفيزيائية بالنسبة للمحيط بنا". هو فكرة عامة عن أجسامنا تسمح لنا بتقدير بعد ومكان الأشياء ونوع الحركة التي يجب القيام بها لأخذ الشيء والقيام بنشاط حركي ما فهو تمثيل تجريدي ودينامي لجسمنا يبدأ في التكوين منذ الميلاد أو في مرحلة الجنين وهذا على أساس الحركات والإحساسات الداخلية والخارجية للجسم في علاقاته مع محيطه، وحسب برودمان BRODMAN يوجد تخطيط للجسم في المنطقة "39" بالفص الجداري للدماغ، ويركز جون بياجه PIAGET على العمليات المعرفية وعلى عوامل النضج والتدريب والتأثير التربوي في تكوين وحدة الجسم وتعرف الفرد على المواضيع المحيطة به. (بدره، مصطفى، 2010: 43).

### **4-2: صورة الجسم وتقييم الذات:** يلعب جسم المراهق وشكله وصفاته العضوية

دور مهم في تشكيل صورته عن نفسه وفكرته عن كيفية ظهوره في أعين الآخرين كما أن للصورة الجسمية أثر في السلوك الذي ينشأ، ويشكل الولد خلال الطفولة صورة على درجة من الوضوح والتغيم عن جسمه وهذه الصورة تسمى بالذات العضوية " صورة الجسم " وتتلون الذات العضوية بالمعايير التي تفرضها البيئة الاجتماعية والأوصاف التقويمية لها دور جد مهم في تشكيل صورة الذات مثلاً

الفتاة يلفت انتباهها أنها جميلة وهي غير جميلة وربما قبيحة أو غير ذلك ، وهذا لحساسية المراهق تجاه التغيرات في أعين الآخرين، ولذا على المراهق لكي يكون مثل أصدقائه أن يكون مثلهم في اللباس والمظهر، وإلا يكون غريب مع أقرانه وربما يعار بأسماء غير مناسبة .

وتوجد درجة كبيرة بين مشاعر الفرد أو الناس التقويمية لأجسامهم وبين مشاعرهم عن ذواتهم ، كما أن للمظهر الجسمي للمراهق ورأي الآخرين بهذا المظهر تأثير في صورة المراهق . (ميخائيل ،ملك،1992: 242).

**5-2: إضطراب صورة الجسم:** وهو تشوه صورة الجسم من وجهة نظر الشخص نفسه نتيجة لعدم رضاه عن مظهر جسمه كان يرفض أجسام معينة في جسمه ان تكون بما هي عليه سواء من حيث الشكل أو الوزن او الطول و القصر وان الانشغال بالمظهر الجسمي أمرا مقلقا لعدد كبير من الأفراد ويتعرض الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب للقلق والانزعاج وهذا الاضطراب هو انشغال مفرط من جانب شخص ذي مظهر جسمي بعيب طفيف في مظهره الجسمي , وهذا الاضطراب عادة يكون في مرحلة المراهقة فتكثر شكاوهم من حجم وشكل الجسم وملامح الوجه وتنساق الجسم , والإنسان والشعر وكذلك من ناحية المظلم قبيح وحسن وكل هذه الأمور وغيرها قد تؤثر على المرهق وتسهم في انسحابه الاجتماعي والعلمي، وهذا الاضطراب يحدث في المواقف الاجتماعية الذي يشعر فيها الفرد بذاته، والاعتقادات المتعلقة بصورة الجسم لاعقلانية ومبالغ فيها فهي أفكار ضلالية ،ولتحسين مظهرهم يقومون بنقص وزنهم وعلاجات الجلد والشعر وجراحات التجميل لتخلص من العيب. (محمد عادل عبد الله،2000: 288).

**6-2: العوامل المؤثرة في صورة الجسم:** عدة عوامل من شأنها تؤثر في صورة الجسم نذكر منها مايلي:

**العوامل البيولوجية:** تتحدد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تلعب الخصائص البيولوجية والوراثية دوراً مهماً في نمو صورة الجسم، كما أن بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية يمكن أن تؤثر على

طريقة إدراك الأفراد لجسمهم مثل الطول وصفات الجلد أو البشرة، وحجم الصدر، وتقاطيع الوجه والتشوه.

وفي مرحلة المراهقة تحدث بعض التغيرات الجسمية، مما تجعل القلق وخاصة النساء عند إدراكهن لصورة جسمهن.

فالمحدد البيولوجي لحجم وشكل الجسم يمكن أن يؤثر على إدراك الفرد لجسمه كما يؤثر على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤدي فعلاً إلى صورة الجسم السلبية فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة، فالطريقة التي يبدوا بها الجسم تقرر بشكل رئيسي بالجينات الموروثة من الآباء والأجداد.

**الوالدين:** تلعب الأسرة والأم بالخصوص دوراً مهماً في إدراك صورة الجسم، خاصة لما يتلقى الأولاد من تشجيعات من طرف الأم من حيث ضبط الوزن.

كما يلعب التقويم للطفل من طرف والديه يترك انطباعاً في الطفل لتقدير ذاته، كما تعتبر الأسرة المربي الأول للأطفال وبالتالي حتماً يتأثر للطفل والمراهق بالتأثيرات من طرف الوالدين على إدراك صورة الجسم.

**المدرسة والمعلمون:** يلعب المعلمون بعض الدور في إدراك الأطفال والمراهقين لصورة جسمهم، وفي هذه المرحلة أيضاً يدرك التلاميذ لتقييم معلمهم عامل مهم في إنجازهم الأكاديمي، وبالتالي من المعقول أن يؤثر المعلمون على كيفية إدراك الأطفال والمراهقون لأجسامهم، كما أن الأطفال والمراهقون في المدارس يقضون وقت طويل مع المعلمين من الابتدائية حتى الجامعة.

**الأصدقاء والأقران:** إن مرحلة المراهقة مهمة في تكوين جماعة الأقران، وجماعة الأقران مؤثرة جداً، حيث أن الأقران يؤثران في تحديد كيف ينظر الفرد الى جسمه، والأطفال والمراهقون عادة يختارون في اللعب وفي أقرانهم وزملائهم الطفل الذي يكون عادياً وغير سميناً أو بدينياً، كما أن الأطفال والمراهقون يختارون الأصدقاء من الأفراد الذين يتوافقون مع صورة الجسم المثالية، ويعملون العديد من الأشياء ليكونوا مقبولين ويبحثون عن الصداقات التي تكون مقبولة من الآخرين، وأي تعليقات بخصوص الوزن والجسم قد تؤثر عليهم مدى الحياة.

**الإعلام:** وهذا كالتلفاز والمجلات والإعلانات بمختلفها، والصور التي يراها الناس غالباً لها تأثير في صورة الجسم خاصة وأن التلفاز يهتم بالجسم في المشاهد والصور التي كلها توحى بأن النجاح والسعادة بالمظهر لما لها من أهمية إعلامية، كما أن المراهقين أكثر حظاً في الإعلانات والمشاهد التي تصلنا في التلفاز.

**الثقافة السائدة:** إن خبرات صورة الجسم بشكل كبير فالثقافة ترفع قيمة بعض الأشياء، وتحدد ما المهم وما الجيد، وتخفف بعض الأشياء، كما أن القيمة المرموقة والتي تأتي من الثقافة الغربية على الجاذبية الجسمية سبب في ازدياد انشغال الفرد بصورة جسمه بشكل مثير، فالمجتمع هو الذي يعلم الفرد منذ البداية أن المظهر مهم وترسل الرسائل عن الجسم من الطفولة المبكرة، ويتعلم الأطفال أن الآخرين سيحكمون عليهم من خلال مظهرهم أو كيف يبدو، وأن الثقافة تلعب دوراً في نمو صورة الجسم وتؤدي الرسائل الاجتماعية الحضارية إلى تشكيل التصورات والمشاعر والأفكار عن الجسم. (محمد الأشرم، 2008: 34، 36).

كما تتشكل صورة الجسم بالتعامل مع الكبار، فاقبل أن يتكلم الطفل فهو يسمع قدراً كبيراً من كلام الكبار، بل ويحس بالمدح والذم والتأييد والرفض، يصفونه بالقوة، والضعف، النشاط، القبح، الزكي، الذم، الشاطر... فهذه التسميات المبكرة تساهم وتعمل على تشكيل صورة الذات، ويصعب تغيير صورة الذات للمراهق التي تكونت في السنتين الأولى بأوصاف ظالمة تتعلق بمظهره الجسمي. (كمال دسوقي، 286).

كما أن الاحتكاك مع الغير ومع جسمه ونظرة الغير تعطي للفرد وجوداً وتعرفاً به كموجود ويستحق الاعتبار، لذا فالحب الذي توليه الأم لطفلها هو الحافز الأساسي الذي يدفع به إلى حب ذاته والبحث عن معرفتها ويقول شيلدر أن صورة الجسم لا تبقى أبداً معزولة إنما هي دائماً محاطة بصور أجسام الآخرين، وهذا ما يجعل صورة الجسم مرتبطة بالاستهتام وتتكون على أساس الإسقاط والتقمص أي على أساس خيالي ومحركها هوجب واعتراف الغير لنا. (بدره، معنص ميموني، 2010:

45).

**2-7: العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب صورة الجسم:** منذ 1987 بدأ الباحثون في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج عدم الرضا الأفراد عن أجسامهم ومظاهرهم الجسمية ، وهو أكثر فاعلية من الأساليب الأخرى ، ويتضمن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ما بين "8- 12 " جلسة حوالي أسبوعين ويتم استخدام كتيبات وشرائط للتدريب عليها في المنزل ، حيث يبدأ البرنامج بشرح الأساليب المؤدية لاضطراب صورة الجسم الاجتماعية والأسرية والثقافية وكيفية علاجها ومناقشة الجوانب المتعلقة بالمظهر الجسدي والتي يمكن أن تسبب الضيق والانزعاج والكرب للأفراد ، والخطوة التالية في البرنامج قيام الأفراد بتحديد سلم هرمي للجوانب التي تتعلق بمظهرهم الجسدي من ضيق وكرب ... ويتم في هذه المرحلة أيضاً فنيات التعريض ومنع الاستجابة ووقف الأفكار وصرف الانتباه والتدريب على الاسترخاء حتى يتم التخلص من الضيق والانزعاج وغيرها .

كما يستحسن أن يقوم المفحوص بالاحتفاظ بمذكرات يومية عن صورة الجسم لتسجيل المواقف المرتبطة والأفكار والاعتقادات المرتبطة بصورة الجسم وأثرها على سلوكهم وعلى وجدانهم ويسجلوا الأفكار اللاتواؤمية حتى يتم التعامل معها بعد ذلك لتصحيحها ، ويتم تنويع تلك المواقف التي تستخدم فيها فنية التعريض وهذا فيما يتعلق بمدى معرفة الفرد بالآخرين ومدى اقترابه منهم جسدياً ونمط التفاعلات الاجتماعية كأن يقوم مثلاً التحدث أمام مجموعة في مقابل التحدث إلى زميل والتحدث إلى رئيسة مقابل التحدث إلى صديق ، ويمكن استخدام فنية منع الاستجابة للإقلال من سلوكيات تفحص الجسم ليتوقف الفرد عن وزن نفسه أو تفحصه جسمه أمام المرأة باستمرار. ( محمد عبد الله عادل، 2000:292 ).

### **3: صورة الذات:**

**3-1: مفهوم صورة الذات:** إن فكرة الذات في مجال علم النفس ظهرت عند وليام جيمس 1890 ، ويعرفها :مجموعة ما يمتلكه الفرد وما يستطيع أن يقوله عن جسمه ، وقدراته ، وسماته ، وقدراته المادية والمعنوية ، وتطور هذا المفهوم ليبدل على



معنيين، الذات كموضوع وهي مختلف الأحاسيس والادراكات والاتجاهات، وكعملية أي تنوع النشاطات كالتفكير والتذكر.

ويعرفها مصطفى فهمي: إن صورة الذات هي فكرة الشخص عن نفسه والتي تمثل النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته ، خبرات إدراكية وانفعالية فهي فكرة الشخص عن مختلف الوظائف النفسية وتقييمه لها .

وتعرفها منيرة : " ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد من مجموعة التنظيمات السلوكية التي يمكن أن تصدر عنه مما يؤكد الارتباط بين صورة الذات والسلوك " (زلوف منيرة ،2011: 28 )

ويعرفها حافظ بطرس: صورة الذات تعني نظرة الفرد لنفسه وما يستخلصه من ذلك مقارنة بالآخرين من بحث الشكل والمظهر العام والسلوك ، ومن هذه الصورة يتكون الانطباع العام عن الذات سلبياً أو إيجابياً وغالباً تؤدي صورة الذات السلبية الى احترام ضعيف للذات. ( حافظ بطرس،2008: 175 ).

كما تتعلق صورة الذات بالإدراك، التصور، الصورة، وتمثلات الذات التي ترتبط بمفهوم الذات. ( cherif Hallouma ;1996:12 )

ومن خلال التعاريف السابقة نستنتج أن صورة الذات هي نظرة الفرد لنفسه وعن نفسه وما يستخلصه من ذلك مقارنة بالآخرين العاديين، وهي الأساس الذي تبنى عليه شخصية الفرد، فهي كل الخبرات والمدرجات من كل النواحي ومنها يتكون الانطباع عن الذات.

### **2-3: مميزات صورة الذات : لصورة الذات بعض المميزات منها :**

أن يشعر الفرد بذات خاصة متباينة عن سواها وبالتالي يكون الفرد مختلفاً عن الآخرين وله ممتلكات الذاتية .

ومن المميزات ايضاً تقييم الفرد لنفسه ككل من حيث مظهره وأصوله وقدراته ووسائله واتجاهاته وشعوره .

وعي الشخص الشعوري وتفكيره وإحساسه تقوم جميعاً بصفة أساسية بالتوجيه وبالتنظيم والتحكم في سلوكه .

ويذكر Carl Rogers خصائص ومميزات منها :  
تنشأ الذات وتنمو من خلال إحتكاك وتفاعل الكائن العضوي مع بيئته .  
تسعى الذات الى الاتساق والاحتفاظ بالكائن العضوي .  
الكائن العضوي يعيش بطرق متسقة مع ذاته .  
تعتبر الخبرات التي لا تتسق مع ذات الكائن العضوي أفكار الفرد المهددة .  
وتتميز الذات أيضاً بمعنيين :الأول مجموعة من العمليات النفسية التي تحكم السلوك  
والتوافق، والثانية الذات تعني إتجاه الشخص ومدركاته وتقييمه لنفسه كموضوع.  
وتتميز صورة الذات بالدافعية التي تحدد سلوك الفرد وتوجهه. (زلوف منيرة، 2011،  
30: ) .

### 3-3: العوامل المؤثرة في صورة الذات:

إن للدور الاجتماعي دوراً كبيراً في تنمية صورة الذات وذلك من خلال تفاعل  
الفرد في المجتمع وإقامة العلاقات الناجحة التي تعزز من فكرة الفرد عن ذاته .  
كما أن الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع الآخرين والمقارنة التي يتعامل بها الفرد  
بينه وبين الآخرين تؤثر على صورة الذات ،فالاحتكاك والتفاعل بين الفرد وبيئته  
الاجتماعية يجعلان من ذات الفرد موضوعاً تتشكل لديه مختلف التصورات  
والأحاسيس عن نفسه وتوجهه اليه أحكاماً من طرف الآخرين .  
- فاعلمية التطبيع الاجتماعي يتعلم الفرد كيف يدرك ذاته وحتى طريقة تفكيره نتيجة  
لتلك الكيفية التي يرى بها نفسه.  
- واعتقادات الفرد اتجاه نفسه تتوقف على الدور الذي يقوم به تفسيره لكيفية حكم  
الآخرين عليه.  
- كما أن المواقف والظروف التي يمر بها الفرد من شأنها تؤثر في صورة الذات  
سواء كانت عوامل أو نزاعات نفسية وجسمية واجتماعية وغيرها ، وتتأثر بجميع  
العوامل الجسمية الداخلية والخارجية ، حيث تتحول خبرات الفرد الى صورة منظمة  
مع الذات ، ويكون لهذه الصورة أثر في تحديد السلوكيات والنشاطات للفرد .(زلوف  
منيرة ، 2011، 32: ) .

**4-3: أبعاد صورة الذات:** تتكون صورة الذات من عدة أبعاد مختلفة ، بما فيها جميع الأبعاد الداخلية والخارجية سواء كانت شخصية أو غير شخصية والتي لها صلة بالعوامل الشعورية بل وكل ما يحيط بالفرد من المؤثرات والأشياء والمفاهيم والاتجاهات وغيرها وتوجد عدة تصنيفات لهذه الأبعاد ، ويحدد أحمد مراد 1989 ثلاث أبعاد أساسية تحتويها الذات وهي :

- الذات الواقعية (الحقيقية ) :ويقصد بها تلك الصورة التي يراه الفرد عن نفسه كما هي في الواقع

- الذات المثالية: وهي عبارة عن صورة عن نفسه كما يجب أن تكون عليه .

- الشخص العادي :وتتمثل في صورة الشخص عن الفرد العادي .

ويرى أيضاً أنها توجد ثلاث أبعاد أخرى محتوية في الذات ومستنتجة من الأبعاد المذكورة وهي كما يلي :

- مقياس التباعد: من البعدين الأول والثالث استنتج هذا البعد ، ويحسب هذا المقياس بالفرق المطلق بين درجة تقديرات الفرد الواقعية ودرجة تقديراته للصفات المتوفرة في الشخص العادي ، وبنقصان هذه الدرجة يزيد التقارب مع الآخرين وزيادتها ينقص التقارب .

- تقبل الذات: يدل تقبل الذات على مدى تقبل الفرد لصورته الذاتية .

- تقبل الآخرين: أي مدى تقبل الفرد لمجتمعه الذي يعيش فيه ومدى اقترابهم منه

وكتل cattele هو الآخر يميز ثلاث أبعاد للذات وهي :

- الذات البنائية: تقابل ذلك المؤثر الرئيسي على السمات الدينامية .

- الذات المثالية والمأمولة : وهي تلك الصورة التي يود الفرد أن يكون عليها .

- الذات الفعلية: وهي تلك الصورة التي يقر الفرد بها أنه هو في أغلب لحظاته

المنطقية. (زلوف منيرة ، 2011: 34) .

### **5-3: خطوات الإحتفاظ بصورة الذات الإيجابية :**

- يجب أن تكون أميناً مع نفسك ، مقرأً بمواقفك وعواطفك وسلوكياتك السلبية والمثبطة التي تعوق نجاحك .

- تقبل نفسك كما هي عليه ، وتحمل مسؤولياتك .
- ارفق بنفسك ولا تقسو عليها باللوم كثيراً عندما تخطئ، وكن سموح مع نفسك وغيرك.
- كن واثقاً بإمكانياتك وتوقع النجاح .
- خطط للأهداف واسع لتحقيقها .
- تخلص من الأصوات الخافتة المثبطة والناقدة واستبدله بصوت محمس .
- ثق بنفسك وكن موضع ثقة الآخرين، ولا تكن مغروراً .
- تمهل قبل أن تصدر أحكامك على الآخرين .(فهيمى علي، 2010: 182 ) .

#### 4: تقبل الذات:

**4-1: الذات:** تتمثل في كيان الفرد ككل بمختلف مكوناته العضوية والذهنية وهذا الكيان يتضمن مجموعة من القدرات والخصائص المميزة لشخصية الفرد ومدركاته وتصوراتهِ وانطباعاتهِ ومعارفهِ وطرق استجاباته واتجاهاته وميوله وانشغالاتهِ وهذه العناصر المكونة لـ كيان الفرد الذاتي وما يرتبط بها من ظواهر نفسية ، تنمو وتتبلور من خلال تفاعل خبرات الفرد المتراكمة وتجربته في الحياة ، تشكل في مجملها هويته المنفردة ككيان مستقل. ( جمال يحيوي، 2003: 545 )

ويعرفها كمال دسوقي، هي الشخص على النحو الذي به يحس ويدرك ويفكر بنفسه a  
 يرى الأشياء والأشخاص الآخرين، يمكن أن يرى نفسه. كما أن إدراكاته الحسية للآخرين من الناس ليست قط كاملة أو وثيقة تماماً، كذلك إدراكه الحسي لنفسه ليس قط تام الكمال او الدقة.  
 (كمال دسوقي، 1987: 287).

و تقبل الذات: هي قدرة الفرد على تقبل جميع خصائصه وصفاته الشخصية بغض النظر عن كونها إيجابية أم سلبية والرضا عنها في كل مواقف حياته . ( مصطفى ، 2009: 283 ).

ويعرفه شكشك: هو كل ما يتصوره المراهق عن قدرته الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية بشكل يطابق التصورات والمقاييس النفسية . ( شكشك ، 2007: 18).

**2-4: الإطار النظري لتقبل الذات:** إن من المفاهيم الهامة التي ترتبط بمفهوم الذات، مفهوم تقبل الذات self acceptance وهذا المفهوم يتوافق بشكل كبير مع قوة الأنا وقوة الشخصية، أو مفهوم الذات القوي، كما يستخدم مفهوم تقبل الذات للإشارة الى مدى التقييم الإيجابي للصورة التي يحملها الفرد عن نفسه أي مدى رضاه واحترامه لصفاته وخصائصه، كما يستخدم إلى مقدار التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية ، فإذا كان تصور الفرد كما هو عليه الآن يعطي شياً كبيراً لما يرغب في أن يكون عليه فإنه يكون نسبياً متقبلاً لذاته.

- وتقبل الذات عند روزنبرك يعني الاتجاه السلبي أو الإيجابي نحو الذات ويعني أن الشخص يشعر أنه ذو قيمة ويحترم نفسه لما يمتلكه من مميزات وغير نادم عن ما فيه من سيئات.

فالشخص المتقبل لذاته يكون لديه تقدير واقعي حقيقي لقدراته بما في ذلك بتقدير لاستحقاقه وبتقدير لمعايير ومعتقداته دون الخضوع التام للآخرين، ويدرك نواحي قصوره ولا يرى أنه يخلو من الغضب والخوف ولا يرى أنه لا يخطئ.

ويحدد لنا shierer الشخص المتقبل لذاته أن يكون كما يلي:

- هو الشخص الذي يعتمد بالدرجة الأولى على القيم والمعايير والمقاييس الداخلية أكر من اعتماده على الضغط الخارجي، باعتباره دليلاً ومرشداً لسلوكه وتصرفه الخاص.

- كما أن المتقبل لذاته هو من يتحمل عواقب ونتائج تصرفاته وسلوكياته .

- كما يتقبل المدح والنقد من الآخرين بشكل موضوعي .

- يعتبر نفسه شخصاً يستحق العيش في نفس المحيط مع الأشخاص الآخرين.

- لا يتوقع رفض الآخرين .

- لا يعتبر نفسه مختلف كلياً عن الآخرين أو أفعاله غريبة. (صالح مصطفى، 2009

: 285).

كما أن من يتقبل ذاته منذ الصغر يدخل مرحلة المراهقة وهو متقبل لذاته، والمراهق المتقبل لذاته فإنه يتقبل الحياة سلباً وإيجاباً بواقعية ويشعر بأن له حق

في العيش وينمي طاقته واهتماماته دون ندم كما قد يكون عفوي جدير بالمغامرة ومتمتع بالأشياء ممارساً تجاربه الانفعالية والرافض لذاته عكس الشخص المتقبل لذاته بحيث يكون غير مرتاح لا يقيم نفسه وقد يكرهها ويكون أيضاً شاكاً في قدراته لا يثق بالآخرين. (ميخائيل ، ملك 234).

#### 3-4: طرق تقديم الذات: توجد طريقتين رئيسيتين لتقديم مظاهر الذات وهي:

1- الطريقة التوافقية "الإستراتيجية": وهذه الطريقة تتمثل في عمليات تكيف الصور المظهرية التي يظهر بها، حيث يجد الفرد هذه الصورة ويحضرها بالشكل الذي يعطي للآخرين انطباعات ما عن شخصيته بالصورة التي يريد هو أن يظهر بها ولو كانت الصورة مختلفة عن ما هي عليه في الواقع وهذا من أجل التأثير في موقف الآخرين تجاهه وتوجيهها بالشكل الذي يرفع من قيمته لديهم وتعتمد هذه الطريقة على مظاهر التمييق والتمويه ولها عدة أساليب لتقديم الذات أهمها:

أ) أسلوب المناورة: يحتوي هذا الأسلوب على الطرق الفنية المستعملة لتلميع صورة الفرد والرفع من قيمته لدى الآخرين وهذا مثل:

- المقابلة المباشرة: يقوم الفرد من خلال مقابلات مع الآخرين باستعراض ما لديه من قدرات وصفات جيدة ومفضلة.

- التنويه والإشادة بخصال الآخر، وهذه الطريقة تكون أكثر نجاحاً إذا اقتنع الآخر بصدق المنوه.

- تبني آراء الآخر المقصود وتقدير مواقفه وهذا من أجل إرضائه وكسب مسانדתه فيما بعد.

أسلوب التبرير المحتمل: الفرد هنا يكون لديه تبرير مقبول لفشل محتمل وهذا من أجل المحافظة والإبقاء على قيمة ذاته ولا يكشف ضعف قدراته.

2- الطريقة الواقعية لتقديم الذات: هنا في هذه الطريقة يظهر الفرد بالمظاهر المعبرة بإخلاص وصدق عن ذاته الحقيقية فالفرد يفشي بعض المعلومات المتعلقة بجوانب من شخصيته أو ظروفه ونقائصه وهذا للأشخاص الذين يتمتعون بثقته كالأصدقاء والأقارب المخلصين له. (محمد يحيى، 2003: 557).

#### 4-4: نظرية الذات:

عند كارل روجرز:

يعتبر مفهوم الذات رئيسي عنده في الشخصية وهو تصوري منظم يتألف من إدراكات خصائص الأنا، وعلاقات الأنا بالآخرين والجوانب الأخرى من الحياة وارتباطها بالقيم المتعلقة بهذه الإدراكات، وبالتالي يصبح الجانب الإدراكي مميزاً داخل الذات كنتيجة لهذا التفاعل، وبالتالي تفسير الذات هو الذي يؤثر في كيفية إدراك الشخص لمحيطه، وتصبح خبرات الذات مغلقة بالقيم التي هي نتيجة للخبرة المتلقية من البيئة والعالم المحيط به.

- كما يرى روجرز إن الذات متميزة من المجال الظاهري متكونة من المدركات الشعورية والقيم المتعلقة به.

- يؤكد روجرز على مفهومي الذات المدركة والذات المثالية، ومفهوم الفرد عن ذاته هو المركز الذي تدور حوله خبرات الفرد انه شعور الشخص بكيانه ، والذات المثالية عند روجرز هو مفهوم الفرد لذاته كما يريد أن يكون فيقبل ما يميل ويتفق مع مفهومه عن ذاته .

- ولكي يحدث تغير في السلوك يجب إن يعدل الفرد من مفهومه عن ذاته ، والعلاج المتمركز حول الذات بواسطته يعدل الفرد فكرته عن ذاته ، ويبرز روجرز نظامين في تكوين الشخصي وهما الذات والكائن الحي ويكون سوء التوافق إذا تعارضا ويكون التوافق إذا لم يتعارضا واتساق الخبرة مع مفهوم الذات . ( عبد الفتاح دويدار، 1992:37 ).

**نظرية الذات عند سينج وكومبز:** استخدم سنيج وكومبز مصطلح المجال الظاهري مشيراً إلى البيئة السيكولوجية وينقسم هذا المجال الظاهري إلى الذات الظاهرية: الذات الظاهرية: وهي كل جزء يخبره الفرد كجزء أو كخاصية لذاته.  
مفهوم الذات: وهي تتكون من أجزاء المجال الظاهري التي تتميز عن طريق الفرد كخصائص ثابتة لذاته.

والمجال الظاهري يحدد السلوك ومنه تتحدد الذات الظاهرية وأخيراً يتميز مفهوم الذات على أنه الجانب الأكثر أهمية لتحديد المجال الظاهري وللذات الظاهرية في تحديد الكيفية التي يتصرف بها الفرد.

ويعتبر سينج وكومبز السلوك علاقة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع المجال الظاهري والسلوك يتسبب كنتيجة لهذا العالم الخاص بالفرد، وهو لا يدخل العوامل الإستبطنية في المجال الظاهري. ( عبد الفتاح دويدار ، 1992:38)

**4-5: أنشطة تنمية تقبل الذات:** من بين الأنشطة التي تستعمل لتنمية تقبل الذات هي:

**1 أنشطة أعرف نفسك:** لكي يتعرف الطفل عن ذاته الجسمية ووالمعرفية والانفعالية والاجتماعية ويتقبلها ويتعرف على إمكانياته وانفعالاته ومدى استطاعته وهذه الأنشطة تحتوي على عدة أساليب منها:

- لعبة المرأة تتكلم: مثلاً المعلمة تحضر مرآة وتطلب المعلمة أو من على شاكلتها أن ينظر الطفل أمام المرأة وتأمره بإعطاء عدة تعبيرات في الوجه " وجه عابس ، وجه سعيد ، وجه خائف... الخ" وهذا من أجل إدراك الطفل لتفاصيل وجهه وبناء الثقة في نفسه واكتسابه القدرة على التعبير بالوجه.

- أسلوب المناقشة والحوار: في هذا الأسلوب تتكلم المعلمة أو من يقوم بدورها مع الطفل عن مكونات الجسم وأعضائه وتعطي لكل عضو فائدة والعمل الذي يرتبط بهذا العضو وماذا نعمل للمحافظة عليه وهذا من أجل معرفة الطفل قيمة كل عضو، وكيف يستحسن جسمه من خلال ذلك.

- الأغاني: تختار أو تؤلف المعلمة بعض الكلمات أو الأغاني المرتبطة بموضوع الوحدة وقد يكون ذلك بمساعد التربية الموسيقية، ويطلب من الأطفال أن يؤدوا الأغنية جماعياً وهذا بهدف تركية مفهوم الذات الجسمي للطفل وتعزيز مفهوم الذات الاجتماعي وهذه الأغاني على سبيل ما يلي: سبحان الله، خلق لي عيني و ايديني، خلق لي أنف وأذنين، وفم ورجلين، وقلب بين ضلعين، الحمد لله الحمد لله.



- أسلوب القصة: في هذا الأسلوب يطلب من الطفل أو التلميذ أن يسرد قصة عن نفسه والمعلمة تسمع وتناقش مع الطفل وتركز على تصويره لذاته وعن نفسه وصفاته ومدى تقبله لذاته وصفاته وحتى ما يضايقه. ( علاء الدين كفاي وآخرون، 2008: 358).

**خلاصة :** بعد ما تطرقنا في هذا الفصل إلى عدة عناصر تتعلق بالذات كمفهوم الذات وصورة الذات وصورة الجسم وغيرها من العناصر المتعلقة بها، تبين لنا أن الذات أساس كيان الشخصية لأنها تعبر عن جميع ما يملكه الفرد من الجوانب النفسية واجتماعية وجسمية وغيرها، فهي مرتبطة بالفرد ارتباطاً كلياً، وهي تتكون تدريجياً عبر مراحل النمو للفرد، فهي مركز الشخصية وجوهرها وتتأثر من خلال ما يدركه الفرد من خلال الخبرات التي يمر بها والتجارب في شتى المجالات، وبها يتعامل مع الآخرين ويمكن أن تكون ايجابية ويمكن أن تكون سالبة أو مشوهة كل حسب تجربته وخبرته وإدراكه وخاصة الفرد الذي يصنف من ذوي الاحتياجات الخاصة أو المعاق حركياً الذي قد تكون له صورة مشوهة عن ذاته، خاصة في مرحلة المراهقة التي يهتم فيها المراهقون بذواتهم وصورهم.

## الفصل الرابع

### القلق

تمهيد:

- 1) تعريف القلق.
- 2) حالة وسمة القلق.
- 3) أنواع القلق.
- 4) مظاهر القلق.
- 5) أسباب القلق.
- 6) أشكال القلق.
- 7) التغيرات في شخصية القلق.
- 8) مبادئ أساسية في خفض القلق.
- 9) تشخيص القلق.
- 10) التفسيرات النظرية للقلق.
- 11) نتائج القلق.
- 12) علاج القلق.

خاتمة.

## الفصل الرابع

### القلق

#### تمهيد:

إن كلمة قلق قد تدور على السنة العام والخاص، فقد شاع هذا المصطلح وأصبح يستعمل في كثير من المواقف والمناسبات، إلا أن لهذا اللفظ أو لهذا الاضطراب مدلول علمي. والقلق يحتاج إلى دراسة معمقة، لتفادي أخطاره خاصة وأنه يسبب للعديد من الأمراض النفسية، كما يشير عبد العظيم حسين، "أ ن العديد من الدراسات النفسية تشير أن القلق هو أساس جميع الأمراض النفسية... وهو باتفاق جميع مدارس علم النفس، أن القلق هو السبب في كل الاختلالات الشخصية واضطرابات السلوك". (حسين، 2007: 13).

وستتناول في هذا الفصل، أهم ما يتعلق بهذا الاضطراب، بداية من التعريفات والأنواع والأسباب إلى التفسير والتشخيص والعلاج، خاصة ولأن هذا الاضطراب هو من أكثر الأمراض العصابية انتشاراً وشيوعاً، بل ويكاد يكون سمة في معظم الاضطرابات النفسية والعقلية، فالقلق مرض العصر كما يعبر عنه بعض الباحثين والمختصين.

#### 1: تعريف القلق:

يعرفه قاموس المنجد في اللغة العربية، اضطراب شديد يحدث انقباضاً في الصدر، شعور بعدم الاستقرار النفسي بصحبه انزعاج جسماني " ليلة من القلق " عدم طمأنينة.

قلق: مضطرب مرتبك يعكر صفوه انفعال قوي " وجه قلق "، " نفس قلقة"، " نظرة قلقة"، فاقد القرار والهدوء، تنتابه هموم: حياة قلقة، "قلق المزاج" ذو مزاج مضطرب لا ينعم بالارتياح. (المنجد، 2000: 1180).

القلق يشير الى تلك الحالة النفسية التي تحدث حيث يشعر الفرد بوجود خطر يهدده ،يكون منطوي على توتر إنفعالي مع اضطرابات فسيولوجية .( الداھري ، 2005 :325).

ويعرفه انس شكشك: القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الكائن العضوي، ويتضمن مكونات ثلاثة: ذاتية، وعضوية، وسلوكية، وهو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم.(أنس سكسك،2009:10).

**التعريف اللغوي:** القلق في اللغة العربية حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث وهو قلق الشيء قلقاً أي يحركه وقلق قلقاً : لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال واضطرب وانزعج فهو قلق. ( السيد فهمي: 2009،60).

**التعريف السيكولوجي:** انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وهو كذلك احساس بالتوتر والشد وخوف دائم لامبرر له، وغالباً يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول، ويتضمن استجابة مفرطة لمواقف لا تنفي خطر حقيقي.

- والقلق شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر مصحوب عادة ليفض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة الجهاز العصبي للإرادة ، ويأتي في شكل نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق التنفس أو الصداع أو الشعور بنبضات القلب. (السيد فهمي 2009 :61).

#### **التعاريف الأجنبية:**

ويعرفه DIEL: هو ظاهرة عضوية أكثر من نفسية، فالقلق يظهر مرتبط مع الدافعية نحو الأكل، فيعتبر القلق مؤشر على خلل في صافونية مجموعة الوظائف الشبه النفسية ويظهر ذلك في الاضطرابات السوماتيكية ويرتبط دائماً مع الخوف، ويعرفه أيضاً بأنه خوف غير محدد والذي يشير الى الشيء الموجود ولكن يرجع إلى التصورات الذهنية على الشيء الموجود. (Paul diel ;15).

يرى فديد بيار، أن القلق يتعلق يتعلق بحاجة مريحة تظهر في إحساس بعد الأمان الداخلي بدون ما يميز الخطر ويحدث في حالة الرغبة والدفاع، فالقلق يشهد في المرحلة النزوية طاقة لا يمكنها التفريغ فتعود لكبت تلك الرغبة أو تعطيل وحشي للرغبة قبل التمتع بها، فيكبح المنبع الجنسي للقلق وسيعطي معاني مختلة تترابط مع مراحل النمو. ( Fedida pierre ;1974 :18 )

قد تتعدد التعريفات عن القلق وربما كل حسب الزاوية أو الوجهة التي ينظر منها ولكنها تتفق جميعها على أنها حالة غير سارة، وحالة من الاضطراب، وحالة انفعالية تتعلق بالخوف، وتتغير أثنائها الوظائف الفيزيولوجية، ويؤثر على الفرد.

**2: حالة القلق وسمة القلق:** ميز كل من كاتل cattell و spieberg بين مفهومين عن القلق وهما حالة القلق وسمة القلق.

- حالة القلق: وتحدث عندما يدرك الشخص منبهاً معيناً أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له، وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة الى تقع على الفرد وتضغط بشدة عليه. (عبد الخالق، 1994: 19).

وحالة القلق انفعالية مؤقتة تختلف من لحظة إلى أخرى وسرعان ما تزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد. (حسين عبد العظيم، 2007: 19).

- أما سمة القلق: تشير إلى القروق الثابتة نسبياً في الميل الى القلق وهذه الفروق تنشأ عن اختلاف ردود الأفعال تجاه المواقف المدركة بأنها مهددة. (حسين عبد العظيم، 2007: 18).

كما يشير عبد الخالق إلى أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة. (عبد الخالق، 1994: 19).

وهو أيضاً: " هو عرض عام لجميع الاضطرابات العصابية، وعدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر غائم غير معروف السبب، وشعور بعدم الأمن وتوقع حدوث كارثة ويمكن أن يتصاعد القلق إلى حد الزعر ، كما يصاحب هذا الشعور

في بعض الأحيان بعض الأعراض النفس جسمية ورغم ان القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية إلا أن حالة القلق تغلب فتصبح هي نفسها الاضطراب النفسي الأساسي وهذا ما يعرف باسم عصاب القلق ". ( سفيان، 2004:178).

### 3:أنواع القلق:

**1-3: القلق الطبيعي:** هو ما يعبر به الفرد من حالة التوتر الداخلي أو الخوف ، فالقلق شعور طبيعي مقبول تحت ظروف معينة مثل مواجهة المخاطر الجسدية والمعنوية وشدائد الحياة التي يعترضها كل الناس .

وهو أحد الوظائف الهامة للدماغ حيث يعمل على تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية والعقلية لمواجهة الموقف المثير للقلق عن طريق رفع درجة التنبيه والإفرازات فهو يساعد على التكيف وحل المشكلات .

**2-3: القلق غير الطبيعي:** أو القلق المرضي أو العصابي وهو ما يتجاوز حده حيث يكون القلق أكثر من السبب فهو عكس الأول، بحيث يضعف القدرة على التكيف ويقلل من كفاءة الشخص المصاب به، ويستنفذ طاقته النفسية والجسمية معاً ( صالح حسن الداھري، 2005 : 225 ).

### 4:مظاهر القلق :cognitive manifestation

**مظاهر معرفية:** حيث يتأثر التفكير ،حيث تتراوح هذه الأفكار بين أفكار حول القلق الخفيف الى درجة الهلع ، ويأتي الأفراد الذين لديهم أفكار حادة ، يعتقدون أن موتهم قريب أو يخاف أن يفقد السيطرة الجسدية والعقلية أو سينتهي العالم .

**مظاهر سلوكية:** وتظهر هذه المظاهر في أعمال الفرد وتأخذ أشكالاً تجنب المواقف المثيرة للقلق ، كالتألم الذي يخاف التحدث أمام الناس والملا يتجنب الأماكن الأمامية والصفوف التي يقدم فيها العرض ، ومثلاً أصحاب الخوف من الأماكن العامة يبقون في بيوتهم.

**مظاهر جسدية:** وهي تمثل تغييراً برود الفعل البيولوجية والفيزيولوجية والتي تتضمن ضيق تنفس ، جفاف حلق ،بؤودة الأطراف ، إرتقاء ضغط الدم، عسر الهضم.(الداهري،2005: 327 ).

#### 5: اسباب القلق :

- الاستعداد الوراثي وبعض الاحيان تتدخل الاسباب الوراثية مع العوامل البيئية  
- الاستعداد النفسي الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي المفروضة من الظروف والأزمات أو الصدمات والشعور بالذنب والخوف من العقاب.

- مواقف وظروف الحياة المدنية واضطراب الجو الأسري والتفكك الأسري  
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة أيضاً، والمشاكل الحالية التي من شأنها تنشيط ذكريات الماضي والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال والحرمان والقسوة والحماية الزائدة.

- التعرض للحوادث والخبرات الحادة سواءً اقتصادياً واجتماعياً وعاطفياً.  
- عدم التطابق بين الذات الواقعية وبالذات المثالية ، وعدم تحقيق الذات وظروف الحرب.( الداهري حسن صالح،2005: 331 )

وجاء في المعجم التربوي، أن الكثير من حالات القلق الحاد والمزمن تستحدثه الصراعات اللاشعورية وتوقدها في نفسه تجاه الحياة العادية الأسرية والاجتماعية والوظيفية.(القيسي2006: 244).

- ومن الأسباب أيضاً، الخيبة والصراع والفشل وفقدان الأمن والشعور بالضعف ، كما يزداد شعور الفرد بالقلق بزيادة إحساسه بالحياة، وتعمق شعوره بما يجري حوله.

- كذلك من أسباب القلق كون الإنسان كائناً مفكراً واعياً لوجوده وفنائته، فوجود الإنسان مصدر لقلقه.

- كذلك من مسببات القلق تبني الفرد معتقدات متناقضة أو مخالفة لسلوكه الظاهري، كأن يظهر الايمان والتمسك بالأخلاق والالتزام بالأنظمة والتقاليد، فيعتقد الناس فيه

الخير والصلاح وإذ خلا إلى نفسه أطلق العنان لنزواته وارتكب ما يخالف هذا السلوك وكأنه شطر نفسه إلى شطرين.

كما أن القلق ينشأ في أي وقت تكون فيه حياة الفرد معرضة للخطر الغامض الذي يهدد كيانه دون أن يعرف معالمه وحدوده، وغير قادر على مواجهته. (أنس شكشك، 2009: 26).

**6: أشكال القلق:** القلق العصابي يكون مصحوب بانفعال شديد ، ناتج عن مواقف وأشياء لا تتطلب بالضرورة هذا الانفعال ، مما يجعل حياة الفرد الوجدانية والفكرية والاجتماعية مشتتة وفريسة للشعور الذي يجعل الفرد عاجز عن التفاعل المثمر سواء مع نفسه أو مع الآخرين ويمكن أن نجملها فيما يلي:

- **قلق شديد الضرر:** وهو عبارة عن حالة انفعالية شديدة يستجيب لها الجسم برعشة أو توتر عضلي، وإن زاد في حدته يصبح انزعاجاً وهي أشد حالات القلق.

- **قلق متفاوت في مدة استمراريته:** فقد يكون القلق المفاجئ أو السريع، ويكون متطرف وحاد وهو حالة متدنية من درجات القلق التي تشكل ذعراً وانزعاجاً قد يستمر طويلاً حينها يتحول إلى سمة من سمات الشخصية.

- **قلق موقعي:** وهو ذلك القلق الذي يثيره موقف خاص، مثلاً الخوف من مرض معين.

- **قلق تلقائي:** وهو ذلك القلق الذي قد يشعر به ولكي لا يعطي اعتبار للظروف الخارجية.

- **قلق استباقي:** إذا ما أثار القلق لمجرد التفكير في موقف مخيف لم يحدث بعد ولكنه يهدد الفرد بأشياء غير موجودة.

- **قلق السمة:** وهذا لما يتحول القلق إلى خاصية دائمة في الشخصية أو الفرد مما يساعد على التعرف على الأفراد الذين انزعاجاتهم وتوقعاتهم وانفعالاتهم متطرفة. (السمراي، 2007: 48).

وفي هذا الصدد يذكر " أنس شكشك" بعض النقاط تدرج في أشكال القلق وهي:



**القلق المزمن:** وهو الذي يتحول إلى سمة من سمات الشخصية الملازمة لها، مما يجعل الفرد ينظر إلى الحوادث نظرة خاصة، ويتصرف اتجاه المواقف والأحداث العادية تصرفاً قلقاً.

القلق الأخلاقي: وهذا الشكل ينتج عندما يركب الفرد أعمالاً مخالفة للضمير.

**قلق الكبت:** وهذا النوع من القلق مصدره الكبت الذي حدث في ماضي الإنسان مثل كبت الشباب لنزواته الغريزية، اللا مقبولة والمحرمة والتصرفات والأفكار التي جلبت له العقاب وهذا الشكل من القلق لا يستطيع الفرد المصاب به تميزه بوضوح.

**القلق المرضي:** هذا الشكل غامض غير محدد المعالم تخلف شدته وعمقه من شخص لآخر، وبالتالي تكون ردة الفعل يكون بطريقة عشوائية وحتى السلوك يكون فوضوياً لا يقضي على القلق وقد يزيد في سيطرته.

**القلق العادي:** وهو القلق الذي يكون مفيد للفرد، بحيث يجعله أكثر انتباهاً واستعداداً لمواجهة الظروف الطارئة والمواقف المهددة لسلامته وتوازنه، مثلاً عندما يتوقع الفرد حدوث أشياء مكروهة أو مهدد ما فإنه يسعى إلى جمع قواه لمواجهة الحل. ( شكشك، 2009: 42 ).

**7: التغيرات في شخصية القلق:** في القلق العصابي تحدث للفرد عدة تغيرات في عدة جوانب نلخصها في ما يلي:

**الجانب الوجداني:** وذلك من خلال الانفعال الشديد وتزايد الخوف والتوجس من خطر غير معروف يهدد كيان الفرد وأمنه، كما قد يؤدي إلى اضطرابات في وظائف بعض الأعضاء للفرد أو العجز في ضبط هذه الوظائف.

**استثارة الجهاز العصبي السمبتاوي:** قد تحدث تغيرات غير سارة للفرد نتيجة لاستثارة شديدة تصيب الجهاز العصبي السمبتاوي، وهو أحد الأجهزة الرئيسية التي تثار وتنشط في مواقف الخطر والفعال الشديد، كما قد تؤدي إلى التأثير السلبي للأعضاء المتصلة به فتزيد من دقات القلب مثلاً، وتتعرق الأيدي ويجف الفم وتنقبض المعدة ويصعب التنفس و ينحبس الصوت.

الجانب العضوي العضلي: على المستوى العضلي تتصلب الرقبة وعضلات الزراعين حتى أسفل الكتفين، وملاحظة بعض الحركات في الوجه ومنطقة الفم والعينين، وهذا كله نتيجة الشد والتوتر العضلي الشديد، والشكوى من تشنج العضلات وتوترها واضطرابات الهضم كذلك كتقلب المعدة وعسر الهضم. ( السمراني،2007: 52 ).

كما يشير محمد الخالدي،الى التغيرات التالية:

التغيرات الفيزيولوجية لمرض القلق:

برودة في الأطراف، زيادة النشاطات للغدد الدرقية، اضطرابات المعدة، زيادة دقات القلب ومعدلات التنفس، تقلص العضلات، إرتجاف الأصابع، تقلص حدقة العين، كثرة التبول، جفاف الحلق والفم، تذبذب وتغير في الصوت، زيادة الحركة، فقدان القدرة على التنظيم والتحكم.

التغيرات السيكولوجية لمرض القلق:

الخوف من شر مترقب ومتوقع، وتوقع المصائب والأذى.

فقدان القدرة على التركيز والانتباه.

الإرهاك النفسي.

الاكتئاب.

انعدام الثقة بالنفس.

الرغبة الدائمة في الهروب من مواجهة المواقف.

توقع الهزيمة والفشل.

صعوبة النوم والكوابيس.

فقدان الأمن النفسي.

التردد في اتخاذ القرار واضطراب التفكير.

وهذه الأعراض لا تحدث في وقت واحد بل تحدث حسب الباعث وشدته وتصور الفرد وإدراكه له أما في ما يخص الفروق الجنسية الأعراض النفسية تظهر أكثر

وضوحاً عند الذكور بينما الأعراض الفيزيولوجية أكثر وضوحاً عند الإناث. (أديب الخالدي، 2006: 198).

### 8: مبادئ أساسية في خفض القلق :

1- **التدخل في المحيط:** بهدف مواجهة الأخطار الموضوعية ومصادر القلق لأن المحيط الذي نعيشه مليء بالأخطار ومن الواجب تغييره من طرف المعنيين ، سواء اقتصاديين أ سياسيين أو نفسانيين لتحقيق الأمن الغذائي والنفسي والاجتماعي والعدالة للفرد والمجتمع والحرية.

2- **تعديل التوقعات والتقييمات الفردية:** هنا يتوقف العلاج على تغيير رؤية الفرد لوضعه وأن لا يعطي قيمة للخسائر وكذلك نعطي للفرد معلومات تكون موضوعية لتغيير آرائه اللاعقلانية ، خاصة ولأن بعض التخوفات الشاذة ترجع الى بعض التوقعات الخاطئة.

### 3- **تغيير الإستراتيجيات:** من أجل التغلب والسيطرة على القلق من خلال :

- تدريب الكفاءة: خاصة ولأن تقديرات الكفاءة في تقدير النجاح والفشل تسهم القلق والمخاوف ، فهناك طرق لتدريب الكفاءة طورت في إطار الإرشاد النفسي لطلاب ، وعلاج الأمراض النفس جسدية .

- تدريب الإنتباه في التركيز على المهمة الأساسية بدل التركيز على توقع النتائج السلبية

- التراجع عن مطالب الكمال المتوقعة من الفرد تسهم في الإرتياح وخفض القلق

- تجنب المواقف المسببة للقلق .

كما أن هناك ثلاث طرق موثوقة ومعروفة للسيطرة على القلق :

الإسترخاء العضلي، الاسترخاء الذاتي، أساليب التأمل.(جميل رضوان،

( 290:2002 )

ويذكر عبد الرحمان العيسوي، بعض المضادات السلوكية للقلق وهي:

- يعتبر الاسترخاء لكل أعضاء الجسم مطرداً للقلق، يكون لكل أعضاء الجسم والأطراف والتدريب على قبضة اليد بالعنف والشدة ثم استرخائها وفكها وتركها حرة ثم الشعور بالفارق في حالة الشد والقبض، ثم الاسترخاء التام .  
- الإسترخاء لا يجتمع مع القلق ، فالاسترخاء يذيل القلق ، كذلك تتمكن من ضبط الانفعالات.

- تحقيق الذات وتوكيدها .

- الشعور والثقة بالنفس .

- تناول الأطعمة الصحية ، والفواكه الجيدة والحلوى من شأنها طرد القلق .

- المناظر الجميلة والخلابة ، والهواء الطلق .

- المشي والرياضة البسيطة يفك القلق .

( العيسوي، 2002: 201 ) .

**9: تشخيص القلق:** عند تشخيص القلق يجب علينا العناية بالفحص الطبي الدقيق وتقييم الشخصية ودراسة ، تاريخ الحالة وفي حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بينا القلق والاضطرابات العضوية كالاكتئاب والهستيريا، وكذلك التفريق بين القلق والفصام في مراحل الأولى والفارق بين هذين الآخرين هو وجود الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده في القلق، أما فيما يخص القلق والخوف العادي على أساس ما يلي:

القلق	الخوف العادي
- لا يكون الفرد منتبهاً الى مصدره عادة يكون مجهول.	- خوف من أمور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدرها.
- يبقى غالباً رغم زوال مثيره الأصلي طالما لم يتناوله بالدراسة والتحليل.	- يزول بزوال مثيره.
- قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع.	- ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلاً. لا يوجد صراعات.

- يوجد صراعات.

(السيد فهمي، 2010: 189).

وفيما يلي يذكر لنا محمد قاسم بعض نقاط الاشتراك والخلاف بين الخوف والقلق كما يلي:

- كلاهما حالة انفعالية يستثار عند الشعور بوجود خطر يهدد الشخص ويدفعه للاستجابة والسلوك إتجاهه ويرافقه تغيرات نفسية وعضوية.  
أما نقاط الاختلاف فهي:

وجه الاختلاف	القلق	الخوف
المثير	غير معروف	معروف
التهديد والخطر	داخلي	خارجي
الصراع	موجود	غير موجود
الاستمرارية	مزمن	حاد
تناسب الاستجابة	مبالغة في خطر وتهديد	تناس الاستجابة
المواجهة والتكيف	شعور بالعجز عن المواجهة	غياب مثل هذا الشعور

( محمد قاسم، 2008: 174 )

- ويذكر غزوان عدة نقاط التشابه والاختلاف بين القلق والخوف وهي كما يلي:
- كل من القلق والخوف حالة انفعالية تتطوي عادة على ضغط وتوتر داخلي.
- كل منهما يستثار بشعور بوجود خطر يهدد الشخص.
- كل منهما إشارة تدعو إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء.
- كل منهما مرافق بعدد غير قليل من التغيرات الفيزيولوجية المتمثلة مثل الاضطراب في التنفس والدورة الدموية.
- قد يبدأ القلق مع إشارة خطر توجد مع المحيط الخارجي.
- يكون الخوف أحياناً أشد مما يستدعيه موضوع الخطر وأن ينقل الشخص إلى حالة من القلق ضعيفة أو شديدة وبذلك يشبه القلق.

- يكون موضوع الخوف معروفاً من قبل الشخص، ولا يكون هذا الأمر دائماً في حالة القلق.

- موضوع القلق معروف في العالم الخارجي بينما لا ينطبق هذا الأمر على القلق.  
- وضوح الخطر في الخوف يكون غير معادل لوضوح الخطر في حالة القلق.  
- يكون الخوف متناسباً من حيث الشدة مع الموضوع الذي آثاره، أما القلق تكون شدته أعظم وغير مناسبة مع شدة إشارات الخطر أو موضوعه.  
- يضفي الشخص من نفسه على المواقف في القلق أكثر مما يفعل في الخوف.(غزوان،2012: 151).

- وفيما يخص القلق والاكتئاب يذكر لنا سرحان وآخرون مايلي:  
يشترك القلق والاكتئاب في اضطرابات النوم والطعام والرغبة الجنسية .  
كما يشتركان في ضعف التركيز.

ويختلفان في أن القلق النفسي يتميز بالأعراض الجسدية المختلفة، والخوف والرغبة وعدم الاستقرار والتوتر، في حين يتميز الاكتئاب بالأفكار السودوية واليأس والحزن الشديد والميل الى الانتحار، فبينما خاف المريض القلق من الموت والمرض ونرى المريض بالاكتئاب يتمناه.

وشعاع الاختلاط بين هذين المرضين خصوصاً أنه كثيراً ما يكون لدى مريض الاكتئاب بعض أعراض القلق، ولدى مريض القلق بعض أعراض الاكتئاب وفي الحالات التي يصعب على الطبيب التفريق بينهما. (سرحان،2001: 50).

#### : الوحة السريرية للقلق العصابي:

القلق العصابي " هو حالة مزمنة من الخوف الغامض الذي لا يعرف المريض أسبابه ولا يرتبط بموقف أو شيء محدد لأنه بمثابة قلق منتشر يرافقه تغيرات نفسية وعضوية متنوعة وغالباً ما يحدث على شكل نوبات أو يتظاهر بأعراض جسمية واضحة"

واللوحته السريرية كما يلي: أن يظهر القلق العصابي بثلاثة أعراض من الأعراض التالية لمدة ستة أشهر فما فوق:

1 توتر حركي: عدم الاستقرار، الفقر، التوتر، ألم العضلات، التعب، عدم القدرة على الاسترخاء، وجه متوتر.

2 فرط في النشاط اللاإرادي والمستقل: التعرق، سرعة ضربات القلب، برودة اليدين، جفاف الفم والشفتين، دوخة وصداع، ارتجاف في الأطراف والتبول المتكرر، والاضطراب في جهاز الهضم، صعوبة في التنفس.

3 الوجس والتقب الدائم: القلق، الهضم، الخوف، الترقب وتوقع الشر والسوء للذات أو للآخرين.

4 الحذر والترصد والفحص الدقيق: فرط الانتباه، صعوبة التركيز، الأرق، التهيج، عدم التحمل. ( قاسم عبد الله، 2008: 288 ).

### 10: التفسير النظري للقلق :

**القلق في نظرية التحليل النفسي:** أن فرويد من أوائل من تحدث عن القلق ، بل ويرى البعض أن مفهوم القلق لم يشع إلا عندما شاع استخدامه في كتابات فرويد ويوجد عند فرويد نوعين من القلق :

**1 القلق الموضوعي:** وهذا النوع من القلق مصدره خارجي، وسماه فرويد بعدة مسميات وهي ، القلق الواقعي ، القلق الحقيقي ، القلق السوي ، وهذا النوع من القلق أقرب الى الخوف لأنه واضح بالنسبة الى الفرد.

ويرى فرويد أن القلق والخوف ما هو إلا ردة أفعال في موقف معين فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف والقلق هو إستجابة لخطر داخلي معروف ، فالقلق هو من توقع صدمة ومن جهة أخرى تكرر للصدمة في صورة مخففة ، فعلاقة القلق بالتوقع ترجع الى حالة الخطر بينما تحديد القلق وعدم وجود موضوع له يرجعان الى حالة الصدمة التي يتسببها العجز وهي الحالة التي يتوقع حدوثها في حالة الخطر (عبد اللطيف حسين ، 2009: 129).

**2القلق العصابي :** يعرفه فرويد على أنه شعور غامض غير سار بالتوقع ، ويكون مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية ، والخوف والتوتر ، ويأتي في نوبات متكررة ويقسمه الى ثلاثة أنواع وهي :

القلق الهائم الطليق :في هذا النوع من القلق الأشخاص المصابون به يتوقعون الأسوء ، فهو يتعلق بأشياء خارجية.

قلق المخاوف المرضية :هذه المخاوف تبدو وكأنها غير معقولة ولكن المصاب لا يفسر معناها، وهذا القلق يتعلق بشيء خارجي معين.( عبد اللطيف حسين،2009:130) .

قلق الهستيريا :هذا النوع من القلق يكون في بعض الأحيان واضحاً وفي بعض الأحيان غير واضح .

- ولكن رانك يعتبر القلق ينتج من الفرد في التمييز أو التفرد وخوفه من الانفصال بمن ارتبط بهم ، ويعتبر رانك خبرة الفرد تسبب للطفل قلقاً أولياً ويفسر رانك جميع حالات القلق على أنها حالات قلق الميلاد بحيث يكون الانفصال عن الأم هي صدمة القلق الأولي فيصبح فيما بعد أي انفصام يسبب القلق.

- أما أدلر بعد ماطور نظريته الخاصة ، أرجع القلق النفسي الى الشعور بالدونية والشعور بالنقص دافع أساسي للعصاب.(عبد اللطيف حسين،2009: 131) .

### القلق في النظرية السلوكية المعرفية ( التعلم الإجتماعي ) .

في هذه النظرية يركز بندورا وزملائه على دراسة التعلم بالملاحظة الذي يعد نمط أساسي للتعلم وهذا النوع من التعلم يختلف عن الاشتراط الإجرائي والكلاسيكي فقد ظهر لديهم دور للتعلم بالملاحظة في اكتساب السلوك وتطور المرض النفسي ،فا وجود صديق قلق قد يؤثر بقوة في الفرد الآخر دون أن يعي أو يشعر بهذا التأثير ، ونظرية التعلم الإجتماعي على دور أفكارنا وتصوراتنا وإحساساتنا حول ذاتنا وبما نقوم به ، فالمريض له اتجاهاته وتوقعاته حول الكيفية التي يظهر بها سلوكه المضطرب واحتمالية قدرته على التغيير .

ويحدد لنا بندورا ثلاثة أنواع للتعلم بالملاحظة وهي:

تعلم إستجابات جديدة .

كف سلوكيات ممنوعة سلق العقاب عليها .

تسهيل ظهور استجابات تقع في حصيلته الملاحظ .



كما أشار بندورا الى أن سلوكنا السوي أو المضطرب يتم في ظل ما سماه بالاحتمية التبادلية حيث يرى ان الناس لا يندفعون بفعل تأثير القوى الداخلية فقط ولا يندفعون قسراً بفعل المثيرات البيئية وأن الوظائف النفسية يمكن سرحها أفضل في شكل تفاعلي تبادلي مستمر بين الشخص والمحددات البيئية أي بين السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية

**تفسير أوتو رانك للقلق: otto rank:** بالنسبة لرانك فإنه يفسر القلق من واقع خبرة اللانفصال التي يمر بها الفرد في حياته، فصدمة الميلاد و الانفصام عن الأم عن المرحلة التي كان ينعم فيها الطفل من الخبرات المهمة التي يمر بها الطفل في حياته والتي تسبب له القلق، ويسمي رانك هذا القلق بالقلق الأولي والذي يستمر معه فيما بعد، ويفسر رانك كل القلق فيما بعد على أساس هذا القلق الأولي لأنه عبارة عن تنفيس للقلق لأولي، ويصبح أي انفصام فيما بعد مسبب للقلق لأنه يتضمن انفصالاً عن حضن الأم والذهاب الى المدرسة يثير القلق فهو انفصام عن الأم، وحتى الزواج يثير القلق لأنه انفصام عن الأسرة. (ضف الله، 2013: 73 )

**تفسير هورني للقلق:** هورني ترى أن طبيعة الإنسان يمكنها أن تتغير نحو الأفضل كما ترى أن الثقافة يمكنها أن تساهم في نشأة القلق ، والنظرية الإجتماعية لهورني ظهر مفهوماً أولياً عندها وهو " مفهوم القلق الأساسي" وتعرفه هورني أنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعذوانية ، والقلق عند هورني يرجع الى ثلاث عناصر وهي " الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة"، وترى أن القلق ينشأ من العناصر التالية:

أ - تفكك الأسرة والانشقاق والذي بدوره يشعر الطفل بانه منبوذ .  
ب - كما أن المعاملة التي يتلقاها الطفل في عائلته وأحضان أبويه وخاصة أمه لها علاقة بشكل كبير ينشأ القلق ، فا علاقة الطفل بأمه متنسقة ومرتبطة، وكثير من المشاكل في مستقبل الطفل قد ترجع مصدرها الى المعاملة بين الطفل والأم والحرمان العاطفي وغيرها.

ج - كما أن البيئة تلعب دوراً مهماً في نشأة القلق لأن البيئة مليئة بالمتناقضات والتعقيدات. (ضيف الله، 2013: 75) .

**تفسير هاري سوليفان للقلق:** يرى سوليفان أن تربية الطفل وأسلوب تعليمه يؤدي به على اكتسابه بعض العادات السلوكية التي يستخدمها الوالدين لأن شخصية الطفل تتكون من التفاعل الذي ينشأ فيه الطفل مع البيئة والمحيط . والقلق ما هو الا حالة مؤلمة تنشأ من عدم الإستحسان في العلاقات البين شخصية ، ويرى أن القلق إذا كان موجوداً عند الأم فإنه ينعكس على الطفل نظراً للعلاقة المرتبطة بينهما .

كما يرى أن هدف الإنسان خفض التوتر الذي يهدده وهذه التوترات تنشأ من مصدرين هما: توترات ناشئة من حاجات عضوية، وتوترات ناشئة من مشاعر القلق ويحتل خفض التوتر الذي ينشأ من القلق من العمليات الهامة في نظرية سوليفان أحد المحركات الأولية في حياة الفرد .

كما يرى أن القلق يكون بناءً كالقلق البسيط الذي يبعد الإنسان عن الخطر، أما القلق الشامل يجعل الفرد عاجزاً عن التفكير والقيام بعمل عقلي ويحدث اضطراب في الشخصية. (ضيف الله، 2013: 78) .

**تفسير إيراك فروم للقلق:** فروم عالم نفسي أهتم بالأنثروبولوجيا الإجتماعية، وير أن الإنسان في مسيرة حياته الطويلة في ظل المجتمع يكون حاجاته النفسية وبالتالي لنفهم سيكولوجية الفرد علينا فهم هذه الحاجات مثل الحاجة الى الإنتماء والحاجة إلى إثبات هويته الفردية والى أن يكون خلافاً، وعلى المجتمع مساعدة الفرد لإشباع حاجياته .

وفروم يوافق على الكثير من ملاحظات فرويد للظواهر المتعلقة بالتطور الجنسي للفرد، ولكنه يختلف معه في التفسير البيولوجي الجامد الذي قدمه لحدوث هذه الظواهر ويعتمد فروم في هذا الاختلاف على نتائج البحوث الأنثروبولوجية.

كما يرى أن القوى الإجتماعية هي التي تقف وراء كثير من الظواهر التي تظن أنها بيولوجية، ويرى أيضاً أن الأسرة والمجتمع مسؤولة عن التنشئة السليمة للفرد، وفي

حالة تعرض الطفل لأساليب خاطئة أو مغالية في التربية فإنه يشعر بالوحدة والعجز والاعتراب ، ولمواجهة هذه المشاعر على الطفل أن يته الى المسابير الألية للمجتمع متنازلاً عن فرديته وقد ينزع الى التدمير والهدم يتشبت بالسلوك التسلطي .

كما يرى أن الطفل يعتمد على أمه ووالديه في غذائه وأمنه وحتى تنقله، وتقود هذه الفترة من الإعتماد عليها الى الارتباط بقيود أولية فيكشف عجزه عندما يواجه العالم مستقلاً مما يسبب له القلق فيكون القلق الأول ويشعر الطفل بعجزه أمام ظروف العالم الخارجي. ( ضيف الله، 2013: 79 ).

**القلق في النظرية النفسية الدينية:** ترى هذه المدرسة أن القلق يرجع إلى الخطيئة إي إلى الشعور بارتكاب خطأ انتهك الشخص فيه مبادئ خلقية أو دينية إن هذا الشعور يبدو في صورة فقد الشعور بالقيمة والاستحقاق وأن هذا الشعور يهدد " الأنا الخلقية" الأمر الذي يجعل صاحبها يعيش في قلق دائم مستمر وتعرف هذه النظرية بنظرية " الخطيئة في العصاب"، وأن القلق حسب هذا المفهوم يحدث على النحو التالي: عندما يقوم الفرد بأعمال كان يتمنى أن لا يقوم بها يشعر بالندم على أعمال مارسها الفرد مارسها فعلاً. ( عبد اللطيف حسين، 2009: 143).

**القلق في النظرية المعرفية:** يمثل علم النفس المعرفي إتجاهاً قوياً في علم النفس العام، حيث أثر على العديد من المنظرين من مداؤس مختلفة ومنهم سوليفان من المدرسة التحليلية وباندورا في المدرسة السلوكية كما تعددت الإتجاهات المعرفية وتعددت أغراضها ويهمنا في هذا المجال هو القلق والاضطرابات النفسية ويعتبر جورج كيللي من العلماء النفسانيين الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء والمرض، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات وأن تعرض الانسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للخالة الواحدة .

ويرى بيك أن القلق إنفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبره تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر والذي قد تعبر عن نفسها من خلال

تكرار التفكير المتصل بها وانخفاض القدرة على التمعن أو التفكير المتعقل فيها وتقويمها بموضوعية.

هذا يؤدي إلى تعميم المثيرات المحدثه للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك إي مثير أو موقف كمهدد، فانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور الخطر مع انشغال البال الدائم بالمثيرات الخطيرة وبسبب تثبت أو توقف معظم انتباه المريض على المثيرات المتصلة بالخوف فإنه يفقد كثيراً من القدرة على أن ينقل فكره إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى خارجية، فالموضوع الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تهويل المآسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية. (عبد اللطيف حسين، 2009: 142).

نستنتج أن القلق تتعدد أسبابه وتختلف فيه الأراء بحسب تعدد النظريات المفسرة للقلق وبحسب إتجاهات المنظرين له، فالنظرية السلوكية المعرفية مثلاً تركز على التعلم بالملاحظة، وبالتالي الفرد القلق يؤثر على الفرد الآخر دون أن يشعر، وسلوكنا السوي أو المضطرب يتم في ظل الحتمية التبادلية، وأما بالنسبة ل أوتو رانك يرجع بنا إلى صدمة الميلاد فهي مصدر القلق بالنسبة له وأن كل انفصام يسبب القلق فيما بعد، وأما هورني يرى أن الثقافة تساهم في القلق ونشأته، ويرى أيضاً أن من مسببات القلق ثلاث عناصر وهي: الشعور بالعجز والشعور بالدونية والشعور بالعزلة، أما هاري سوليفان يرجع القلق عن عدم الاستحسان في العلاقات بين شخصية فامثلاً قلق الأم ينعكس على الطفل مادامت تربطهما علاقة وطيدة، أما إيراك فروم يرى أن الأسرة والمجتمع كلاهما مسؤول عن تربية الفرد وأي أساليب خاطئة أو مغالية في التربية فإنه يشعره بالوحدة والعجز والإغتراب، وأما النظرية الدينية ترج القلق إلى الخطأ، بمجرد يرتكب الفرد الخطأ في حق الدين والأخلاق فإنه يشعر بفقد الشعور بالقيمة وبالتالي يهدد الأنا الخلقية، أما النظرية المعرفية فهي تفسر القلق بأكثر من وجهة نظر واحدة، كما أنها ترى أن القلق مجرد توقع وخوف من المستقبل.

## 11:نتائج القلق: أن للقلق عدة نتائج تنجر عنه نذكر منها مايلي:

- يؤدي إلى اضطرابات في السلوك ، وشكوى مستمرة في جزء ما في بدنه ، كما يؤدي إلى قلق الصبر والتحمل.
- يؤدي القلق المرضي إلى ارتفاع عدد نبضات القلب وضغط الدم ، ومن خلال تكرار حالات القلق يزيد شعور المرء بالإرهاك والضعف ويزيد توتره النفسي مما يسهل مرضه.
- يؤدي القلق إلى رفع درجة الحساسية بالألم ، ويجل المريض كثير الحركة سريع الاهتياج ، مرتجفة بعض عضلات وجهه ويديه ورجليه ، ويكون الشخص القلق متهرباً من الواقع والانفلات من المشاكل .
- يؤدي القلق إلى الشكوى من ضعف الذاكرة وغياب التركيز ، ويسيطر عليه التوتر في بدنه .
- الشعور الكئيب والضعوبات الانفعالية .
- يضيق مجال وعي الإنسان ويجعله مفرطاً في التواضع بعض الأحيان ، والتمسك بالقواعد والأوامر والأنظمة.
- كثرة الشكوك ، وعدم الجرئة على اتخاذ القرار خوفاً من ارتكاب الأخطاء .
- كبت الانفعال والخوف من التعبير عن المشاعر كما هي.
- الإحساس بمشاعر غير معقولة وغير واقعية مما يؤثر على كفاءة الفرد سلباً.
- القلق يخل بالتوازن المنطقي ويعرقل سهولة الحديث ويقتل الحماس، ويضيق مجال الإدراك.
- يضعف القدرة على التكيف والانسجام.
- اضطرابات فكرية، وشعور بالذنب والنقص والتشاؤم.
- تفكك الشخصية وانحلالها وضعف الإنتاجية الفكرية والبدنية.
- والوسواس والشعور بالاضطهاد والضعف. (انس شكشك، 2009: 29،30).

## 12: علاج القلق:

العلاج السلوكي: من بين العلاجات لاضطراب القلق العلاج السلوكي، الذي أثبت نجاحه في معالجة القلق والمخاوف الشديدة، وقبل أن تمتد الى معالجة المخاوف والأماكن المفتوحة كان العلاج السلوكي قد أختبر على المخاوف البسيطة، وتطورت في الثمانينات تطوراً واضحاً وخاصة الأساليب المعرفية للمخاوف المعقدة، وبالأخص المخاوف الإجتماعية والقلق العام والهلع، وطرق العلاج السلوكية كثيرة ومتباينة وهي أكثر من 40 طريقة .

ويرى البعض على ضرورة التعرض دون حدوث كرب ويرى البعض أن يهدف العلاج لتشجيع المريض على الاعتقاد بأنه يستطيع التعامل مع التهديد موطداً لمنحنى سلوكي للفعالية الذاتية، كما يؤكد البعض على أن أساليب العلاج تكون فعالة طبقاً للمدى الذي يخفض به المكونات المعرفية غير المشجعة، ويمكن القيام بالعلاج السلوكي للمخاوف بالعلاج السلوكي للمخاوف في تخييلات المريض أو في الواقع الفعلي، وقد يتضمن علاج التعريض التدريجي، وكذلك يوجد العلاج بالاسترخاء التدريجي.

العلاج الطبي: يمكن أن يعطى العلاج الدوائي لمن من الكدر أو نوبات الهلع والقلق الذي قد يمنعهم من المشاركة في العلاج النفسي ومن مثل هذه الأدوية والعقاقير مثل " alprazolam " وهو من عائلة " benzodiazepine " وكذلك من أنواع معينة من مضادات الاكتئاب منها على وجه الخصوص " imipramine الايميبرامين والكلوميبرامين clomipramine " اللذان يساهمان في ضبط نوبات الهلع، ويعتبر الايميبرامين أكثر ملائمة لعلاج القلق وكذلك البرازولام في حالات التي لا تستجيب للعقاقير السابقة.

وينصح الأطباء النفسيون أن ما يفيد في القلق ونوبات الهلع و رهاب الأماكن الواسعة تناول العقاقير من علاج سلوكي في صورة سلب الحساسية وزيادة التعرض للموقف المسبب للرهاب، اضافة الى الاسترخاء.( محمد الخالدي،2006:

221 ، 224).

وجاء في المعجم التربوي، ان القلق البسيط يستجيب للعلاج، وخاصة الذي لم تمض عليه مدة طويلة، كما أنه من الصعب علاج الاستجابات المزمّنة وخاصة الي يتسبب فيها المحيط والأسرة ومن الصعب علاج المرضى به خاصة الذين اعتمدوا على العقاقير والعلاج النفسي. (القيسي، 2006: 244).

**خلاصة:** وفي نهاية هذا الفصل بعدما تعرفنا عن هذا الاضطراب بداية من التعريفات والأنواع الى التفسير النظري والعلاج ، خاصة وأن هذا المرض بات يهدد الانسان من كل النواحي، وهذا من أجل أن تحتاط ونعرف كيف نسلّك في ظل مهددات القلق الذي لا منجاة منه إلا معرفة دواء هذا الداء ومضاداته ومعرفة كيفية التعامل معه.

فكل فرد مهدد بخطر القلق، والقلق ليس كل الأحيان يكون سلبياً بل في بعض الأحيان يؤدي إلى نتائج إيجابية فيكون محفزاً لإنجاز ما، والقلق يرتبط بكل الفئات العمرية، من الطفولة إلى الشيخوخة، ويكون القلق أكثر سلباً عندما يتعلق الأمر بصورة الذات والجسم، فالشخص الذي به عاهات أو تشوهات أو إعاقات حركية، يكون أكثر قلقاً لما يتأثر بصورة الذات السلبية، وبالخصوص إذا كانوا مراقبين أو في الدراسة، حيث تزداد حدة القلق لديهم بفعل المقارنة بينهم وبين زملائهم العاديين.

# الفصل الخامس

## المراهقة ومشكلاتها

تمهيد:

- 1) تعريف المراهقة.
- 2) كلمات مفتاحية.
- 3) سيكولوجية المراهقة.
- 4) المراهقة في علم النفس الحديث.
- 5) أهمية دراسة المراهقة.
- 6) أهداف مرحلة المراهقة.
- 7) أبعاد النمو في مرحلة المراهقة وخصائصها.
- 8) عوامل الاضطرابات عند المراهق.
- 9) أنماط المراهقة.
- 10) مشكلات المراهق.
- 11) العلاقات البنوية في مرحلة المراهقة.
- 12) السلوكيات الانحرافية في مرحلة المراهقة.
- 13) القضايا التي تعترض المراهقين.
- 14) العلامات المميزة للنمو الانفعالي في المراهقة.
- 15) أزمة الذاتية والمراهقة.
- 16) الهوية وصورة الذات عند المراهق.
- 17) العلاج والتعامل مع المراهقين.

خاتمة.



## الفصل الخامس

### المراهقة ومشكلاتها

**تمهيد:** تشكل المراهقة إحدى المشكلات، فهي من المحطات الحرجة في مسيرة نمو الفرد نظراً لتسارع وتيرة النمو ولفورة الغرائز مما يعرض المراهق إلى مشكلات التكيف مع الذات والمحيط، فالمراهقة مرحلة عاصفة لهل عقليتها وأصالتها، فهي ليست مجرد مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد.(عبد الغاني الديدي،1995:13).

و تعتبر مرحلة المراهقة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان ذلك لأنها هي المرحلة التي يتحول خلالها الفرد إلى طفل غير كامل النمو إلى بالغ ناضج، ويصاحب هذه المرحلة تغيرات جسمية وانفعالية واجتماعية وغيرها يكون لها مطالب وحاجات يتطلع المراهق إلى تحقيقها وإشباعها، وقد يقف المجتمع بتقاليدته وعاداته ضد تحقيق هذه المطالب والحاجات مما يصدّم المراهق ويوقعه في صراع بين الرغبة في تحقيقها وبين قيود المجتمع وحدوده.(وحيد محمود،1981:17).

فمن هو المراهق وما المشكلات التي تعترض طريقه وكيف يتم الخروج منها؟

#### 1: تعريف المراهقة :

هي الفترة التي تلي الطفولة وتقع بين البلوغ الجنسي و سن الرشد وفيها يعترى الفرد تغيرات أساسية واضطرابات شديدة في جميع جوانب نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والانفعالي وينتج عن هذه التغيرات والاضطرابات مشكلات كثيرة متعددة تحتاج إلى توجيه وإرشاد الكبار المحيطين بالمراهق سواء الأبوين أو المدرسين أو غيرهم من المحتمكين به وهذا حتى يتمكن من التغلب على هذه المشكلات وحتى يسير نموه في طريقه الطبيعي (محمود،1981: 15) .

المراهقة: "هي فترة انتقال من الطفولة إلى الشباب وتتسم بأنها فترة معقدة من التجول والنمو تحدث فيها تغيرات عضوية ونفسية وذهنية واضحة تقلب الطفل الصغير في مجتمع الراشدين " (أسعد ،مالك، 1982: 225) .

وهي أيضاً الفترة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي باكتمال الرشد وتنعت أحياناً بأنها مرحلة انتقالية تجمع بين خصائص الطفولة وسمات الرجولة فهي انتقالية لأن المراهق يجهد للانفلات من الطفولة المعتمدة على الكبار محاولاً ولوج باحات الاستقلال الذاتي الذي يتمتع به سائر الراشدين. (الجسماني،1994: 169).

وجاء في موسوعة المصطلحات أن المراهقة تبدأ بالبلوغ والإدراك وتنتهي بكمال النضج أو الرشد ، وهي فترة انتقال تبدأ 13 سنة الى سن 21 ( عبدالكافي ،2005: 249) .

ويعرفها pierre أن المراهقة هي فترة تغير ومن الصعب التحكم في هذه المتغيرات، فهي مرحلة صعبة. ( pierre&coslin ;2013 :23 )

كل التعاريف تتفق على أن المراهقة فترة بعد الطفولة، تتسم ببعض التغيرات على عدة نواحي، كما أنها فترة من فترات النمو لا بد من المرور بها لنصل الى مرحلة الرشد والنضج، كما أن مرحلة المراهقة يصبح فيها الفرد في طور فكري ليتطلع إلى مرحلة جديدة.

## 2: كلمات مفتاحية:

معنى البلوغ: "نستطيع ان نعرف البلوغ puberty بأنه نضوج الغدد التناسلية واكتساب معالم جنسية جديدة تنقل الطفل من فترة الطفولة الى فترة الإنسان الراشد

معنى المراهقة:إن كلمة المراهقة adolescence مشتقة من الفعل اللاتيني adolescere ومعناه التدرج نحو النضج الجسمي والجنسي والعقلي والإنفعالي والإجتماعي.

معنى أزمة: في الاستخدام اليوناني لكلمة أزمة وهو مصطلح قانوني فهو يشير الى فترة حارجة، وهي تشير الى المراهقة الى الظواهر الخارجية التي تظهر على مستوى الجسدي والفكري والعاطفي. (marcelli.1988:51).

ماذ تعني كلمة مراهقة: المراهقة ترجع الى الفعل راهق ، وتعني دنى واقتراب ، وفي الإصطلاح من جهة اللغة تعني الإبتعاد من الطفولة والإقتراب من مرحلة الرشد والرجولة .

- والمراهقة في علم النفس تعني التدرج والإقتراب من النضج الجسمي والفعلي والنفسي والاجتماعي ، وهنا الفرد يصل إلى اكتمال النضج في تلك الجوانب بعد سنوات عديدة .

وبالتالي المراهقة: هي مرحلة نمو جسمي وعقلي ونفسي واجتماعي متلاحقة ومتسارعة، ولذلك هو يحتاج إلى من يفهمه ويفهم مشكلاته، خاصة ولأنه أقل خبرة في المتطلبات الحياتية. ( أبو سعد ، د س:20 )

ويطلق مصطلح المراهقة على المرحلة التي يحدث فيها الانتقال التدريجي نحو النضج البدني والجنسي والعقلي والنفسي ، وتحدث عدة تغيرات في بداية المراهقة وتبدأ الغدد بوظائفها ، والتعامل بين العوامل البيولوجية والثقافية والاقتصادية التي يتأثر بها المراهق . ( العيسوي ، 2001 : 100 ) .

ومن الناحية الزمانية: فترة امتداد تبدأ حوالي السنة الحادية عشرة أو الثانية عشر تقريباً حتى العشرينيات من حياة الفرد متأثرة بعوامل النمو البيولوجي والفيزيولوجية وبالمؤثرات الاجتماعية والحضارية.

وتعني سيكولوجياً: فترة معينة تترتب عليها مقتضيات في السلوك جديدة لم يألفه الفرد من قبل، وقد يصطبغ تطرفه بالتوافق والتكيف الإيجابي وربما نددت عنه بوادر سلوك تقتضيه إلزام نفسه بالامتثال لمعايير المجتمع ولعله لا يلتفت إلى هذه الجوانب التفاتاً ذاتياً، لذا فهو بحاجة إلى من يوجهه ويرعاه.

وتعني من الناحية الاجتماعية: فترة انتقال من الطفولة المتصفة بالاعتماد على الآخرين إلى طور بلوغ مرحلة الالتفات إلى الذات على اعتبارها إنها متميزة عما كانت عليه أيام الطفولة المعتمدة على غيرها اعتماداً كلياً.(عبد العالي الجسماني،1994: 191).

### أقسام المراهقة:

تنقسم إلى المراهقة إلى عدة أقسام كما يلي:

**المراهقة المبكرة:** وتبدأ من البلوغ إلى وتنتهي في 15،16 سنة.

**المراهقة المتوسطة:** وتبدأ من حيث انتهت المراهقة المبكرة، وتنتهي في سن 18،19 سنة.

**المراهقة المتأخرة:** وتبدأ بنهاية المراهقة الوسطى وتستمر إلى بداية مرحلة الرشد. (رمضان محمد القذفي،2000: 349).

ويقسمها زهران إلى ثلاثة أقسام، ويرى أن **المراهقة المبكرة** في سن 12،13،14 سنة، و**المراهقة المتوسطة**، تمتد في سن 15، 16، 17 سنة، و**المراهقة المتأخرة** تمتد في سن 18،19،20 سنة. ( زهران حامد،1990: 82).

أما فهمي يقسمها إلى ثلاثة أقسام والمرحلة الأولى يسميها ما قبل **المراهقة** من 10 سنوات إل 12 سنة، و**المراهقة المبكرة** تمتد من 13 إلى 16 سنة، و**المراهقة المتأخرة** تمتد من 17 إلى 21 سنة. ( فهمي، 1997: 107).

وهناك من يقسمها إلى مرحلتين وهما:

**طور بلوغ الحلم:** وتشمل بداية التغيرات الجسمية المرتبطة بالبلوغ الجنسي وتنتهي بالخامسة عشر وتشمل المرحلة الإعدادية من التعليم (مرحلة التعليم المتوسط).

طور بلوغ السعي ( المراهقة المتأخرة): وتبدأ من اكتمال التغيرات الجسمية وتمتد إلى سن الرشد الحقيقي 18 عاماً أو القانوني 21 عاماً، وتشمل المرحلة الثانوية وقد تمتد إلى المرحلة الجامعية حسب مؤشرات الاستقلال النفسي التي تدل على الرشد الذي يبديه الفرد. ( شحاتة محروس، 8).

- شحاتة محروس، أبنائنا في مرحلة البلوغ وما بعدها، انتاج وحدة ثقافة الطفل بشركة سفير، دون سنة.

- فهمي مصطفى، التكيف النفسي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997.

- زهران حامد، التوجه والإرشاد النفسي، منشورات جامعية، دمشق سوريا، 1990.

**3) سيكولوجية المراهقة:** المراهقة هي مرحلة العمر التي تتوسط بين الطفولة واكمال الرجولة أو الأنوثة وذلك بمعنى النمو الجنسي وتحسب بدايتها عادة ببداية البلوغ الجنسي الذي يتفاوت الأفراد فيه تفاوتاً واسعاً يصل إلى الأحوال العادية إلى نحو خمس سنوات بين أول المبكرين وآخر المتأخرين .

- كأنها فترة انتقال من الطفولة إلى الرجولة وهذه المرحلة على العموم تكون في مرحلتي المتوسط والثانوي ، تقع بين البلوغ الجنسي والرشد ولكن تختلف باختلاف الأفراد والجماعات بل من دولة إلى أخرى ومن بدو إلى حضر، كما تتأخر في المجتمعات الحضرية وكذا الأكثر برودة ، مثلاً يبدأ المراهق في شمال ارويا في سن لرابعة عشر وفي دول الشرق في سن الثالثة عشر.

تعرف في الولد بظهور الإفرازات المنوية وبعض الخصائص الأخرى كطول الأطراف وشعر الذقن، وعند الفتيات يبدأ الحيض والصفات الثانوية كبروز الثديين ، ويستفاد في هذه المرحلة في تهيئة الجو ، والبيئة الصالحة للنمو في جميع النواحي ن والنشاطات الاجتماعية والترفيهية ..... وتكون لدى التلاميذ اتجاهات وقيم تدفعهم إلى الرقي.

ويستفيد الآباء من ذلك في تهيئة الجو لنمو المراهقين والمراهقات نمواً سوياً ، وهذا ما يجعل فهم الأبناء والآباء على أساس الفهم الواضح للظروف المختلفة التي يعيشها المراهق .

كما تتأثر المراهقة بالوضع الحضاري للمجتمع، وبالطبع كل مجتمع في المراهقة له عاداته وتقاليده .

كما لا ننسى ثقافة أفراد العائلة في تأثرها على المراهق. ( مصطفى زيدان، 1972: 150 ).

**4: المراهقة في نظر علم النفس الحديث:** إن علم النفس الحديث يرى أن المراهقة مرحلة غير مستقلة عكس ما كان يعتقد الكثير من الباحثين فهي مرحلة غير مستقلة عن مراحل النمو الأخرى تتضمن تدرجاً في نمو النضج البدني والجنسي والعقلي والانفعالي، ولذا لا نستطيع أن نقول أن المراهقة مستقلة من فترات النمو، وهذا هو الاتجاه الأول لعلم النفس الحديث يكر أن فترة المراهقة فترة بحث جديدة في الحياة.

فالمراهق يتعرض لمجموعة من التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية تختلف عن تغيرات الطفولة، ولكن هذه التغيرات تتبعية تقدمية كلها نحو هدف واحد وهو النضج والكمال ينتهي بتكوين كائن حي له شخصية وكيان، كما أن الشخصية نتاج التفاعلات المختلفة التي يتعرض لها الكائن في أدوار نموه المختلفة وليس نتاج مرحلة بذاتها من مراحل النمو.

والاتجاه الثاني لعلم النفس الحديث عارض الاتجاه القديم الذي كان ينظر إلى دور المراهقة باعتبارها فترة من فترات النمو التي تتميز بالتمرد والثورة، وهذا التمرد موجه نحو الوالدين، و المسؤولين في المدرسة، وهذا التمرد ينشأ بسبب جهل الوالدين المشرفين على تربيته بأمور نفسيته فيفرضون عليه القيود التي تحول بينه وبين تطلعه الى التحرر والاستقلال ولذا يرى كل شيء سواء في البيت أو المدرسة مصدر ضيق له.

فاعلم النفس الحديث لا ينظر إلى المراهقة على أنها فترة من فترات النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية تدل على الانحراف أو العجز عن الملائمة، بل تعتبر أن كل ما يحدث في هذه الفترة من اضطرابات يرجع في أساسه إلى ما يصادفه المراهق من توترات بسبب العوامل الإحباطية المختلفة التي يتعرض لها سواء أكان ذلك في الأسرة أم في المدرسة. (مصطفى فهمي، دون سنة: 223).

#### 5: أهمية دراسة المراهقة :

لدراسة هذه المرحلة أهمية كبيرة لأن المراهقة دقيقة وفاصلة من الناحية الاجتماعية، حيث يتعلم فيها الناشئون والمراهقون تحمل المسؤوليات والواجبات سواء في المجتمع أو المحيط أو المنزل، وفي هذه المرحلة أيضاً تتكون لدى المراهق الأفكار عن الزواج والحياة الأسرية، حيث يكتمل بالزواج جزء كبير من دائرة النمو النفسي، حيث تتكون الأسرة والمنزل وبالتالي مولد طفل جديد وتبدأ دورة جديدة لحياة شخص آخر من المهد إلى الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد، كما أن دراسة سيكولوجية المراهقة مفيدة للمراهقين وللوالدين والمربين ولكل من يتعامل مع المراهقين والشباب. (زهراان حامد، 2005: 343).

كما يمكن أن ننظر إلى أهمية مرحلة المراهقة من عدة جوانب، فمن زاوية الفرد فهي تمثل مرحلة حرجة في حياة الفرد بكون هذه المرحلة السن الذي يتحدد فيه مستقبله إلى حد كبير وهي الفترة التي يمر بها بكثير من الصعوبات والانزعاج والقلق وبالتالي يمكن أن ينحرف أن لم يجد من يساعده على تخطي هذه الصعوبات والعقبات، ومن جانب المجتمع، نجد مرحلة المراهقة الفترة التي يعيد فيها الفرد نفسه ليبدأ العطاء للمجتمع. (أحمد الزغبى، 2001: 182).

#### 6: أهداف مرحلة المراهقة : توجد عدة أهداف على عدة مستويات وهي كما يلي:

- من حيث النمو الجنسي: حيث يتجه المراهق إلى الاهتمام بأعضاء الجنس الآخر بعدما كان يهتم بأعضاء نفس الجنس، كما يتحصل له وعي بقبول النضج الجسمي

من حيث النضج الاجتماعي: يتكون للمراهق الشعور بالأمن وقبول الآخرين له بعد ما كان له شعور بعدم التأكد من قبول الآخرين له، وكذلك يتحرر من التقليد المباشر لأقرانه، ومن الارتباك إلى التسامح .

ومن حيث الأسرة يتكون له ضبط الذات ، ويعتمد على نفسه من أجل الأمن بعد ما كان يعتمد على والديه ، وفي هذه المرحلة يتخذ الوالدين يتخذ الوالدين كأصدقاء بعد ما كان يتخذهم كنموذج ومركز سلطة .

أما من حيث النضج العقلي: في هذه المرحلة المراهق يطلب الدليل في قبول الفكرة، بعدما كان في المراحل السابقة يقبل الفكرة كيف ما كانت، كما يميل إلى تغيير الحقائق وميولاته تتحد وتقل عن المرحلة السابقة .

ومن حيث النضج الانفعالي يتكون للمراهق تعبير انفعالي بناء ، كما أن تفسيراته تكون موضوعية بعد ما كانت ذاتية ، كما أنه يتعلم كيف يحل ويواجه الصراعات بعدما كان يهرب من الصراعات .

ومن حيث المهنة يهتم بالمهن العملية ويتجه نحو مهنة واحدة، كما يحدد المهن التي تكون مناسبة لقدراته .

ومن حيث الذات يتكون له إدراك الذات أكثر مما كان عليه في المراحل السابقة ، كما تتوحد الذات مع أهداف ممكنة بعد ما كانت غير ممكنة أو غير معقولة في المرحلة السابقة .

ومن حيث السلوكيات يقوم بها على أساس الضمير والواجب، ويقوم بالسلوك على أساس مبادئ أخلاقية بعدما كان يقوم بها على أساس العادات المتعلمة (زهرا ن حامد، 2005: 344).

وكذلك من حيث أهداف المراهقة وحاجاتها يرى عبد الغاني الديدي: في مرحلة المراهقة يتم القضاء على التوازن النسبي الذي يميز الطفولة الثانية (الاستقرار العاطفي، النظرة الموضوعية للأمور، التوافق مع المحيط، الانصياع للأعلى)،



كما يسعى المراهق إلى التوافق مع المتغيرات الجسدية الجديدة وما تجره هذه التغيرات من صعوبة التكيف مع المحيط، وصولاً إلى حالة الاستقرار والثبات التي تميز مرحلة النضج وحل أزمة المراهقة.

و من الارتباك اجتماعياً إلى التسامح اجتماعياً.

و ينتقل من ضبط الوالدين التام إلى ضبط الذات.

اللامبالاة بخصوص المبادئ العامة إلى الاهتمام بالمبادئ العامة.

اعتماد السلوك على العادات الخاصة المكتسبة إلى إقامة السلوك على أساس المبادئ الأخلاقية العامة.

إقامة السلوك على أساس تحقيق السرور وتخفيف الألم إلى إقامة السلوك على أساس الضمير والواجب.

من الاهتمام بالنجاح الفردي إلى الاهتمام بنجاح الفريق والمجموعة.

أما على صعيد توحيد الذات ينتقل المراهق من:

إدراك قليل للذات إلى إدراك دقيق نسبياً للذات.

فكرة بسيطة عن إدراك الآخرين للذات إلى فكرة جيدة عن إدراك الآخرين للذات.

توحيد الذات مع أهداف شبه مستحيلة إلى توحيد الذات مع أهداف ممكنة. (عبد

الغاني، 1995: 13، 15).

## 7: أبعاد النمو في مرحلة المراهقة وخصائصها :

**النمو الجسمي :** التغيرات الجسمية تطرأ على المراهق تؤدي به إلى عدة مشاكل لأنه من الصعب التكيف مع هذه التغيرات ، الازدياد الواضع في الوزن والطول ونمو الأعضاء الجنسية ونمو شعر الجسم وتغير نبرات الصوت وحب الشباب وغيرها .... وهذا التغير في الجسم يرتبط بالبلوغ و"النضج الجنسي " والدورة الشهرية عند الإناث لأول مرة ، والذكور يرتبط بلوغهم بالقدرة على إنتاج الحيوانات المنوية.

**النمو المعرفي:** في هذه المرحلة تظهر مستويات جديدة من الوظائف المعرفية العقلية ، حيث تظهر قدرة الفرد على اكتشاف العلاقات المنطقية، وكذلك قدرته على التفكير المتداخل والكشف عن العلاقات بين العديد من المفاهيم المختلفة مثل الكثافة والكتلة ، ومن المفاهيم التي جاء بها جون بياجيه "التفكير المجرد" التفكير الإستنتاجي"، أما فيما يخص الفروق المعرفية بين الجنسين تظهر الأبحاث والدراسات أن الإناث يتميزن بقدرتهن على مواضيع تشمل العلاقات الإنسانية أو المهارات اللفظية كالآداب واللغات والتاريخ ، أما الذكور يتميزون باكتشاف العلاقات والعلوم والرياضيات .

**النمو الإجتماعي والنفسي:** الغريزة الجنسية لها تأثير على الذات وهذا ما يؤيده اريكسون ، وخاصة عند المراهق ، يركز اريكسون على الصراع في تشكيل الهوية مقابل تشوش وعدم وضوح الدور وفقدانه من جهة أخرى ، فهو بحاجة إلى التكيف معاً لنمو والنضج الجنسي أو الجسمي وبخاصة إلى إعادة حل وتشكيل الصراعات السابقة مثل " الثقة مقابل عدم الثقة ، الاستقلالية مقابل اللاعتمادية " ويستدل على الإحساس بالهوية من خلال الانسجام والتشابه فيما يتعلق بمفهوم الشخص عن ذاته وكيف يظهر من خلال نظرات الأقران والآخرين ، وبالعكس فقدان الهوية نستدل عليه من خلال فقدان القدرة على بناء علاقات اجتماعية مع كلا الجنسين ، وعدم القدرة على إيجاد مهنة، ولمساعدة المرهقين على الاستقلالية لابد على الآباء من:

تعريف المراهق على أنه مستقل ومنفصل في حقوقه الخاصة به ، بحيث تؤدي هذه الاستقلالية إلى ثقة الفرد بذاته دون أن تهددها .

العناية الحقيقية والإهتمام غير المبالغ فيه أو الإفراط في الحماية .

إنهاء الوسائل القديمة غير المناسبة والتي من شأنها أن تغلق المجال أمام الاستمرار في إيجاد علاقات إيجابية مع الآخرين .

**النمو الأخلاقي:** طور كولبورج نمو السلوك الأخلاقي استناداً للمعطيات التالية :

المرحلة الأولى: توجه الطاعة والعقاب.

المرحلة الثانية: أفعال هي مرضية للذات وللآخرين تعرف بالآخرين .

المرحلة الثالثة: التوجه الأخلاقي نحو الحفاظ على علاقات جيدة بالآخرين.

المرحلة الرابعة: التوجه لإظهار الاحترام للسلطة .

المرحلة الخامسة: اخلاقية قبول ديمقراطية وقوانين العقود، ويسمى المرحلة الخامسة ما بعد التمسك بالعرف والأخلاق فإذا وصل المراهق لهذه المرحلة من النمو الأخلاقي تظهر عليهم اهتمامات احترام الحقوق والحاجات للآخرين والابتعاد عن العنف والعدوانية ، وفيما يخص الفروق بين الجنسين بالنسبة للنمو الأخلاقي ، الذكور يميلون إلى اختيار السلوكيات المنتمية إلى الحكم والمسؤولية وحماية الحقوق للآخرين أما الإناث يملن نحو اختيار السلوكيات التي تظهر الحفاظ على العلاقات مع الآخرين وير كولبورج الإناث أقل في مستوى النمو الأخلاقي مقارنة بالذكور . (الخالدي ،سعد الدين ،2009: 148، 151) .

## **8:عوامل الاضطرابات عند المراهق:**

1)العوامل المسببة للاضطراب في سلوك المراهق المتجه نحو الاضطراب العقلي

: يذكر عبد الكريم قاسم أبو الخير عدة عوامل منها:

الفقر والعيش في الأوساط السكانية العالية والحياة الصاخبة .  
عدم العدالة والمساواة في الأعراق المختلفة في الحياة الاجتماعية.  
الشجار المستمر بين الزوجين في حضور الأبناء .  
زيادة أبناء الأسرة في منزل صغير ومحدد .  
إدمان أحد الوالدين على المخدرات والعقاقير .  
الشعور بعدم المحبة والتقبل من طرف الوالدين والأسرة .  
فكرة المراهق السيئة عن ذاته وعن جسده مع اعتقاده بأنه لا فائدة منه.  
المبالغة في الممارسات الجنسية وإزاء الجسد بالانفعالات وزيادتها عن الحد المعقول  
2 ( العوامل المهيئة للاضطراب السلوكي عند المراهق :  
الولادة غير الطبيعية.  
ولادة الطفل بوزن أقل من الوزن الطبيعي.  
التمرد المبكر على القيم والعادات الاجتماعية.  
تمجيد الحضارة الحديثة والحرية للأفراد وخاصة المراهقين مما يساعد على النفور  
والتصادم مع الآباء.  
الإعاقة الجسدية الظاهرة، والتشنجات الصرعية والأمراض الجسدية والمزمنة .  
حدوث تلف في خلايا المخ بسبب ارتفاع في درجات الحرارة أو حادث .  
ضعف الثقة في النفس وضعف التحصيل الدراسي والأفكار السلبية عن ذاته . ( أبو  
الخير، 2004: 154، 155 ) .

## 9: أنماط المراهقة :

**المراهقة المتكيفة:** يكون المراهق فيها متكيف مع الآخرين ويتوافق سلوكه مع المجتمع، غير متوتر ويميل الفرد إلى استقرار عاطفي.

**المراهقة الإنسحابية المنطوية:** يميل الفرد إلى الانطواء والشعور بالدونية وعدم تكيفه وتوافقته في المجتمع تجده متشتت في التفكير في المواضيع وما يميزه أيضاً أحلام اليقظة والأوهام والخيالات المرضية ن فهو شخصية غير توافقية .

**المراهقة المتمردة العدوانية:** تكون للمراهق سلوكيات جريئة كالميل إلى التدخين ومحاكاة الكبار ، ويكون متمرداً في أسرته وبين أفراد المجتمع ، بل قد تجده يتعدى على الآخرين ويكتسب بعض السلوكيات العدوانية والعنادية.

**المراهقة المنحرفة :** هناك يكون انحلال خلقي وتصرفات مفرجة بل قد تصل الجريمة وربما المرض النفسي والعقلي ، وقد ينسحب ويدخل في عالم المخدرات والإدمان .(عبد الحق :148).

نلاحظ في هذه الأنماط الأربعة أن المراهقة مرحلة خطيرة وصعبة، فإن لم يكن المراهق متكيف فهو في إحدى الأنماط الباقية، إما متمرد وإما منحرف وإما منسحب منطوي، والنمط الوحيد الذي يكون للمراهق إنتاج وعطاء هو النمط التكيفي.

## 10:مشكلات تواجه المراهق:

- مشكلات النمو والصحة وهذا مثل التعب الكسل واضطرابات التغذية والنوم .
- مشكلات انفعالية كالشعور بالذنب والخجل والخوف من الإهانة والنقد والعصبية وغيرها.
- المشكلات الأسرية كالخلافات المستمرة، رجعية الوالدين، العقاب بالضرب ، وعدم الحرية في الرأي ، والعراك بين الإخوة .

- المشكلات المدرسية ،وعلى سبيل المثال يجد المراهق في هذه المرحلة صعوبة في الاستذكار، وعدم القدرة في تنظيم الوقت، ونقص الانضباط، والتأخر المدرسي وعدم التجاوب مع المدرسة، والخوف من الإمتحانات، وصعوبة اختيار نوع الدراسة .

- المشكلات المتعلقة بالمهنة والعمل وهي كضعف الخبرة، وعدم الكسب المادي ، الصراع بين متابعة الدراسة والدخول في العمل .

- المشكلات الإجتماعية والأخلاقية كالارتباك في التفاعل الإجتماعي، الخوف من مقابلة الناس، قلة الصداقات ، عدم ممارسة أنشطة اجتماعية ، وهوايات ، عدم فهم الآخرين ،الخبرة اتجاه العادات والمعتقدات، عدم احترام القيم الأخلاقية ، الخلط في معرفة الصواب والخطأ. ( محمد قاسم ،2008: 412 ) .

#### **ومن المشكلات التي تواجه المراهق:**

- **الخوف من التغيير** يمكن أن نلاحظ فئتين من المراهقين، فبئة تلقن التدعيم والمساندة الاجتماعية من الوسط الاجتماعي والعائلي وهذه الفئة تكون جاهزة للتغيير المفروض من طرف البلوغ، رغم أنهم يجهلون بعض الأشياء في هذا الأمر التي تستدعي بدورها حالة القلق والتوتر، في المقابل نجد فئة أخرى لم تحظى بهذه المساندة والدعم ويجهلون هذا الميكانيزم في التغيير، أم أن هذا التغيير يطرح نفسه بصورة حادثة ومفاجئة مما يصعب عليه التهيأ النفسي وتكوين معارف مسبقة للتعامل مع هذه الظاهرة بكل عقلانية وبعيداً عن الانفعالات السلبية. (beatrice GAUGE،1993: 99).

التواصل مع المراهق: عملية التواصل بين الراشد والمراهق ترجعنا للمناخ التي تجرى فيها التفاعلات في الحقيقة يجب فهم ومعرفة المراهق، وصعوبة التواصل اللغوي وغيره مرتبطة بالحضور الفعلي أو الرمزي لصورة الوالدين عند المراهق،

لأنه سيجد صعوبة في التعبير عن مكنوناته بصورة مباشرة ولكن عن طريق سلوكيات وتصرفات غير مباشرة.( BEATRICE;1993;132).

خلال هذه الفترة الصعبة التي يمر بها المراهق، يجب الحفاظ على الحوار الجيد مع المراهقين لأن شخصيته لزلت في مرحلة البناء، فهو يحتاج المساعدة لتثبيت الصورة الذاتية لنفسه، لينمي قدراته في حدود ما يملك، كما أن ثقته في نفسه تزداد عندما يتعامل مع أصدقائه.( Isabelle wodon ;148 )

**11: العلاقات البنيوية في مرحلة المراهقة:** في هذه المرحلة يختل التوازن الذي كان قائما بين عناصر الشخصية الثلاثة حيث يأتي الهو لكسر هذا التوازن، مما ينجر عنه خاصة الأنا للتحويل وإعادة التوازن من جديد فالأنا من جهة أكثر قوة بفعل تماهياته مع الأهل ومن جهة أخرى يسحب جزء من قوته لأنه يشعر بأنه مدعوم من الأنا الأعلى كأن الأنا ودفاعاته قد تعرضا لشيء من الضعف.

كما أن نمو الأنا هو أقل سرعة من نمو النزوات كما يطرح عدة مسائل فالأنا يشك بالأنا الأعلى فالأنا الأعلى قد تشكل من خلال الصراعات الأوديبية وهو يحمل بالطبع بصمات العلاقات الأوديبية مما يحرص الأنا على رفضه ومن العمل يصبح أكثر سهولة كلما ابتعد المراهق عن الأهل وقيمهم رغم وجود ضمير داخلي ثابت .

هذان البعدان الأنا والأنا الأعلى يقودان إلى البعد الاجتماعي ذلك لأن جذورهما تعود إلى صور الأهل والعائلة حيث يستمدان مضمونهما وخاصيتهما، حيث يرى Spiegel, بأن الأنا الأعلى تصاب في وحدتها في فترة المراهقة فتحدث صراعات بين (أنا أعلى) صارم وحازم بقوانينه وأنا أعلى يمتلك المرونة, هذا الصراع الداخلي في الأنا الأعلى قد يتزايد بصراع مع قوانين الطفولة التي وضعها الأهل وكذا (أنا أعلى) الأهل وبين نظم المراهقة أي قوانين الجماعة .

نتائج هذا التصادم معقد لأن "الأنا" يعمل من خلال هذا الموقف لأنه مدعوم جزئيا من الأنا الأعلى من هنا غياب اللاشعور بالذنب ولكن الأنا الأعلى القديم الذي

يعارض الأنا الجديد فإذا لم يستطع الظهور من خلال شعور بالذنب واع فهو سيعمل بطريقة ملتوية فتظهر عوارض قديمة ويمتنع المراهق إما عن اللذة الجنسية أو بفرض قيود حيوية على المراهق. (الطفيلي، 2004: 194).

ما يلاحظ في هذه الفترة أي المراهقة مرنة وحساسة فقد يتزعزع ويختل الأنا وما يرتبط به من علاقات في العائلة والأهل، فالتوازن بين عناصر الشخصية لا يبقى كما كان متماسكاً، نظراً لأن الهو في هذه المرحلة يطفئ ويزيد في الرغبات فيتمكن من كسر التوازن فهو سبب الاختلاف، ومن هنا نستنتج إن المراهق في هذه المرحلة يجب أن يخضع لمراقبة من عدة جهات، الوالدين في البيت والمعلمين في المدرسة والكبار في المجتمع حتى لا ينجر إلى الشهوات والرغبات والنزوات.

## 12: السلوكيات الانحرافية في مرحلة المراهقة:

\*المشكلات الشخصية التي يعاني منها أفراد المراهقين أحياناً، فبعضهم يظهر على عدم توازن عاطفي واجتماعي يمكن إرجاعه إلى أسباب مختلفة.

\*الحرمان العاطفي الذي يدفع إلى تصرفات تعويضية والبحث عن مصادر عاطفية بديلة.

\*الرغبة في تقديم الذات وتأكيد لها وهي تترجم بالحاجة إلى الاستعراضية الذاتية، ومن خلال الاستئثار بالكلام أو السخرية من الآخرين.

\*صعوبة الانخراط في الإطار الاجتماعي مما يدفع في غالب الأحيان إلى سلوك لا يخلو من الوقاحة والعدوانية.

\*النقص في الموضوعية والواقعية، بحيث يتولد منه نظرة متميزة ومجزأة إلى الأحداث والأشخاص.

\*النقص في التنشئة الاجتماعية والأخلاقية مما يؤدي إلى ردود فعل سلبية وميل إلى المقاومة وهذه المقاومة تزداد كلما زادت السلطة في قسوتها. (الطفيلي، دس، 214).



من السلوكيات الإنحرافية كل سلوك انحرافي الا وله سبب معين أو خلفية أو تنشئة أو تربية ... وعليه يجب الحيلة والحذر، فانقص الحرمان العاطفي خاصة في الصغر يؤثر سلباً على المراهق مما يولد فيه حب العاطفة فيلجأ إلى مصادر بديلة وهنا يكمن الخطر فقد يلجأ إلى انحلال أخلاقي أو علاقات عاطفية غير مشروعة.

### 13: القضايا التي تعترض المراهقين في علاقاتهم:

1- الإدمان على المخدرات: إن الإحصاءات المتعلقة بالإدمان على المخدرات تثير الخوف والقلق في الغرب والشرق منذ 1985 في إحصاء عالمي كانت نتائجه بوجود مليار من الأشخاص يتعاطون المخدرات, 300 مليون عاكي الكوكا, والتنبول 200 مليون يدخنون القنوبات الحشيش والمرجوانا 400 مليون يستعملون الأفيون ومشتقاته و40 مليون يستعملون المهدئات tranquilisants وهذا دون احتساب المتعودون على المنشطات والمنبهات.

### 2- مرض فقدان الشهية :

يصيب خاصة المراهقات في فترة البلوغ "80-90%" وتستمر الى 14~21 ويمتد من سبعة إلى 10%.

3-الخوف من الإنهيار: وهذه الظاهرة شائعة عند المراهقين من الملاحظ عند الراشد أو الشباب المصاب بالخور, تسجل مشاعر الوهن والحزن, فقدان التركيز, هبوط في المردود المدرسي وفي التركيز النفسي, عدم إهتمام, شكاوي على المستوى الجسدي مثل ضعف الحيوية, سودوية أو وسواس مرضي, قلق.

أما على المستوى السلوكي يظهر الخور بشكل فعل يجعل المراهق يهرب من إشكالاته وصراعاته من خلال الفعل كبديل عن مواجهة هذه الصراعات.

4- الانتحارات: يجد المراهق في تخليه عن المواضيع البنية الأولية وأحياء للمرحلة الأدبية المتنفس في خسارة الموضوع أو خسارة نرجسية. وهذه الظروف تجعل الفرد في حالة هشاشة تشجع الانتحار.

إن العوامل التكوينية المرضية للانتحار في المراهقة صعبة التحديد ومن العوامل المسببة للانتحار المراهقين: هو التفكك العائلي بأي سبب من الأسباب بموت أحدهما أو طلاق أو خوف, كذلك الغياب المبكر للأب...

5- مشكلة السيكوباتية:

6- الإضطرابات السلوكية (الطفيلي، دس: 224).

ومن العوامل المساعدة على الانتحار عند المراهق أيضاً :

- ملازمة شعور المراهق بالاكئاب

- ظهور السلوك العدواني على المراهق في مواقف التفاعل المختلفة

- تناقص وتضائل نشاطات المراهق نحو وجباته المدرسية ومختلف وجباته في المنزل والبيئة .

- العزلة الاجتماعية والإبتعاد عن الأقران والأصدقاء والتقليل منهم .

- اختيار الألبسة التشاؤمية والسوداء سواء في المناسبات أو غيرها واستماع الموسيقى الصاخبة والعنيفة .

- إدمان العقاقير والكحوليات والإكثار من أفلام العنف والتدمير. ( أبو الخير، 2004: 155 ) .

أما من حيث القضايا التي تعترض المراهقين، فالمراهق تحيط به مجموعة من المشكلات والقضايا تعترضه فكلها خطر تهدد وجوده وكيانه، خاصة وأن المراهق يجد هذه المدمرات سهلة لأنها رائجة في المجتمع بشكل كبير، فعلى الراشدين

مساعدة المراهقين من خلال التعامل معهم بلين لأن أي مشكلة بالنسبة للمراهق قد تسبب له انتحاراً أو انهياراً أو إجراماً....وعلى المختصين توضيح أسباب هذه المشاكل بدقة لتوعية المجتمع والأسرة والمراهق أيضاً.

#### **14: العلامات المميزة للنمو الإنفعالي في مرحلة المراهقة:**

- تأثر المراهق بأصدقائه يصير أكثر إيجابية في حين تأثره بوالديه يصير أكثر سلبية مع ذلك يستمر في اقترابه من والديه.

- ينشغل المراهق بالكيفية التي يرى بها ذاته وبالتالي يشعر بها نحو ذاته

- يأخذ المراهق بالأعراف الاجتماعية بما فيها من أعراف وعادات وتقاليد

- المراهقون الذين تقبل ذواتهم ميالون أكثر لقبول الآخر وقبول هذا الآخر لهم والمراهق ذو تقدير الذات المنخفض غالباً ما يكون منعزلاً وحيداً.

- يكون المراهق عرضة للإدمان من خلال استعمال المادة للترفيه والتجربي والاستخدام في مناسبات معينة.(الريماوي عودة، 2008: 234).

#### **15: أزمة الذاتية والمراهقة:**

يدخل المراهق في حالة أزمة واضطراب فيما يتعلق بتحديد هويتهم وهذا ما يسمى "أزمة الذاتية" ويعتبر إريكسون من أدخل هذا المفهوم في نظريته في نمو النفسي في سنة 1950 وتم تطويره في سنة 1974 وحسب إريكسون هذا المفهوم يشير إلى الأدوات والتوقعات المصاحبة لها في المساتي يتوقعها في المستقبل كما يبتعد إريكسون العوامل الثقافية.

وهناك ثلاث أنواع من العوامل تدخل في حدوث الأزمة وهي عوامل تتمثل بالتكوين الماضي لشخصية الفرد، وعوامل تتصل بنظرة الفرد إلى المستقبل مثل الطموح والمال والأهداف ... لما يتوقعه منه المجتمع , وعوامل تتصل بالحاضر القيم

والمعايير و الأوضاع السائدة و الثقافية سواء التي يعيش فيها او لدى الجماعات التي ينتمي اليها.

فالهوية ليست أنماط جاهزة يدخل فيها الفرد في أي شكل يعجبه, بل عملية ديناميكية تتوقف نتيجتها على مرحلة التفاعل الذي تتدخل فيه العوامل المعقدة وتتوقف على نوع هذه العوامل.

لأن دخول الفرد في مرحلة المراهقة يدخلها بعد مروره بتنشئة اجتماعية في الغالب تقليدية , تبين العوامل الذاتية في أزمة الهوية فيما يعيش فيه المراهق من صراع يبين الدافع إلى تحقيق صورة مقبولة للذات تحمل آماله وأهدافه وتصورات المتوقعة, ويبين جانب ثابت يتضمن معاني القصور والذنب وعدم الثقة, وهناك عوامل أخر قد تصدم المراهق في تحديد صورة مقبولة للذات مثل العوامل الثقافية التي يعيشها المراهق وخاصة الجماعات المرجعية , والأوضاع والقيم تنطوي على الكثير من التناقضات وزيادات وتأثيرات الحضارة الغربية التي أصبحت في كل بيت مما يزيد المراهق حيرة بين القديم والجديد وأي مظهر يسلكه وأي طريق يسلكه.

التناقض القائم بين الثقافات الغربية المختلفة وبين الثقافة العامة الواحدة

والتأثير أيضا من المعلمين والأولياء الخجولين أو العصبيين

أي من النظم التربوية الكاسدة والتنشئة الإجتماعية, والنماذج القيادية المنحرفة ومن التناقض السائد بين القيم الإجتماعية والثقافية التي يعيشها المراهق تجعله حائرا وتدخل في تكوين هويته. (اسماعيل، 1998: 164).

وفي أزمة المراهقة ترى زلوف منيرة، يمكن فهم المراهق من خلال ثقافته الإجتماعية التي يعيشها لأن الثقافة الإجتماعية لها تأثير بالغ الأهمية في سلوكاته واستجاباته، فالمجتمع هو الذي يحدد تصرفات المراهق وثقافة المجتمع تساهم في الأنماط السلوكية للمراهق في تمثل مفهوم الذات للفرد .

والتغيرات النفسية للمراقق ليست كلها ناتجة عن التغيرات الجسمية بل أيضاً نتيجة البيئة الثقافية التي يتفاعل معها المراقق ويعيشها.

وفي المجتمعات المتحضرة للمراهقة عدة أشكال تحدد للمراقق المعايير السلوكية وتضع له القواعد المقررة للسلوك وهي كما يلي :

- مراهقة عادية تخلو من الصعوبات فهي بهذا تكون سوية .

- مراهقة يعزل وينفرد فيها المراقق بنفسه وبذاته ليتأملها ويتمعن في مشاكله وصعوباته ،وهي بذلك تكون إنسحابية.

- توجد مراهقة يتميز فيها الفرد بسلوك عدواني على نفسه وعلى الآخرين .

ومهما كان السياق الإجتماعي الثقافي تبقى مرحلة المراهقة مرحلة الزمة وعم التوازن، والفرق يكمن من مراقق الى آخر ومن ثقافة الى اخرى في حدة الأزمة وشدتها والأنماط التي تتخذها والحلول التي تعطى لها . ( زلوف منيرة، 2011: 22)

ومن طبيعة المراهقة وما يحدث فيها من تغيرات على المستوى الفيزيولوجي والجسمي والعاطفي تدفع بهذا لأن يدخل المراقق في مرحلة مليئة بالتناقضات التي يجد فيها نفسه مواجهاً لهذه التغيرات والبحث عن تفسيرات واقعية لها جميعاً. (marclli.1988:27).

**16: الهوية وصورة الذات عند المراقق:** في هذه المرحلة يكون إهتمام الفرد أو المراقق بالهوية إذ يسعى لتحديد هويته وإيجاد دوره المناسب في المجتمع وفكرة بناء الهوية تعود إلى erikson للنمو الوجداني والإنفعالي ،وتحدد بداية تشكيل الهوية من تلك اللحظة التي تتوقف فيها عملية التوحد أوالتقمص ، ويرى أن شعور المراقق بهذه الأزمة يكون عميقاً ، ويتم حلها إما بتكوين هوية ايجابية أوهوية مضطربة ، كما أن الصراعات تكون موجودة عند الميلاد الا أنها تصبح أكثر سيطرة في المراهقة ويظهر الحل الإيجابي في الصحة النفسية ، والحل السلبي

يؤدي إلى سوء التوافق ، ومعظم حالات المراهقة يمكن إرجاعها إلى عدم أو تأخر تكوين الهوية لدى المراهق ويحاول المراهق التميز عن الآخرين لينفرد بشخصيته وتؤدي عملية الإجابة عن الأسئلة التي تخص أزمة الهوية التي تغير الصورة الذاتية للمراهق مما يزيد قلقه وتوتره .

ويؤكد 1993 ALEX MUCCHIELLI في بداية مرحلة أزمة ما قبل البلوغ يتأصل الإحساس بالذات ، في هذه المرحلة يسعى المراهق الى تحقيق ذاته ويخضع إمكانياته للتجربة الواقعية وفي هذه المرحلة تبدأ مرحلة من التقمصات الجديدة و تحسم الصورة الذاتية للفرد وطبيعة هويته ،ويقوم بالبحث عن تأكيد ذاته بحيث يكون للمراهق مجموعة من الإتجاهات والعواطف والميول ،ويكون تكيفه إنفعالياً وعقلياً وتتجه الإنفعالات والتفكير معاً نحو النضج ويسمح له الإنتماء الى المجتمع والإحتكاك به بتأكيد رغبته في التغير عن ذاته وتحقيق فرديته ، ويثور ويتمرد إذا وجد ضغوطاً تعوق رغباته .( زلوف منيرة ،2011: 23 ).

سمة الذاتية روح المعارضة: و المبالغة في إثبات الذات عن طريق الأسلوب الغريب المتطرف الملفت للأنظار فتجد عدوانية تميل إلى الجنوح و حاجة إلى صراعات و تزيين

**عدم الاستقرار العاطفي:** مع سرعة القلب و الإشارة و شدة الحساسية و الميل إلى السلبية و الاستغراق في الهوامات على ملء الذات و الانكماش.(عبدالغاني ،1995: 9).

نستخلص أن مرحلة المراهقة مهمة جداً حيث هي المرحلة التي يبحث فيها الفرد عن تأكيد ذاته ، ويبحث فيها عن هويته ولذا في هذه المرحلة لابد أن نراعي فيها المراهقين من كل الجوانب حتى نساعد على إكتشاف وتأكيد ذاته بالطريقة التي تزيد من إهتماماته وجدير أن يحاط بفهم وبعناية من كل النواحي خاصة ولأن

المراهق يتأثر بالمجتمع والثقافة ،وتبدو هذه المرحلة جديدة على المراهق لذا يحاول المراهق أن يظهر بالشكل الذي يعجبه ويحاول الاختلاف عن الآخر .

**17: العلاج والتعامل مع المراهقين:** لا بدا أن ندرك بواقية كيفية التعامل أثناء الطرح العلاجي مع فئة المراهقين وأن نعي جيداً سيكولوجية هذه الفئة وكذا بعدها السوسيوثقافي، فهذه المرحلة وما يعتبرها من تغيرات عابرة، تستدعي فطنة من قبل سيكولوجي ممارس، فحقل الممارسة العلاجية النفسية للمراهق تظهر حسب " M LANFER " نتيجة ومتميزة بحسب ما يقول تحت مسمى الممرات أو المعابر، كل التغيرات تأخذ غالباً شكل إنتاج عرضي للبنية الكامنة لمعيارين تعبر عن تناقض للحركتين الموقفتين أو المعوقتين.

فكل العمل العيادي والعلاجي للمراهق يبني على إمكانية تسمية ونطق على أوجه الحالية أو الجانب الأنية العابرة للإضطرابات أو لوجودها ( f;ladame:1986;10) مهما كانت المكانة في مسارنا التدخلي مع المراهق، دورنا ليس تقليل من الأمراض فقط ولكن أكثر من ذلك وهو يأخذ حيز من الفهم الجيد لهؤلاء وتوعيتهم بكل ما هو عليه، أن تكون عملية التدخل والتكفل قصيرة مع المراهق ويجب أن يكون القائمون عليها جيدي التكوين والتدريب.

الباتولوجية المراهق تميل للتغير مع نمو الاضطرابات السلوكية واضطرابات التكيف مثل هوس الكحول، المخدرات، اضطرابات الغذائية، محاولات الانتحار. ( f;ladame ; p ieammets :1986 ;224).

## خاتمة:

تحدثنا في هذا الفصل على أن مرحلة المراهقة، من أين تبدأ وأين تنتهي، وكيف تختلف من فرد إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر، وماذا يعترى المراهق في هذه المرحلة الصعبة من تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية وعقلية، والمشاكل التي تصحبها والقضايا التي يتخبط فيها، وبالتالي مادامت القضية متعلقة بمجموعة من العوامل والقضايا فعلى الجميع أن يتحمل مسؤوليته أمام المراهق من أجل رعايته ومساعدته حتى يتخطى الأزمة بسلام، وخاصة إذا كان من ذوي الاحتياجات الخاصة أو من ذوي الإعاقات الحركية، التي قد تعيقه عن حاجياته وتلبية رغباته، وقد تضيف له مشاكل تؤثر عليه نفسياً وصحياً، وهذا ما سنوضحه في فصل الإعاقاة الحركية.



## الفصل السادس

### الإعاقة الحركية

#### تمهيد:

أولاً) الإعاقة.

- 1) تعريف الإعاقة.
- 2) تطور مفهوم الإعاقة.
- 3) أنواع الإعاقات وتصنيفها.
- 4) السمات النفسية للمعوقين.
- 5) نظريات علم النفس في تفسير العوق.
- 6) مشكلات الإعاقة.
- 7) استراتيجيات الإرشاد والعلاج.

#### ثانياً) الإعاقة الحركية.

- 1) تعريف الإعاقة الحركية.
- 2) مصطلحات الإعاقة الحركية.
- 3) أسباب الإعاقة الحركية.
- 4) احتياجات المعوقين حركياً.
- 5) المشكلات المترتبة عن الإعاقة الحركية.
- 6) التطور التاريخي لتربية وتأهيل ذوي الإعاقات الحركية والصحية
- 7) القانون الجزائري وحماية المعوقين.
- 8) التقييم النفسي للإعاقات الحركية.
- 9) علاج وتأهيل المعوقين حركياً.

#### خاتمة.

## الفصل السادس

### الإعاقة الحركية

#### تمهيد:

إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات مهما كان تقدمه أو تخلفه من وجود نسبة لا يستهان بها من أفرادها ممن يواجهون صعوبة الحياة، وقد أصيبوا بنوع أو بأخر من الإعاقات الحركية أو الحسية أو النمائية أو العقلية أو العصبية أو النفسية. (انشرح المشرفي، 2009: 3).

والإعاقة الحركية من بين الإعاقات المنتشرة في المجتمع والتي تحتاج الى رعاية من الجهات المعنية والعائلة والمحيط، حتى لا يكون العوق عبء على أسرته ومجتمعه. فما هي الإعاقات الحركية والجسمية وما هي أسبابها، وما الذي يجعل الأشخاص الذين يعانون منها أشخاصاً ذوي احتياجات خاصة؟ وما هي التأهيلات التي ينبغي أن توجه لذوي الإعاقات الحركية والصحية والجسمية وغيرها، ليكون الفرد المعاق مؤهلاً من جميع النواحي، ليحس بأنه جزء من المحيط الذي يعيشه، وفي هذا الفصل نسعى لتقديم بعض التفصيلات عن الإعاقات وأنواعها والتخلص من بعض مشاكلها.

#### أولاً الإعاقة:

**1- مفهوم الإعاقة:** ويعرفها عبدالفتاح عبدالكافي "هي قصور أو تدهور في جهاز أو أكثر من أجهزة الجسم تؤدي الى عدم قيام هذا الجهاز أو الجزء من الجسم بوظائفه كاملة فهي قصور جسدي أو عقلي تترتب عليه آثار ذاتية ، وقد تكون الإعاقة جزئية أو تامة في نسيج أو عضو أو أكثر ، وقد تكون مؤقتة أو دائمة وقد تكون عضوية أو نفسية والإعاقة حالة يعاني فيها الفرد من العجز أو صعوبة في أداء نوع أو أكثر من الأعمال أو الأنشطة الجسمية والفكرية بالنسبة للأفراد العاديين الذين يتساوون معهم في العمر والجنس والبيئة الاجتماعية، ويؤدي العجز إلى إعاقة فيها الفرد بدوره الذي يفرضه عليه سنه وجنسه والاعتبارات الاجتماعية والحضارية في مجتمعه " (عبد الكافي، 2005: 36).

و" هي نقص النضوج الأدائي للوظائف الحيوية المختلفة التي يستلزمها النمو البدني والعقلي بدرجة تحد من اكتساب المعدلات الطبيعية للذكاء بكافة جوانبه وتؤهل الوظائف الحركية والحسية والسمعية والبصرية للأداء الوظيفي الطبيعي الذي يتناسب مع السن الزمني على مدى سنوات النضوج "

و هي القيود كيفما كانت التي تفرض على الشخص وعجز الشخص عن مواجهاتها .  
وتعرف أيضاً بأنها عجز مستمر في جسم الفرد أو شخصيته...يؤثر على نموه الطبيعي وعلى قدرته في التكيف .(فهيمى،2008: 10).

وهي أيضاً كل قصور جسمي أو نفسي أو عقلي أو خلقي يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع ويجعله قاصراً عن الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها.(عبدالرحيم،دون سنة: 9).

**والمعوق:** هو الفرد الذي أصيب بعاهة بدنية أو عقلية أو مزاجية أو اجتماعية نتيجة نقص أو خلل أو اضطراب في أحد أعضاء الجسم مما يؤدي إلى ضعف في قدراته على الحركة وحاجته إلى المساعدة والى برامج خاصة حتى يتمكن من استخدام أقصى ما يمكن من قدراته ومواهبه.(الكبيسي،2000: 28).

يعرف الشخص المعوق على انه كل شخص تعوقه أسباب بدنية أو حسية أو فكرية عن تأدية حاجاته، واستكمال تعليمه بطريقة عادية ،فهو كل فرد يختلف عن هو سوي جسمياً أو عقلياً أو اجتماعياً ، ويحتاج إلى عمليات التأهيل.(مريم حنا،2010: 27).

وهو أيضاً: "هو كل فرد أعيقت بعض أعضائه أو وظائفها عن الطبيعة السوية المألوفة في غالبية البشر ، كأن يعاني الفرد نقصاً في الجسم أو النفس أو العقل أو علاقاته الاجتماعية أو الخلقية ،والتربية التي تعالج هذا النمط من البشر تسمى التربية الخاصة لأنها تختص بأفراد من الناس لهم ظروف خاصة تميل بهم إلى النفور من المجتمع واليأس عن الطموح الطبيعي " (عبد الرحيم،دون سنة:13).

نستنتج مما سبق إن الإعاقة قد تكون نفسية أو بدنية أو عقلية وهي كل قصور في جهاز ما، سواء كانت الإعاقة جزئية أو كلية، وهي كل ما يجعل الفرد غير قادر على القيام بكل ما يريد، أو يجعله غير قادر على مواصلة مشوار ما.

## 2- تطور مفهوم الإعاقة :

إلى منتصف القرن الحالي كانوا يعرفون بالمقعدون "crippled"، ثم أطلقوا عليهم كلمة ذو العاهات ، باعتبار كلمة الإقعاد توحى إلى تلك الطائفة مبتوري الأطراف أو المصابون بالشلل ، أما العاهة أكثر شمولاً بمدلول الإصابات المستديمة .

إلى أن تطور هذا التعبير الى مصطلح العاجزين " handicapped " أي كل من له عجز في أي جانب من الحياة سواء عن العمل أو الكسب ، أو في ممارسة شؤون حياته الشخصية كالنوم والمشي وارتداء الملابس والتعامل مع الآخرين أم العجز عن التعلم ثم تطورت النظرة إليهم بأنهم غير عاجزين بل المجتمع هو الذي يعجز عن تقبلهم والاستفادة من مواهبهم وما لديهم من قدرات التي يمكن تفعيلها وتنميتها والاستفادة منها كنظرائهم من الأسوياء.

وعندما أدرك المجتمع أنه هو الذي يحوي تلك العوائق التي تمنعهم من التكيف حينها أصبحت المراجع العلمية والهيئات المتخصصة والجهات الرسمية تطلق عليهم اسم ( المعاقين ) إي المعوقين بمعنى وجود عوائق يسبب لهم عدم التكيف . ولهذا أصبحت كلمة معوق لا تقتصر على المعاقين عن العمل والكسب بل تشمل المعوقين عن التكيف نفسياً واجتماعياً مع البيئة.

وبالتالي إعاقة الإنسان ظاهرة طبيعية مفروضة ، وتعددت مظاهر الإعاقة لتعقد الحياة والمعوق شأنه شأن الإنسان العادي له الحق في العيش كالآخرين بل ويقدم للمجتمع بقدر ما يستطيع وله الحق في كل شيء. ( فهمي ، 2008 : 8 ).

## 3- أنواع الإعاقات وتصنيفها :

أولاً : من حيث الأعراض غير السوية بتصنيف العلماء :

1 - توجد مجموعة الإعاقات الحسية ، وذلك كالمعاق بكف البصر والذي يعاني من نقص الإبصار.

2 - مجموعة العيوب والاضطرابات الكلامية .

3 - مجموعة الانحرافات في القدرات والاستعدادات العقلية وتتضمن المتخلفين عقلياً وبطئ التعليم.

4 - مجموعة الانحرافات في التحصيل الدراسي .

5- مجموعة الانحرافات التي تأخذ أعراضها مظاهر الاضطراب الانفعالي والسلوك المنحرف كالكذب والسرقة .

6 - مجموعة الاضطرابات البيولوجية ، مثل الصراع وشلل الأطفال

7 - مجموعة العيوب والانحرافات الجسمية كالعاهات والتشوهات .

ثانياً :من حيث مكونات الشخصية:

1 المعاقين جسمياً : مثل

ا- المعاقين حركياً كالمصابين بشلل الأطفال ومبتوري الأطراف.

ب - المصابين بأمراض مزمنة ونقص الحيوية كالقلب والسكر والفشل الكلوي

2 المعاقين حسيًا مثل:

ا- المصابين بكف البصر

ب - المصابين بالصمم و عيوب الاضطرابات الكلامية

3 - المعاقين عقلياً:

ا- المتخلفون عقلياً وممن يعانون نقصاً حاداً في الذكاء.

ب - المرض العقليون كالقصور والذهان.

4 - المعاقين انفعالياً ونفسياً.

كالإكتئاب والقلق و الأمراض السيكوسوماتية.

5 - المعاقين اجتماعياً :

الأطفال المعرضون للانحراف، الأطفال المنحرفون ، المدمنون ،المجرمون الكبار

المسجونين.(مريم حنا،2010: 28).

والمقعد هو الذي لديه سبب عاق حركته أو يعوقها نتيجة لفقد أو خلل أو عاهة في

العضلات أو العظام تؤثر على قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه

وقد جاء في تقرير نشرته لجنة البيت الأبيض " الطفل المقعد هو الذي لديه عيب ينتج عنه عاهة أو يتسبب في قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية وتكون هذه الحالة إما خلقية أو ناتجة عن مرض أو حادثة وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض"

كما استعملت لجنة مدينة نيويورك الخاصة بالأطفال المقعدين التعريف التالي: "الطفل المقعد هو الشخص الذي يبلغ 21 سنة ولديه عائق خلقي أو مكتسب في أطرافه أو في عضلات جسمه تجعله غير قادر على التنافس على قدم المساواة مع غيره من الأشخاص من نفس السن".

أما في إنجلترا فإنهم يعتبرون الأطفال المقعدين من لديهم عاهة في أطرافهم أو المصابين بشلل الأطفال أو حالة من حالات مرض القلب.(مختار حمزة،1979: 155).

**4: السمات النفسية للمعوقين:** أقر المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين عدة سمات وهي:

شعور المعوق بالدونية والنقص الزائد، ورفض لذاته وقد يصل الى الكراهية .  
يتكون لديه قلق من حيث مستقبله بل قد تتكون لديه تقلبات انفعالية واضطرابات على مستوى الجسم.

لا يكون عند المعوق انفعال متزن في المواقف مما تسبب أمراض عصابية أو ذهانية.  
يلجأ المعوق إلى حماية ذاته عن طريق السلوكيات الدفاعية خاصة عند السخرية كأن يستعمل الإنكار والتعويض والأفعال العكسية.

تتكون لديه الإنسحابية ويكون مستسلماً للواقع وللأوضاع.

أثر العوق على الشخصية: أن العوق الذي يصاب به الفرد سواء العجز الجسمي أو خلل ما يؤثر عليه لما له من سبب في عزله عن الآخرين وبالتالي في تعامله معهم ، ولذا تؤثر في سلوكه في المجتمع واتجاهات الآخرين نحوه، وهذا الاتجاه السلبي تسبب له الغضب والاستثارة السريعة، وقبول المعوق لعطف الآخرين هو تقبل ظاهري مما يولد عن هذا الشعور بالاعتراض وكراهية المجتمع، فشخصية المعوق ترفض ذاتها وتقاوم الواقع وشعور الفرد بالذنب.(الكبيسي، 2000: 60).

صورة المعوق الذهنية: عندما يدرك الطفل انه مستقل من غيره يدرك الصورة عن نفسه ، وتتغير حسب خبراته متأثرة بالعواطف والانفعالات التي يمر بها، وأي تغير في البنية الجسمية للفرد ينتج عنه تغير في الصورة مما يولد القلق جراء هذا الاختلال وعدم التناسب في الانفعال، فالإصابة لا تمثل مشكلة في ذاتها بل تكون مشاكل تتعلق باتجاه المعوق نحو الجديد والصورة المكونة عن نفسه وعن الآخرين، ومن هنا يتطلب منه التكيف مع الوضع الخاص الذي هو عليه وعملية تعديل الصورة ليست سهلة لما لها من ارتباطات من حوادث وذكريات في اللاشعور مما قد ينجر عنه سوء التكيف، وعملية تعديل وتغيير الصورة الذهنية تقع على المعوق والأفراد المحيطين به والأسرة وفي عمله، كما أن الأثر الجديدة للحوادث قد تسبب أزمة نفسية مما يؤدي إلى الكبت وأحلام اليقظة ، ولكي نعيد التنظيم للشخصية يجب أن تشترك أطراف كالمجتمع ويكون له وعي ناضج من أجل تقبل صورته وذاته .(الكبيسي ،2000 : 6).

#### **5: نظريات علم النفس في تفسير العوق:**

**نظرية أدلر:** أن الكفاح من أجل التفوق بالنسبة لأدلر يؤكد الاتساق في الشخصية والسلوك من أجل تحقيق الذات وهذا الكفاح فطري بل هو الجوهر الحياتي إلي يحرك الإنسان من مرحلة لأخرى .

#### **نظرية الأثر الإجتماعي لبارسون:**

- ان الأثر هو انجاز الفرد لمهام متنوعة ومتميزة ضمن نظامه الاجتماعي .  
- ينتج عن العوق عدم الأهلية ثم تحديد انجازه في المهام المألوفة أو إعاقته .  
- الإعاقة والمرض تشعر بأنماط الأثر أو نمطية دور العائلة وإنجاز ذلك يقود لإعادة تنظيم الأساس للعائلة .

**نظرية شلدر وتصور الجسم:** إن تصور الذات يكون نتيجة للإعاقة ويرى شلدر جميع مصادر الإحساس والعلاقات المكانية للجسم لها دور ، وإدراك تصور الجسم لا يحدث بالضرورة ضمن فعاليات الوعي، رغم أنه يرى صعوبة صياغة توضح مفهوم الذات تصور الجسم لأننا قد نشير به تصور الذات ، كما أنه يشير أيضاً إلى انه مع كونه أنياً يأتي من الحواس يتضمن صوراً عقلية وتمثيلاً.

علم النفس الجسدي: وهو يهتم بالاختلافات في بنية الجسم الناتجة عن الأمراض النفسية المؤثرة في التكوين النفسي للفرد بسبب التأثير في فعالية جسمه ، وهذا يعني وجود علاقة بين الجسم والسلوك بصورة متبادلة ، ولذا الأشخاص المعوقون ولو كان غير ظاهر تجدهم محبطون وغير متكيفون مقارنة بالذين يعانون من عوق شديد بسبب التوقعات الاجتماعية منهم أكثر قوة ورغم ذلك غير قادرين على أداء الأدوار المطلوبة منهم.

وتوجد مبدئين لهما علاقة بأسلوب علم النفس الجسدي:

- مبدأ التخفيض لهذا المبدأ له علاقة باتجاهات المعوق واتجاهات الآخرين ومن خلال هذا العوق ينظر إلى نفسه غير قادر وعاجز في أي عمل وفي كل الأحوال .
- مبدأ الانتشار « sprea » وهذا المبدأ يشير إلى الإفراط في اتجاه المعوق على انه عاجز في المجالات والأمور الأخرى. (الكبيسي، 2000: 65).

#### 6:مشكلات الإعاقة:

النفسية:

كالشعور بالدونية مما يجعله معوقاً في الوسط الاجتماعي فينطوي ، والشعور بالعجز كاتنتيجة للإستسلام للعاهة ومن ثم يصبح سلوكه إعتماذي وعدم شعوره بالأمن ، وعدم اتزانه إنفعالياً مما ينجر عنه السلوك العدوانى .

الطبية:

عدم وجود المراكز المتخصصة الكافية لإتمام العلاج بسرعة ارتفاع تكاليف العلاج والأجهزة التعويضية .

التعليمية:

عدم توفر المدارس المتخصصة لحالات الإعاقة نقص في إعداد المعلمين للعمل مع حالات الإعاقة الاجتماعية:

اضطرابات العلاقة بين الأفراد في العائلة .

مشكلات متعلقة بالعمل



مشكلات متعلقة بالتأهيل سواء للفرد ذاته أو بالنسبة للعملية التأهيلية.  
(مريم حنا، 2010: 29).

ومن المشاكل التي يتلقاها المعاق هي الإساءة الجسدية، وهي من أكثر الإشاعات انتشاراً، وهي الحاق ضرر مقصود من شخص راشد، وتكون هذه الأفعال عنيفة. ويعرفها pears -capaldi بأنها قيام أحد الوالدين بإلحاق ضرر بالطفل في إي جزء من جسمه ويأخذ ذلك عدة مظاهر منها: الضرر الشديد، جذب الشعر لدرجة إحساس الطفل بالألم، الكسور، اللعب بالنار، إصابات الرأس والجروح.

وهي استخدام العقاب البدني مع طفل دون الثامنة عشر بواسطة راشد مسؤول عن تربية أو تعليمه بصورة متكررة ومقصودة، من خلال الضرب باليد أو الأدوات والعض أو الحرق أو الشد الشعر مما يسبب له أضرار بدنية ونفسية أو أنها عبارة عن استخدام القوة الجسدية أو ردة الفعل الجسدية التي تؤدي إلى إصابة الطفل بشكل غير عارض وقد يتمثل الإيذاء الجسدي للطفل بالضرب لمرة واحدة وأن يكون على شكل نمط من الأحداث المتتالية. (روحي عبدات، 2010: 53).

وقد توجد مشاكل في الأسرة فقد يطور الإخوة مشاعر التقبل والفهم لأخيهم المعاق، ويمكن أيضاً أن يتحملوا المسؤولية في مساعدة أخيهم المعاق.

فتتباين مشاعر الإخوة بين الاستياء والغيرة والأسى والقلق والرفض، ولا نستطيع أن نقول أفعالهم غير لائقة، بقدر ما يمكن أن نقول ناتجة عن سوء الفهم وسوء تفسير سلوكيات الآباء، كما أن الأولياء أحياناً لا يساعدون أبناءهم المعاقون على التعامل مع مشاعرهم، كما قد يولد الغيرة من انتباه أو اعتناء الأولياء الزائد للطفل المعاق وقلة الوقت الذي يقضيه مع أبناءهم العاديين كما أن بعض الأولياء يعطي المسؤولية للإخوة في رعاية المعاق مما قد يولد ردود أفعال سلبية اتجاه المعاق.

كما أن الإخوة قد يؤثر على أخيهم المعاق إما سلباً وإما إيجاباً ، فقد يساعدون في تطوير مهارات حركية وتزويده بالخبرات الممتعة ، وإذا لم يتفاعل الإخوة مع أخيهم بشكل إيجابي فقد لا يطور من مفهوم الذات الإيجابي، ولا يتطور بشكل مناسب . ( سليمان طعمة وآخرون، 2010: 178).

7- إستراتيجيات الإرشاد والعلاج: ستة خطوات من اقتراح ايهلرز وآخرون 1992 بمساعدة الأباء على التكيف مع الإعاقة:

- 1) مساعدة الأباء ليكونوا أكثر موضوعية بخصوص طفلهم المعاق .
  - 2) مساعدة الأباء على التنبؤ بسلوكيات الطفل. المستقبلية.
  - 3) مساعدة الأباء على استيعاب الأفكار والتقنيات المتعددة للمشاكل الشائعة لدى الطفل ذو الاحتياجات الخاصة وأسرته.
  - 4) مساعدة الأباء على تفهم أن الطفل المعاق بحاجة إلى نفس الحاجات الجسدية والجنسية والقلبية والتعليمية.
  - 5) مساعدة الأباء على اكتشاف جميع مصادر المجتمع المتوفرة لهم مثل العيادات ومراكز التقييم واجهات التعليمية الخاصة بالمعاقين ... الخ .
  - 6) مساعدة الأباء على ابتداء طريق للمحافظة على المسار الخاص وتقديم وتحقيق أهداف المعاق .
- كما أشار زاندان وبيس pace & zandan إلى ثلاث فئات لأسر الأطفال المعاقين:
- 1 - برامج تعليمية تتمثل بتزويد الأهل بحقائق ومعلومات حول حالة ابنهم .
  - 2- برامج العلاج النفسي لمساعدة الأهل على التعامل مع مشاكلهم وفهمها والتعامل مع مشاكل طفلهم .
  - 3 - برامج تدريب الأباء من أجل مساعدتهم على تطوير مهارات فعالة للتعامل مع المعاق وقد حدد مارشاك وسليجمان سنة 1993 خمس مستويات لأسرة المعاق والمرشد من المستوى الذي يراه مناسباً:
- م1 التركيز على المعاق والتأكيد على حاجاته ومشكلاته التي يواجهها .
  - م2 : تزويد الأسرة بالمعلومات والحقائق.
  - م3: تقديم الدعم الانفعالي للأسرة وتشجيع أفراد الأسرة على كشف مشاعرهم والتعاطف معهم وتقديم الدعم لأفرادها .

4م : تقديم تقييم وتدخلات وخطط إرشادية واضحة تعمل على تحقيق الدعم وتخفيف التوتر .

5م : تقديم العلاج الأسري الذي يتضمن التدخلات المهنية والنفسية للأسر التي تواجه خللاً وظيفياً شديداً نتيجة للإعاقة . ( سليمان وآخرون، 2010: 181 ).  
وفيما يلي مستويات الوقاية من الإعاقة:

مستوى الإعاقة	الهدف العام للوقاية
الوقاية الأولية	الوقاية من الإعاقة وذلك من خفض عدد الحالات الجديدة في المجتمع
الوقاية الثانوية	الوقاية من الإعاقة وذلك من خلال خفض الأعداد الحالية للأشخاص والذي يتم بتنفيذ البرامج العلاجية والتصحيحية القادرة على تخفيف شدة الإعاقة أو مدتها
الوقاية الثلاثية	الوقاية من الإعاقة وذلك من خلال الحد من المضاعفات السلبية المباشرة وغير المباشرة للإعاقة.

(جمال الخطيب، 1998: 24).

**ثانياً الإعاقة الحركية:**

**1: تعريف الإعاقة الحركية:**

تمثل الإعاقة الحركية حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدراتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والإنفعالي ويستدعي الحاجة الى التربية الخاصة . (الروسان فاروق، 1998: 139)  
و"الشخص المعوق حركياً يعني به ذلك الفرد الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو موضع أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد وظيفتها العادية. بل يمتد ويشمل الحركات الإرادية واللاإرادية وتنشأ الحركة من انكماش بإحدى العضلات وانبساط العضلة الأخرى المقابلة لها أي من الاختلاف القائم بين قوى الجذب والدفع ويتميز بدء تكوين المهارات الحركية ببذل الطاقة التي تزيد بكثير من الجهد اللازم لكسب المهارة". ( عبد الفتاح علي غزال ، 2008: 206 ).

كما "ينظر الى الشخص المعوق على أنه الفرد الذي لديه إعاقة في حركاته وأنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أو إصابة في مفاصله وعظامه مما يؤثر على وظائفه العادية وتعد الإعاقة الجسمية من المظاهر الأساسية للإعاقة الجزئية بصفة عامة"

"هي عجز الفرد عن الحركة والتنقل في سهولة ويسر مع طلب العون في بعض الأحيان سواء أكان عن طريق الغير أو عن طريق أدوات مساعدة بسبب اختلال الجهاز الحركي على وجه الخصوص, والجهاز البدني على وجه العموم مما قد يتطلب معه زيادة العبء والاعتماد علي بعض أجهزة البدن الأخرى أو أعضائها والتي تتعطل هي الأخرى عن القيام بالدور المنوط بها بسبب استخدامها كعوامل مساعدة في الحركة ومن الاختلال وإن كان يسبب للمعوق حركيا بعض المشاكل النفسية أو الموقفية والجانبية الا أنه يمكن النظر اليه باعتباره قصورا فقط من الناحية الاجتماعية وضعف من الناحية الادائية". (فهيمى، 2008: 17، 18).

نستخلص أن المعاق حركياً هو كل شخص لا يستطيع التنقل دون مؤهلات أو مساعدات من طرف الغير بشكل عادي، بسبب إصابة أو تعطل جهاز ما، والإعاقة الحركية كل إعاقة كانت سبب في تعطيل نشاط ما أو عدم القيام به بسهولة، وبالتالي يحتاج للمساعدة سواء من طرف أحد الأشخاص أو المقومات المادية والمؤهلات التي تساعد على الحركة.

## 2: المصطلحات الإعاقة الحركية والجسمية والصحية:

Crippled	المقعدون
Health impaired	الضعاف صحياً
Orthopedically handicapped	ذو الإعاقات العظمية
Organically impaired	ذو الاضطرابات العضوية
Nonambulatory	الأشخاص غير القادرين على الحراك
Revelopmentally delayed	المتأخرون نمائياً
Physically disabled	العاجزون جسماً

(جمال الخطيب، 1998: 12).

### 3: أسباب الإعاقة الحركية:

عدة أسباب وعوامل للإعاقة الحركية حسب المراحل التالية:

\_ مرحلة ما قبل الحمل:

للعوامل الوراثية لها أثر كبير للعملية النمائية للجنين والطفل الرضيع والمكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا أو ما يسمى الكروموزم, والصفات الوراثية تحمل في الجسيمات الدقيقة للكروموزم

تتكون الخلية الأولى للجنين من 46 كروموزم 23 أنثى و 23 ذكر وهي 23 منها متشابهة ويطلق عليها الصفات العادية و 23 الباقية تحدد جنس الجنين, واحتمالات الخطأ في أي مجموعة ينتج عنه إعاقات من بينها الحركية.

\_ مرحلة ما بعد الحمل: وهذه المرحلة يتم فيها اهتمام ووقاية الجنين.

1- حالة تسمم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم، ارتفاع ضغط الدم، وجود كمية البروتين في البول من شأنها هذه العلامات أن تسمم الحمل.

2- المرض الكلوي المزمن والمتخلى عنه، ارتفاع ضغط الدم أو تورم القدمين وزيادة نسبة البروتين في البول تكون خطيرة بل قد تهدد حياة الأم والجنين في الحالات الشديدة.

3- السكري عندما تكون الأم مريضة بداء السكري قد تتعرض للإجهاد خاصة في ثلاث أشهر الأولى من الحمل.

4- سوء التغذية: سوء التغذية من شأنه يؤثر على الجنس عندما تكون الأم حامل.

\_ حالات أثناء الولادة وقد تسبب في الإعاقة:

- الولادة المبكرة قبل اكتمال تسعة أشهر كما تؤثر ميكانيكية عملية الوضع في إعاقة وسلامة الجنين وضع المشيمة , العقاقير التي لها تأثيرات على الجهاز العصبي المركزي للوليد, الولادة المتعددة توأم.

\_ عوامل ما بعد الولادة :

- العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الأمراض العصبية

- تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصا في الرأس أو الحوادث التي تؤدي لبتلر الأطراف لأن هناك بعض الاعاقات لا تكتشف الا بعد فترة زمنية.(الصفدي،2007: 19).

وفيما يلي جدول يوضح أسباب الإعاقات الجسمية وطرق الوقاية منها:

الأسباب	طرق الوقاية منها
حوادث المرور	حزام الأمن، المقاعد الخاصة بالأطفال، واقيات الرأس لسائقي الدراجات النارية.
حوادث السباحة والغوص	إجراءات السلامة المتعلقة بالسباحة والغوص، الاشراف المناسب، أدوات العموم.
الحوادث الناتجة عن الأخطاء النارية	التوعية.
الإصابات الرياضية	التدريب الجيد، أماكن اللعب والرياضة الآمنة.
إساءة معاملة الأطفال	تدريب الوالدين ودعم الأسرة.
التسمم	الخزن للمواد الخطرة.
الأمراض الخطرة المعدية	التطعيم
الخداع	العناية بالأمن الحامل، العناية الصحية بالطفل.
الأسباب الجينية	الإرشاد الوراثي.
النوبات التشنجية	العقاقير الطبية.
استسقاء الدماغ	العناية الطبية والعملية الصارفة.

(الصفدي، 2007: 22).

#### 4: احتياجات المعوقين حركيا:

##### 1- احتياجات صحية وتوجيهية:

\*احتياجات بدنية وتشمل عدة خدمات وأنشطة من شأنها تحسن الحالة الصحية للمعوق، مثل العلاج، الأجهزة التعويضية، تقويم الأعضاء.

\*احتياجات إرشادية: مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف

\*احتياجات تعليمية مثل إفصاح فرص التعليم المتكافئ لمن هم في سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار, يحتاجون الى طرف منظمة وفعالة.

\*احتياجات تدريبية مثل فتح مجالات التدريبية تبعا للمستوى المهاري.

2- احتياجات اجتماعية:

\*توثيق المعوق بمجتمعه وتفاعله معه.

\*الخدمات المساعدة مثل الإعفاءات الضريبية والجمركية وتسهيل الانتقال والمساعدة التربوية.

\*الوسائل النقابية.

3- احتياجات مهنية:

\*تسهيل التوجيه المهني المبكر والاستمرار فيه لحين الانتهاء من العملية التأسيسية.

\*إصدار تشريعات بمحيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التي تناسبهم.(غزال

2008: 210).

### 5:المشكلات المترتبة من الإعاقة الحركية:

الدراسات تثير الاعاقات وخاصة الحركية، تظهر أثارها بشكل من الحدود الفيزيقية فالفرد يجمع خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصور ذاته, أي فكرة المعوق عن نفسه ولذا نجد عدة مشكلات كما يلي:

\*المشكلات النفسية:

أ) شعور المعوق بالنقص وبالتالي يتولد عن ذلك القلق والاكتئاب, ويشعر بأنه ليس كغيره ويقل من تقدير ذاته.

كما يكون له عقدة النقص وبالتالي قد يكون سلوكه غير مفهوما ويكون له جانب أو طابع قهري فالعدوان والاستعلاء والإسراف في تقدير الذات

ب) الشعور الزائد بالعجز وبالتالي يحاول استعطاف الآخرين، ويجد في عاهته حجة للتصل على الآخرين.

ج) عدم الشعور بالأمن والطمأنينة نحو حالته الجسمية وفي حالة تذبذب وحيرة.

د) الإسراف في الوسائل الدفاعية, النكوس السلوكي واعتماده على الغير

وكذلك الكبت يستخدم ميكانيزمات غير توافقية بالاسقاط وتحويل الانفعالية غير السوية ,  
والسلوك التعويضي والانكسار الذي يخفي خلف العناد والإصرار على سلوك صعب.  
المشكلات الإجتماعية:

تعتبر إي إعاقة لفرد ما هي إعاقة لأسرته ومن صور المشاكل الاجتماعية:  
قد يترك المعوق عمله بسبب اعاقته أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وجعه كما قد  
توجد مشكلات مع زملائه ومشكلة أمنه وسلامته.  
قد يلجأ المعوق إلى عزل الأصدقاء والانطواء أو قد يلجأ بعض المعوقين إلى إغراء  
الآخرين من أجل تبادل الصداقة معهم.  
قد يحرم المعوق من الاستمتاع في وقت فراغه بممارسته النشاطات الترويحية.  
مشاكل اقتصادية:

نفقات العلاج، انقطاع الدخل أو انخفاضه.  
وربما الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج.  
مشكلات تعليمية: يثير عالم المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغارا أو مشكلة أهلهم إذا  
كانوا كبارا خاصة أنه لا يستطيع مشاركة الآخرين في أفكارهم ومشاعرهم وخرج في  
الاتصال فضلا عن مظهره مما يجعله يفضل نفسه على الآخرين.  
الشعور بالخوف للتلاميذ العاديين عند رؤية المعوقين ينعكس سلبا على المعوق وقد  
يصبح عدوانيا كتعويض.  
مشكلات طبية:

عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة  
ارتفاع تكاليف العلاج وطول العلاج الطبي لبعض الأمراض  
عدم وفرة المراكز العلاجية للمعوقين المتميزة  
مشكلات متعلقة بالتأهيل:

المتعلقة بالفرد كإشكالية الفرد المعوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه والخارجية  
تبقى حسب طبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين  
بالعملية التأهيلية.( غزال ،2008: 210 ).



ويرى **dalla** و **bernard** فيما يخص الإعاقة والمجتمع، أن النظرة السلبية التي يحملها غالبية الأفراد نحو المعاق بأنه فرد ناقص وغيرها من التصورات نحو المعاق تزيد من النفور بين المعاق والمجتمع من الناحية الإدماجية والثقافية مع الآخرين، وفيما يخص الأسرة والمعاق، أنه بمجرد ولادة أو اكتساب الفرد إعاقة دائمة أو شبه دائمة يصبح عبء ثقيل على مسؤولية الأسرة، ما يشعر المعاق بأنه عالة على الأسرة. والإخوة والأخوات والإنعكاسات السلبية التي تفرزها الإعاقة على نفسية المعاق تدفعه نحو مشاعر الغيرة والحسد والعداوة نحو إخوته الأصحاء وهذا ما يشعره بالذنب. ( bernard &dalla ;2003 :44 )

### **6: التطور التاريخي لتربية وتأهيل ذوي الإعاقات الجسمية" الحركية" والصحية:**

من قبل لم يكن المعوقون مقبولين اجتماعياً، بل كانوا يعدون بمثابة عبء ثقيل ولذا كانت تتخلص منهم بالإساءة وبالعديد من المعاملة والرفض لهذه الشريحة، والإعاقة الجسمية تتماشى مع الانسان منذ القدم، فاشلل الأطفال عرف منذ أكثر من خمسة آلاف سنة، الا أن أول وصف عيادي واضح له كان في سنة "1789" وأول حملة واسعة التطعيم بلقاح السالك **salk vaccine** نفذت 1954.

وبعد ما كان شلل الأطفال من أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعاً في الأربعينيات من القرن الماضي فقد تم القضاء عليه تقريباً في بعض دول العالم في سنة 1966. كما أن المراجع المتخصصة تشير أن الشلل الدماغي قد عرف من قبل المصريين القدماء وفي الحقب المسيحية الأولى، وأنه قد تم تمييزه عن شلل الأطفال، وقد ظهرت بعض الكتابات عن الشلل الدماغي منذ 1497 الا أن الجراح البريطاني وليام لتل قدم أول وصف عيادي عام 1843 لذا يسمى هذا المرض باسم لتل **littles disease** لعدة سنوات،وبعدها قام كل من وليام جاورز **gowers**، وليام اوسلر **osler** بإجراء بعض الدراسات وإلقاء محاضرات حول الشلل الدماغي.

ثم طور برونسون كروثرز **grother** بعض الأساليب لمعالجة الشلل الدماغي. وأسس فيليبس أول مؤسسة خاصة لتأهيل الأشخاص الذين يعانون من الشلل الدماغي،

ومع بداية القرن العشرين انبثقت البرامج التدريبية والتربوية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان، وقد تطورت البرامج التربوية والتأهيلية لخدمة الأفراد المعاقين جسماً الذين كانوا يمكثون لفترات طويلة في المستشفيات بسبب إصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل وغيرها، ثم ازداد الإحساس بتدعيم ذوي الإعاقات الجسمية والحركية، بعد ما كان ذوي الإعاقات الجسمية الشديدة يمكثون في البيوت أو المستشفيات، أصبحت تنشأ للمعوقين جسماً وحركياً صفوف خاصة بهم في بعض الدول، وانبثق الاهتمام بإعداد وتأهيل المعلمين للعمل مع هذه الفئة، وأنشئت المدارس الخاصة لذوي الإعاقات الجسمية والإعاقات الحركية والصحية، ومجهزة من حيث المداخل والأبواب وغيرها، وتوجيه الحديث يدمج هؤلاء المعاقون حركياً وصحياً خاصة الطلاب في المدارس العادية الحكومية. (جمال الخطيب، 1998: 37).

## 7 الخصائص المميزة للمعاقين حركياً

### الخصائص العقلية:

نقص في الإدراك وهذا بسبب عدم خروج وتحرك المعاق حركياً مما يجعل مفاهيمه وادراكاته ناقصة.

أما من حيث القدرات العقلية فقد يعود الى اختلاف الفروق الفردية لأن نسبة الذكاء تختلف بين المعاقين ما بين عالي الذكاء ومنخفض .

أما من حيث المستوى الدراسي فهو منخفض مقارنة بالعاديين.

النمو اللغوي: في حالات الإعاقة الحركية التي تعود الى خلل في الجهاز العصبي أو تلف في خلايا المخ لذلك يعانون من اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية كذا القدرة اللغوية المتعلقة بحجم المحصول اللغوي.

النمو الحركي: التأثير يتوقف على شدة الإعاقة فاصحاب الإعاقة البسيطة تأثرها بسيط

ويعاني صاحبها من مشكلات بسيطة ومحدودة كصعوبة القفز والوثب وممارسة

الرياضيات ، أما الحالات الشديدة وخاصة المتعلقة بالدماغ فيكون تأثيرها أقوى كالمشي

والجري والوقوف العادي مما يضطر صاحبها الى العكاز والكراسي وغيرها. (عبد

الفتاح عبد المجيد، 2011: 437).

كما توجد بعض السمات لدى المعوقين حركياً تميزهم عن غيرهم وهي:  
المعوقون جسماً يكونون أقل نضجاً من غيرهم العاديين من أقرانهم.  
المعوقون جسماً أكثر اثاراً للمشكلات في علاقاتهم الاجتماعية.  
كما أن المعوقون يتخذون مواقف دفاعية أكثر مما يفعله الآخرون.  
كما أن الانتحار عند المعوقين أكثر من غيرهم، وهم أكثر عنفاً من غيرهم. (كمال عبده،  
2001: 16).

"أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركياً تختلف تبعاً لاختلاف مظاهر  
الإعاقة الحركية ودرجتها وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية  
والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية  
وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو  
مظاهر الاضطرابات الحركية" ( تيسير مفلح، عمر فواز، 2010: 203).

#### **8: القانون الجزائري وحماية المعوقين:**

في الفصل الأول من الجريدة الرسمية الجزائرية، أحكام عامة في ما يخص المعوقين:  
المادة الأولى: يهدف هذا القانون إلى تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ  
والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم.

**المادة الثانية:** تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون، كل  
شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد  
من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية  
والاجتماعية نتيجة لإصابات وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية الحسية.

**المادة الثالثة:** تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى ما يأتي:

الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها ومن مضاعفاتها.

ضمان العلاجات المتخصصة إعادة التدريب الوظيفي إعادة التكيف.

ضمان الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية لفائدة الأشخاص

المعوقين، وكذا الأجهزة والوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمان استبدالها عند الحاجة.

ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين.

ضمان إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم على الصعيدين الاجتماعي والمهني لاسيما بتوفير مناصب عمل. ضمان الحد الأدنى من الدخل.

ضمان الشروط التي تسمح للأشخاص المعوقين بالمساهمة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية. ( الجريدة الرسمية 2002: 7).

ومن حيث حماية المعوقين حركياً أو حسيّاً وترقيتهم الاجتماعية، وبناءً لما جاء في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، " الباب الثالث".

**المادة 10:** تتولى البلدية في مجال حماية المعوقين حركياً وحسيّاً وحمائهم الاجتماعية على الخصوص ما يأتي:

تحصي المصابين بعجز وراثي أو مكتسب القاطنين في البلدية وتساعدهم على الصعيد الإداري للحصول على بطاقة عجز أو إعانة اجتماعية.

توجه المعوقين على اختلاف أنواعهم الذين يمكن إعادة تأهيلهم بالعمل إلى المصالح المعنية قصد تربيتهم.

**المادة 11:** تتولى الولاية في مجال حماية المعوقين حركياً والمتخلفين حسيّاً وترقيتهم الاجتماعية انجاز ما يأتي:

المراكز الطبية التربوية ومراكز التعليم الخاصة بالأطفال المعوقين حركياً وحسيّاً. مراكز المعوقين حركياً وحسيّاً البالغين من العمر أكثر من خمسة عشرة سنة الذين ليس لهم سند عائلي ولا موارد ومعترف بأنهم غير قادرين على العمل وليست لهم قابلية إعادة التربية المهنية.

**المادة 12:** تسلم الولاية بطاقة العجز. ( الجريدة الرسمية، 1987: 26).

### **9- التقييم النفسي للإعاقات الحركية:**

هناك من المعاقين من تتعدد إعاقاتهم مما تجعل صاحبها يعاني أيضاً من القدرات المعرفية ولذا لا بد من فريق متعدد التخصصات من أجل إعطاء تقييم لهذه الفئة المعاقة حركياً وتقييم جوانب الضعف في أدائهم ومردودهم، وإعطاء الفحوصات المتعلقة بالمهارات في الحياة اليومية ومهارات العناية بالذات والمهارات الأكاديمية والاجتماعية والشخصية أيضاً.

كما تكون مهمة الفريق الطبي تشخيص الإضطرابات المتعلقة بالصحة وإعطاء المعلومات الى الأولياء والمعلمين حول الاحتياجات الخاصة للمعوقين حركياً. وأخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي من شأنهم إعطاء معلومات عن الأدوات والأجهزة اللازمة للمعوقين حركياً والأساليب التي يمكن أن تستخدم لتطوير المهارات الوظيفية لديهم .

ومن حيث المدرسة والأداء الأكاديمي وما يتعلق بالاحتياجات التربوية الخاصة للمعاقين حركياً فالمعلمون هم من يأخذوا بالتوجهات وتطبيقا .

كما أن النفسانيين وأخصائيون اضطرابات الكلام والاجتماعيون كلهم يتدخلون في عملية التقييم اعتماداً على طبيعة المشكلة التي يعاني منها المعوق حركياً .(هالة ،رحاب ،2012: 84) .

### 10ردود فعل الوالدين نحو الإعاقة الحركية:

1 مرحلة الصدمة: وهي أول مرحلة رد فعل نفسي يحدث عند ولادة الطفل المعوق تكون صدمة لخلاف ما كانوا يتوقعون بصورة مثالية للمولود الجديد، وهذ الصدمة تختلف كمن أسرة إلى أخرى، وينطوي رد الفعل على مجموعة من التساؤلات، مثل أليس هذا ظلماً، كيف يعقل هذا الوضع، أليست هذه مشكلة...؟

2 مرحلة النكران: فقد ينكر الآباء والأمهات هذه الإعاقة أو يتكروا لنتائج الفحص والتشخيص والتقييم، لذلك تراهم يتعاملون مع الطفل المعاق وكأنه سوي، وربما لفترة طويلة خاصة إذا لم يبدو الطفل مختلفاً، أما والداه فلا يستطيعان نكران الإعاقة لمدة طويلة بسبب التأخر النمائي الظاهر.

3 مرحلة الغضب والشعور بالذنب: قد يكون موجه إلى الشريك الزوجة أو الزوج أو أي فرد من أفراد العائلة أو نحو المدرسة أو مراكز التربية الخاصة أو المدرس أو المجتمع أو نحو المعوق نفسه، وتأتيب الضمير ومعاقبة الذات وطرح عدة تساؤلات تشير إلى أن الشخص يلوم نفسه أو الطرف الآخر ويظن أنه السبب في هذه الإعاقة، وأنها حدثت نتيجة خطأ ما ارتكبه هو أو شريكه وغالباً ما يصدر هذا الرد من المرأة ويسيطر عليها أكثر من الرجل وبالتالي الشعور بالذنب والكآبة.

4 مرحلة الحزن والكآبة: ويكون التأثير على الأم أكثر من الأب لاعتقادها الخاطئ أنها السبب لكل ما حصل لها ولطفلها.

5 الرفض لوجود طفل معاق: ويتخذ الرفض العلني أو الضمني والعلني هو اهمال الطفل وعدم تقبله والاستياء من وجوده، وقد يكون الرفض على النقيض مباشرة بحيث يتضح الرفض بأشكال من الحماية الزائدة والاهتمام والعناية غير المألوفة.

6 التكيف والملائمة: وهي مرحلة متقدمة وتتطلب درجة من النضج والتفهم لحالة الإعاقة الحركية، وهذه الخطوة تهدف إلى إعادة ترتيب الحياة الأسرية بشكل يساعد على استيعاب الحالة ويقود إلى خطورة أكثر نضجاً وهي التقبل الكامل وعملية التكيف وتحدث تدريجياً.

7 مرحلة التقبل: حتى يستطيع الوالدان تقبل إعاقة طفلها فهما في حاجة إلى تقبل الذات أولاً للتخلص من عقدة الذنب والشعور بالمسؤولية الشخصية عن الإعاقة، وتقبل الإعاقة لا يعني عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحزان فثمة من يعتقد أن أسرة المعوق تعاني من الأسى المزمّن وفي هذه المرحلة يبحث الأهل عن الخدمات وبرامج التربية الخاصة وبالتالي تكون السرة في وضع نفسي جيد. (عصام الصفدي، 2007: 153).

## 11: علاج و تأهيل المعوقين:

### تعريف التأهيل الطبي للمعوقين حركياً:

فهو عبارة عن أجزاء اضطراري أو اختياري هدفه تخفيف حالة المعوق حركياً عن طريق اصطلاح أو تعديل نسبة العجز الحركي لديه من أجل ممارسة حياته من دون ان يكون عالية على الآخرين.

هنا التأهيل يساعد الفرد ليسترد بعض الاجزاء الحركية التي كان يقوم بها قبل وقوع الاعاقة الحركية فيكون على الأقل استخدم نسبي لعضو من أعضاء الجسم كان معطل لوظيفته الحركية

### أهداف التأهيل الطبي: من بينها ما يلي:

- (1) مساعدة الفرد ليمارس حياته بما تبقى له من أعضاء سليمة
- (2) إعادة أجهزة تعويضية يكون من شأنها التقليل من نسبة العجز الحركي

- (3) إرشاد المعوق حركيا وكل من يتعامل معه الى الأسلوب الذي يساعد المعاق
- (4) منع الاعاقة من الزيادة
- (5) وضع تصور نهائي للحالة المرضية
- (6) تبصر المعوق ذاته بحاله وما يطلب منه للمحافظة على ما تبقى من أعضاء سليمة.
- (7) إرشاد المعوق للعلاجات المساهمة في الحفاظ على حالته دون تأثير او إنعكاس.
- ( فهمي، 2008: 325 ).

### البرامج النفسية التأهيلية العلاجية:

أن البرامج النفسية تساهم في الوصول الى تحسين الصحة النفسية للمعاقين حركيا و يجب تعديلها لتناسب و صحتهم ، كما يستطيع المعلم زيادة دافعية الأطفال المعوقين النمو الذاتي و القدرة على التفكير و التصرف المستقلين ، و يمكن تدريب الطفل على التقييم الذاتي لكي يرتقي بتقييمه الواقعي لتقدمه نحو الأهداف الأكاديمية و تقييم الطفل لنفسه تحت إشراف المعلم يمكن الطفل من تقدير إمكانياته و استخدامها في مواجهة مشكلاته

و البرنامج عند المعاقين بدنيا يجب أن يتعاون في تنفيذه الأخصائي الإجتماعي و النفسي و الأولياء و العلمين و من في مقامهم.

و بداية بالدراسة: أن يقوم الأخصائي النفساني بقياس الذكاء و القدرات و الاستعدادات و الميول بمختلف أنواعها و سمات الشخصية لدى المعوق بدنيا، و يقوم الأخصائي الإجتماعي بدراسة الخلفية الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية للأسرة و علاقته بعائلته وزملائه.

و يجب أن يشمل البرنامج على معرفة أثر العوق على الصورة الجسمية و مفهوم الذات لدى المعوق بدنيا ، و مستويات طموحه ، و رسم خطة تقوم على عدة عناصر سواء للمعوقين حركيا أو لأسرهم.

و فيما يخص المعوقين حركيا: 1 تغير فكرته عن ذاته و الإيحاء إليه بأنه في وسعه التعريض عن العجز البدني في المجالات الأخرى.

2 مساعدة المعوق بدنيا حركيا على إشباع الدوافع كالحاجة الى الانتماء كالزواج و تكوين أسرة و الحاجة الى انجاز خاصة في مجال الذي تسمح به قدراته ، والحاجة الى تحقيق الذات ، و الحاجة الى الأمن الجسمي و النفسي و الأمن الاجتماعي

3 علاج الاضطرابات السلوكية و يشمل عدة نقاط منها :

- ان لا يلجأ لإلقاء اللوم على الآخرين لإخفاقه في تحقيق أهدافه.
- أن لا يلجأ الى كبت رغباته و يتقبل الموقف بطريقة مرضية.
- و لا يلجأ الى السلوك الانسحابي و الهروب من الواقع.
- أن لا يجعل الإحساس بالإحباط يفضي به الى أي شكل من أشكال العدوانية.

أما فيما يخص أسر المعوقين حركيا: عدة نقاط يتكون منها البرنامج لأسرة المعوقين حركيا وهي مثلا عدم إعطاء حماية زائدة للمعاق لما لها من تأثير سلبي على نمو شخصيته.

عدم معاملة الولدين للمعاق مع أخيه غير المعاق بمقارنة حتى و لو كانت إيجابية

- الأ توضع للمعارف مستويات فوق قدراته.
- و لا تتعامل معه بشفقة حتى لا يشعر بالنقص و الاختلاف عند الآخرين.
- مساعدة الطفل المعاق القيام بالمهارات الحياتية الأكل و الشراب و النظافة و الألبسة ، و تعطى له بعض المهام الأسرية حسب طاقته ( هالة رحاب، 2013 : 117 ).

**الخاتمة:**

بعد ما مررنا في هذا الفصل على الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة، وبعد ما رأينا أسباب نشأتها والعوامل المسببة لها، والأنواع المتعددة للإعاقة والنظريات التي فسرت الإعاقة والمشاكل التي تتولد عنها، سواء كانت نفسية أو طبية أو تعليمية أو اجتماعية وغيرها، واحتياجات في كل الجوانب النفسية والثقافية والاجتماعية والطبية، فذلك لها تأهيل وعلاجات وتأهيل للتقليل من الأثر السلبي أو الحد من الزيادة، وهذا التأهيل يكون على عدة مستويات، النفسي والاجتماعي والطبي ليكون العلاج والتأهيل ناجحاً، وخاصة إذا كان التكفل العلاجي والتأهيل مبكراً.



# الجانب التطبيقي

## الفصل السابع

### منهجية البحث وأدواته

**تمهيد:**

(1) تعريف المنهج:

(2) الاختبارات النفسية:

(1-2) اختبار القلق:

(2-2) اختبار صورة الذات:

(3) البرنامج العلاجي:

(1-3) تعريفه:

(2-3) الخلفية النظرية للبرنامج:

(3-3) خطة البرنامج:

(4-3) جلسات البرنامج:

(4) الدراسة الاستطلاعية:

**خاتمة.**

## الفصل السابع

### منهجية البحث وأدواته

**تمهيد:** بعد ما تعرضنا في الجانب النظري للدراسة بدءاً بالإشكالية وفروضها إلى الفصول الأخرى ومختلف المفاهيم التي استدعاها البحث وفي هذا الجانب الآخر من البحث نتناول الجانب التطبيقي، إذ لا يخلو أي بحث علمي من منهجية يسلكها حتى يكون في الطريق الصحيح وينجز بطريقة سليمة وموضوعية، ولأننا دراستنا هذه تتدرج تحت البحوث العلمية، توجب علينا اتباع منهج نسير وفقه للوصول إلى النتائج بطريقة علمية، وباختلاف نوعية البحوث تختلف المناهج والطرق العلمية، وكل بحث أو دراسة لها منهج معين تسير عليه، وبما أن دراستنا تتدرج تحت المنهج العيادي في علم النفس الاكلينيكي فقد اخترنا منهج دراسة الحالة وذلك بالاستعانة بمجموعة من الأدوات المستخدمة.

**1. تعريف المنهج:** يعرفه عبد الباسط عبد المعطي، يعتبر أن المنهج هو الأسلوب الذي يسير على نهجه الباحث لتحقيق هدف بحثه والإجابة على أسئلته.

ويرى لاجاس دانيال "ان المنهج العيادي هو المنهج الخاص الذي يتناول السلوك البشري تناولاً علمياً فالسلوك البشري هو في نطاق فريد ينطوي على أسلوب آخر للتدليل، وهو أصلح منهج لدراسة المسالك البشرية العيادية". (لاجاس، 1965: 68).

والمنهج الكلينيكي: " هو الطريقة التي تنظر إلى السلوك من منظور خاص، فهو يحاول الكشف وبكل ثقة عن كينونة الفرد، الطريقة التي يشعر بها ويسلك من خلالها، وذلك في موقف معين كما يبحث عن إيجاد مدلول لهذا السلوك والكشف عن أسباب الصراعات مع إظهار دوافعها وسيرورتها، وما يحس الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكيات للتخلص منها". (Relichelim m. 1969 ;10)

وعملية القياس تتضمن عدد من الأدوات التي تستخدم في تحديد الخصائص المراد قياسها لظاهرة ما، وقد تكون في صورة لفظية بين شخصين متبادلة أو مكتوبة بها مفردات يطلب فحصها والاستجابة لها وفقاً لما أعدت له، أو سمعية أو على شكل رسومات، ويطلق على هذه الأدوات المستخدمة في قياس الخصائص المعينة لظاهرة ما اسم الاختبارات **test** حيث تمثل كل أداة منها اختباراً معيناً يقيس خاصية ما أعدت خصيصاً لقياسها. (ماهر محمود، 2011: 168).

**دراسة الحالة:** تعتبر المرآة الصادقة التي تعكس الصورة التراكمية المتبعة لجوانب الشخصية الكلية للمسترشد خلال ذلك الوصف الدقيق الذي تقدمه في إطار الدراسة المتكاملة المستخلصة حوله في صورة ملخصة. (ماهر محمود، 2011: 194).

#### **أهمية دراسة الحالة:**

تكمن أهمية دراسة الحالة في كونها تعطي فكرة شاملة واضحة ومتكاملة عن العميل تفوق التصورات الحالية للمرشد النفسي حول شخصيته وأبعادها.

كما تساعده بصورة أساسية في تلخيص الكميات المتناثرة والمجموعة حول الفرد من أجل تفسير وفهم أبعاد شخصيته وأسلوب حياته.

كما أن دراسة الحالة تتيح الفرصة لهم أن يقدموا المعلومات والتفسيرات حول الفرد للآخرين المتصلين به والمهتمين بحالته بطريقة مكثفة. (ماهر محمود، 2011: 194).

وقد اتبعنا هذا المنهج العيادي المناسب لدراسة السلوك البشري، الذي يستطيع الكشف عن صورة الفرد لذاته وذلك بالاعتماد على تطبيق اختبار القلق لسبيربيجر واختبار صورة الذات مع تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي وهو أيضاً من العلاجات المناسبة لتخفيف القلق وتغيير صورة الذات.

## 2الاختبارات النفسية:

يعرف ماهر محمود، الاختبار النفسي على أنه أداة علمية تتكون من مجموعة من مثيرات نفسية مقننة وفق معايير متلائمة مع البيئة التي يطبق فيها وذلك لدراسة ظاهرة سلوكية معينة.(ماهر محمود،2011: 186).

### 2-1إختبار القلق:

**تعريفه:** هو اختبار موضوعي أعده كل من شاركي سبير بير جوريتشارد جورج وربيرت وأعده إلى العربية، الدكتور عبد الرقيب احمد البحري، وهو عبارة عن أداة لدراسة القلق لدى البالغين منهم، الأسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسيه أو عضوية.

**أهمية الاختبار:** تكمن أهمية هذا الاختبار على استعماله لمقياسين منفصلين للقلق يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي، لقياس: حالة القلق(ط1) وسمة القلق(ط2).

ويتكون المقياس الأول (1): والذي يقيس مفهوم حالة القلق من 20 عبارة تتمثل تعليمته في إجابة المفحوص عما يشعر به في اللحظة ويرمز له ب(ط1).

ويتكون المقياس الثاني(2): والذي يقيس سمة القلق من 20 عبارة تتمثل تعليماته في أن يصف المفحوص ما يشعر به بوجه عام ويرمز له بالرمز (ط2).

طريقة التصحيح: تتراوح قيمة درجات الاختبار من 20 كحد أدنى إلى 80 كحد أقصى للمقياس.

وكلا المقياسين يتكون من أربع بدائل:

المقياس الأول (ط1): بدائله هي مطلقاً، أحياناً، كثيراً، كثيراً جداً.

المقياس الثاني (ط2): بدائله هي مطلقاً، أحياناً، غالباً، دائماً.

ويتراوح سلم التقدير لكل بند من بنود المقياس من درجة واحدة إلى أربع درجات إذا كانت الفقرة في اتجاه الخاصية.

جدول مستويات القلق:

الدرجات	مستوى القلق
20	لا يعاني المفحوص من القلق
من 20 إلى 40	يعتبر قلق خفيف
من 41 إلى 60	يعتبر قلق حاد
من 61 إلى 80	يعتبر قلق شديد

الجدول رقم:

اتجاه الخاصية: 1- 2- 3- 4 .

عكس اتجاه الخاصية: 4- 3- 2- 1.

**صدق وثبات المقياس:**

قد تم تطبيق هذا الاختبار في البيئة العربية في عدة بحوث، ويذكر ممدوح مختار: نقلت الباحثة بنود مقياس حالة وسمة الاختبار في صورتها الأولية إلى اللغة العربية والتعليمات الخاصة بها وقد طبع كل مقياس على ورقة منفصلة.

جرب كل من المقياسين على 80 طالبة من طالبات جامعة الكويت وذلك على عينتين كل منهما أربعين فرد للاطمئنان إلى وضوح صياغة البنود والتعليمات وملائمتها للبيئة العربية.

أعيدت صياغة بعض بنود المقياس بناء على ما أثره الموقف الإجرائي حتى يزيد ذلك من وضوح المعنى المقصود من البند في حين لم يتكلف الأمر أي تعديل في صياغة أي من تعليمات المقياسين.

بلغت عينات التقنية الكلية التي استخدمتها الباحثة حوالي 1820 فرداً مقسمة على عينات مختلفة صنفت هذه العينة من حيث مراحل الدراسة إلى ثانوي وجامعي ومن حيث الجنس إلى طلبة وطالبات ومن حيث الجنسية إلى كويتي وغير كويتي.

**أما ثبات المقياس:** في البئة العربية حسب ثبات الاختبار بعدة طرق:

**إعادة الاختبار:** اعيد على العينة بفاصل 12 يوم، 17 يوم، وحسب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقية وكان معامل الثبات بهذه الطريقة 0,88 وهي قيمة موثوق بها. **التجزئة النصفية:** أما التجزئة النصفية حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردى - الزوجي). (مدوح مختار، 2001: 99).

**وإختبار صورة الذات:** لقياس الذات من إعداد الباحث:

## 2-2 مقياس صورة الذات:

**1- وصف المقياس:** قام الباحث بإعداد مقياس صورة الذات للتعرف على مستوى صورة الذات لدى المراهقين المعاقين حركياً وقد تكون المقياس في صورته النهائية من "52" عبارة، وأربعة أبعاد 13 عبارة في كل بعد وهذه الأبعاد كالتالي: البعد الجسمي، البعد الانفعالي، البعد الأسري، البعد الاجتماعي. أنظر الملحق رقم "..."

## 2- خطوات بناء المقياس:

أولاً: قام الباحث بالإطلاع على عدة مقاييس تناولت الموضوع وهذا مثل:

- مقياس صورة الذات من إعداد زينب شقير (2005).

- مقياس صورة الجسم من إعداد كفاي والنيال (1996).

- قائمة الإتجاه نحو الذات من تأليف لوروندرليتس، وتعريب وتقنين مجدي محمد الدسوقي (1994).

- قائمة تقدير الذات من تأليف هودسون وتعريب وتقنين مجدي محمد الدسوقي  
(1994).

- مقياس صورة الذات من إعداد ايمان فؤاد كاشف، رضا إبراهيم الأشرم، (2010).

ثانياً: كما اطلع الباحث على مجموعة من الدراسات السابقة التي لها علاقة وطيدة بالموضوع سواء من حيث الرسائل والبحوث الجامعية أو المجالات المتخصصة في المجال.

ثالثاً: تم صياغة فقرات المقياس من قبل الباحث بصورته الأولية منها الفقرات التي هي في اتجاه الخصية أو الإيجابية ومنها التي هي عكس اتجاه الخصية أو السلبية، في عدة مجالات، المجال الاجتماعي، والمجال الأسري، والمجال الشخصي، والمجال الجسمي، وكان عدد الفقرات "60" عبارة وتم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس بلغ عددهم "11" محكما ( أنظر الملحق رقم "3").

البعد الجسمي:

البند	اتجاه الفقر	غير صالحة تماماً	صالحة نوعاً ما	صالحة تماماً	رأي المصحح
1	شكلي لا يعجبني				
2	أحس أن جسمي غير عادي	عكسية			
3	أعتقد أن مشيتي وحركاتي غير متسقة	عكسية			
4	لدي مظهر جميل	ايجابية			
5	لا أقبل أي تشوه في جسمي	عكسية			
6	حركاتي غير ملائمة مع جسمي	عكسية			
7	أشعر أن الأغلبية مثلي	ايجابية			
8	لدي مشاكل اتجاه صحتي	عكسية			



				ايجابية	9 أنا متقبل لعيوب جسمي
				عكسية	10 لا أحب أن تنتظر الناس إلى حركاتي
				عكسية	11 أشعر أن جسمي لا يسمح لي بإنجاز ما أريد
				ايجابية	12 أنا راضي عن صحتي
				عكسية	13 لدي عيوب كثيرة
				ايجابية	14 لون بشرتي يقلل من قيمتي
				عكسية	15 أود لو يتغير جسمي

### البعد الأسري:

البنود		اتجاه الفقرة	غير صالحة	صالحة نوع ما	صالحة تماما	رأي المصحح
1	أفراد أسرتي يقبلونني كأخ محترم	ايجابية				
2	أشعر أنني عبئ ثقيل على أسرتي	عكسية				
3	أتفاهم مع إخواني	ايجابية				
4	أجد صعوبة في الخروج مع والدي	عكسية				
5	يعاملني أفراد أسرتي بقسوة	عكسية				
6	أتشاجر مع إخواني	عكسية				
7	أفرد عائلتي يحبونني	ايجابية				
8	أسرتي لا تقدر وضعي	عكسية				
9	لا أستطيع المزاح مع إخواني	عكسية				
10	أحس بالطمأنينة في البيت	ايجابية				
11	أستطيع المكوث في البيت	ايجابية				
12	عندما أكون في البيت أشعر كأنني في سجن	عكسية				
13	أجد نفسي مهمش في	عكسية				

					أسرتي
				عكسية	14 لا أرغب أن أعيش حياتي مع عائلتي
				إيجابية	15 لدي ما أفخر به بين إخوتي

### البعد الاجتماعي:

البند	اتجاه الفقرة	صالحة تماماً	صالحة نوعاً ما	غير صالحة	رأي المصحح
1					يلومني الناس كثيراً
2					أرغب في رؤية الأصدقاء من حولي
3					أحس بالإحترام من طرف الآخرين
4					يستمتع الناس بالجلوس معي
5					يهتم بي الآخرون
6					أشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه
7					لدي مكانة مرموقة بين جيراني
8					لا يثق في الآخرون
9					الكثير يحب أن يرافقتني
10					طريقة كلامي غير مفهومة في مجتمعي
11					المجتمع ينظر إلي بنظرة متدنية
12					أشعر بالإرتياح بالجلوس مع الآخرين
13					تهمني صداقة الآخرين
14					أشعر بأنني منبوذ اجتماعياً
15					لا أتفق مع تقاليد المجتمع الذي أعيش فيه

البعد الانفعالي:

البند	اتجاه الفقرة	غير صالحة	صالحة نوعا ما	صالحة تماما	رأي المصحح
1	إيجابية				
2	عكسية				
3	عكسية				
4	إيجابية				
5	إيجابية				
6	عكسية				
7	عكسية				
8	إيجابية				
9	عكسية				
10	عكسية				
11	إيجابية				
12	إيجابية				
13	عكسية				
14	إيجابية				
15	إيجابية				

وبعد التحكيم تم التغيير كما يلي:

في البعد الاجتماعي قمنا بحذف العبارة التالية "طريقة كلامي غير مفهومة في مجتمعي" بسبب اتفاق 6 محكمين من 11 أي ما يعادل 54,54 % ، على أنها

غامضة وتحتاج الى تعديل، كما تم حذف عبارة "لا يثق في الآخرون" بسبب التكرار.

في البعد الجسمي تم حذف العبارة التالية "حركاتي غير ملائمة مع جسمي" بسبب اتفاق 6 محكمين من 11 محكم أي ما يعادل 54,54% بالتعديل والغموض والتكرار، كذلك تم حذف العبارة " أشعر أن الأغلبية مثلي بسبب اتفاق 11/7 بنسبة 63,63% من المحكمين بعدم وضوحها وصلاحها لهذا البعد.

وفيما يخص التبديل في هذا البند تم تبديل عبارة "لا أحب أن تنظر الناس الى حركاتي" بعبارة "لا أحب أن تنظر الناس الي"، وكذلك تم تبديل العبارة التالية "لدي مشاكل اتجاه صحتي"، بالعبارة التالية "أشعر بأنني سليم الجسم"، والعبارة التالية "لدي عيوب كثيرة" تم تبديلها بعبارة "أحس بعيوب جسمي".

في البعد الأسري، " لا أستطيع المزاح مع اخواني" بسبب اتفاق 11/6 بنسبة 54,54% من المحكمين على الغموض والتعديل، كما تم حذف العبارة التالية "أفراد أسرتي يقبلونني كأخ محترم" بسبب اتفاق 11/6 بنسبة 54,54% من المحكمين على التعديل والغموض.

وفيما يخص التعديل تم تعديل البند التالي "أجد صعوبة في الخروج مع والدي" ب:" لا أستطيع الخروج مع والداي".

في البعد الانفعالي تم محو البند "طريقة لباسي هي الأفضل" بسبب اتفاق 11/6 54,54% من المحكمين على غير صلاحية وتغيرها والغموض.

كما تم محو البند "أشعر أنني دون نفع ودون جدوى" بسبب اتفاق المحكمين على الغموض والتعديل.

**صدق المحكمين:** قام الباحث بعرض المقياس على المحكمين الختصين في علم النفس، وقام الجميع من المحكمين بالإطلاع والتوجيه سواء من حيث التغيير أو من حيث الحذف، وقد تم التغيير بناء على إتفاق أغلبية المحكمين.

**البدائل المعتمدة في المقياس:** دائماً، أحياناً نادراً.

**مقياس التصحيح:** في طريقة التصحيح نعطي درجة لكل استجابة كما يلي:

العبارات التي تقيس الخاصية: دائماً "03" ثلاثة درجات، ونعطي أحياناً "02" درجتين، ونعطي نادراً "03" ثلاث درجات.

أما العبارات التي تقيس عكس الخاصية: نعطي درجة واحدة "01" دائماً، ونعطي درجتين "02" أحياناً، ونعطي ثلاث درجات "03" نادراً.

والاختبار يتكون من 52 عبارة، وأعلى تقدير هو "156" درجة، وأدنى درجة في الاختبار هي "52" درجة، وكلما تحصل الفرد على درجة عالية في الاختبار فهو أكثر تقبلاً لصورة ذاته، وكلما تحصل الفرد على درجة أدنى فهو أقل تقبلاً لصورة ذاته.

**مستويات القياس:**

الدرجات	مستوى القياس
منخفضة جداً	من 52 إلى 72
منخفضة	من 73 إلى 92
متوسطة	من 93 إلى 112
عالية	من 113 إلى 132
عالية جداً	من 133 إلى 156

### 3) البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

وهو برنامج علاجي مقترح ينأسس على قواعد علمية أسسه وفنياته تتكون من العلاجين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي ، من أجل تطبيقها وتحقيق الهدف المسطر ، لفائدة حالات الدراسة التي يطبق عليها البرنامج المخطط له، والمتكونة من المراهقين المعاقين حركياً.

والبرنامج كما يعرفه نوري القمش بأنه "الخطة المحددة التي تهدف الى تنمية قدرات الطفل وإكسابه مجموعة من المهارات والأنشطة والسلوكيات وفقاً لما يتناسب مع عمره الزمني ومستوى نموه يتخلل ذلك عمليات التقويم المستمدة للتعرف على مدى التحسن في قدرات الطفل" (القمش، 2011: 368) .

### 3-1 الخلفية النظرية للبرنامج:

ترجع أساليب العلاج المعرفي السلوكي الى ثلاث نظريات هامة وهي: نظرية KELLY ونظرية بيك BECK، ونظرية إليس ELLIS، والنظريات الثلاث ترفض نظرية التحليل النفسي ورفض الدور الدينامي اللاشعوري، وتنسب السلوكيات الحالية الى المعرفة وليس الى الأسباب الماضية.

والعلاج السلوكي المعرفي يهتم بالعمل حيث يبحث في الخلل للوظائف المعرفية، وتهدف التدخلات العلاجية به الى تغيير الأخطاء المعرفية، لأن العلاج المعرفي السلوكي يرى أن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية، والاضطرابات تعتمد الى حد كبير من وجود معتقدات فكرية خاطئة بينها الفرد عن نفسه وعن بيئته، وبالتالي البرامج العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي تصمم لتساعد العميل على أن يصبح واعياً بما يدور معرفياً داخله، ويتعلم كيف يلاحظ ويعترض ويتعرف أيضاً على المواقف الأكثر خطورةً ليستعد لها. (الهام عبد الرحمان، 2009: 204).

يقول عبد الستار ابراهيم " ان التدريب على الاسترخاء يؤدي الى تغير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم، فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة في النفس " ( عبدالستار،167).

وفي هذا الصدد يقول شكشك " ان الانسان الذي يرفه حياته لا بدا أن يلاقي استرخاءً في جسمه " ويقول ايضاً " ولكي تهدأ أعصابك وتصحح أخطائك وتحل مشكلتك وتقضي على ما يقلقك وتبدأ حياة سعيدة هادئة حاول التريث والهدوء والاسترخاء حتى تسجل انتصارك على معوقات نفسك وقيودك الداخلية وتحرر منها بالعمل الصالح " أنس شكشك،2009: 67).

ويقول ايضاً " يمكن لمريض القلق أن يستفيد من التدريب على الاسترخاء الى القدر الذي تتضاد فيه استجابة الاسترخاء مع استجابة القلق، ويمكن التدريب على الاسترخاء في المكتب ثم يمارسه المريض كواجب منزلي " ( أنس شكشك،2009: 87).

وفي ما يخص العلاج بالعمل والواجبات المنزلية، يرى رشوان " أن العمل يعتبر ضرورة جسمية لكي يتحرك المعاق وتنشط فيزيولوجيته، ويعتبر ضرورة عقلية ونفسية فيشعره بقيمته وبدوره في محيطه وبالتالي هو ضرورة ووسيلة من وسائل العلاج لمن يعاني من اضطرابات نفسية، لأن الاستغراق في العمل يصرف المريض عن التفكير في مرضه ويقلل توتره وقلقه فبالعمل يقلل المريض ويبعد الملل وبه يتفاعل ويتوافق وينسجم مع الآخرين " . (رشوان،2009: 214).

وتقدم الواجبات المنزلية في شكل تعاقد بين العميل والمعالج، فهي تعني إلى مدى يستخدم العميل ما تعلمه من أنماط ومهارات في جلسات العلاج لجعل العميل أكثر جرأة وشجاعة في مواجهة القلق والغضب، وتكون في الغالب من الجلسة الثانية، وأن يدون ملاحظاته أثناء الأداء من حيث النجاحات والصعوبات التي تلقاها.

(طه عبد العظيم حسين،2008: 183).

ويقول شكشك " أنا لا نشعر بالقلق مطلقاً في الساعات التي نملؤها بالعمل، لكن عندما نتاح لنا استراحة حتى ولو كانت قليلة نرى جيش القلق قد هاجمنا واستولى علينا بالرغم منا مهما قاومناه" ( أنس شكشك، 2009: 69 ).

والوجبات المنزلية تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج، ويتم اختيار نوع الواجبات بما يتناسب مع هدف العلاج.  
(زينب شقير، 2002: 222).

وفي ما يخص المراقبة الذاتية أكدت عدة دراسات أن لمراقبة الذاتية أهمية كبيرة لمدى نجاح المهارات الأخرى ومن بين هذه الدراسات دراسة هاركل 2000، ودراسة ميتشنبوم 1997، ودراسة سترينبرج 1999، كما أنها تشير إلى قدرة الفرد على ملاحظة مستوى تقدمه في ضوء الأهداف المحددة لعمل ما، كما تساعد على الاحتفاظ بالهدف ومعرفة ما تم إنجازه، واتخاذ القرار في التقدم نحو الهدف.  
( سارة القحطاني، 2009: 88).

"كما تتطلب مراقبة الذات من الفرد إجراء ملاحظات لسلوكياته والمواقف التي تظهر فيها، والأسباب التي تؤدي إليها وكذلك ملاحظة النتائج المترتبة على سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي". (زينب شقير، 2002: 216).

### 3-2 إجراءات البرنامج:

- 1- ينفذ البرنامج على يد الطالب.
- 2- يستهدف البرنامج المراهقين المعاقين حركياً ممن يعانون القلق ببلدية زاوية كنتة .



3- يقدم البرنامج أساليب من العلاج المعرفي السلوكي بما يتناسب مع حالات الدراسة في موضوع البحث .

3-3 يتم تقديم البرنامج وفق تخطيط وجدول زمني يتحدد بنوع النشاط المقدم طوال فترة التطبيق.

### 4-3 خطة البرنامج:

يقوم الباحث بإجراء القابلة العيادية لجمع المعلومات وهذا قبل تطبيق البرنامج ،ثم القيام بالقياس القبلي أي قبل تطبيق البرنامج المجدول والإجراءات على هذه الفئة المراهقة المعاقة حركياً ، وهذا القياس يكون باستعمال مقياسين وهما :مقياس القلق ومقياس صورة الذات، واستمارة جمع المعلومات الخاصة بالمعاقين حركياً وبعد ذلك يتم تطبيق البرنامج المكون من التقنيات الثلاث وهي كما يلي :

1 تقنية الإسترخاء .

2 الواجبات المنزلية

3 المراقبة الذاتية

وبعد التنفيذ الذي يدوم لمدة عشرة أسابيع وبعدها يقوم الباحث بالقياس البعدي على الحالات لملاحظة إن كان هناك فرق بين قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي:

جلسات البرنامج:

الوقت المستغرق	طبيعة الجلسة	ملخص الجلسة والتقنيات المستخدمة	الهدف من الجلسة
50د	فردية	تقديم استمارة جمع المعلومات الخاصة بالحالة استعمال اسلوب الحوار من أجل التعرف اكثر على البرنامج وتقدير الوقت المستغرق والتقنيات المستخدمة فيه	التعرف على الحالة جمع المعلومات التعرف على البرنامج
60 د	جماعية	تقديم اختبار القلق كحالة واختبار القلق	تقديم الاختبارات

		كسمة تقديم اختبار صورة الذات التعريف بالاعاقة الحركية وما يتعلق بها	النفسية التعريف بالاعاقة الحركية
50 د	فردية	عن طريق الحوار والمناقشة يتم التعرف على القلق تعلم تقنية المراقبة الذاتية تكليف العميل بالواجب المنزلي في استعمال كراسة خاصة بالمراقبة الذاتية لتسجيل مواقف القلق	التعرف على القلق التعرف على تقنية مراقبة الذات
50 د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي في لمراقبة الذاتية اي مناقشة المواقف المسجل في الكراس اليومي التعريف بصورة الذات وكيف تتحسن وما تأثيرها على الحياة اليومية .....	مراجعة الواجب المنزلي التعريف بصورة الذات
50 د	فردية	تعلم تقنية الاسترخاء في المناطق العلوية الرأس والرقبة والزرعنين، ذكر علاقة الاسترخاء بالقلق وفوائده تقديم الواجب المنزلي في الاسترخاء المتعلم	تعلم الاسترخاء في المناطق العلوية
50 د	فردية	مراجعة الواجب المنزلي في الاسترخاء المناطق العلوية مواصلة تقنية المراقبة الذاتية عن طريق المواقف والأوقات التي ينتاب فيها العميل القلق تقديم الواجب المنزلي	مراجعة الواجب المنزلي مراقبة الذات
50 د	فردية	مراجعة الواجب المنزلي في المراقبة الذاتية تعليم الاسترخاء المناطق الوسطى الصدر والبطن والحوض تقديم الواجب المنزلي في استرخاء المناطق الوسطى	مراجعة الواجب المنزلي تعلم الاسترخاء في المناطق الوسطى
50 د	فردية	التكلم عن الواجب المنزلي في المناطق الوسطى مناقشة مواقف القلق المسجلة في كراس المراقبة الذاتية التكلم على أهمية الانشغال وملئ الفراغ إعطاء واجب منزلي كالمطالعة وتنظيم الغرف	مراجعة الواجب المنزلي المراقبة الذاتية نشاطات منزلية
50	فردية	مراجعة الواجب المنزلي في المطالعة وتنظيم الغرف والانشغال وما الفائدة من ملئ الفراغ تعلم الاسترخاء في المناطق السفلية من	مراجعة الواجب المنزلي تعلم في المناطق السفلية

		الجسم الساقين والقدمين. إعطاء واجب منزلي في المناطق السفلية	
50	فردية	مناقشة الواجب المنزلي في المناطق السفلية من الجسم تعلم الاسترخاء الكلي للجسم الواجب المنزلي في الاسترخاء الكلي للجسم	مناقشة الواجب المنزلي تعلم الاسترخاء العام
60 د	فردية	مراجعة ومناقشة الواجب المنزلي في الاسترخاء الكلي للجسم مواصلة المناقشة في المواقف المسجلة في إطار المراقبة الذاتية طبقاً لما يسجله الفرد في كراسه الخاص به. إعطاء واجب منزلي بنشاطات وأعمال يومية	مراجعة الواجب المنزلي المراقبة الذاتية
50 د	فردية	مراجعة الواجب المنزلي في النشاطات والاعمال المكلف بها منذ الجلسة الماضية مواصلة الاسترخاء العام واجب منزلي	مراجعة الواجب المنزلي الاسترخاء العام
60 دقيقة	جماعية	مراجعة الواجب المنزلي كالمطالعة والنشاطات ذكر ومناقشة البرنامج العلاجي وفوائده واتقييمه تقديم الختبارات النفسية البعدية في آخر الجلسة اختبار القلق واختبار صورة الذات	مراجعة الواجب المنزلي الاستفادة من البرنامج تقديم الاختبارات النفسية البعدية

### - ملاحظة: في الواجبات المنزلية

نعطي للعميل التمرينات المطبقة في الجلسة مع المعالج بتطبيقها في المنزل يومين متتاليين على الأقل.

نبين من خلال المراقبة الذاتية كيف يتم تسجيل المواقف التي ينتاب فيها العميل القلق، وذلك في كراسة يستعملها معه يومياً.

نناقش مع العميل في كل حصة المواقف التي كان ينتابه فيها القلق من أجل التخلص منها خلال مدة البرنامج.

في كل حصة نقوم بمراجعة بما تعلمناه في الحصة التي كانت قبلها.

في ما يخص الواجبات المنزلية في نهاية كل حصة نكلف العميل بعدة أعمال وهي كالاتي:

مطالعة كتب خاصة

القيام بترتيب الغرف في البيت

الخروج مع الزملاء العادين

**الدراسة الإستطلاعية:**

تمت الدراسة الاستطلاعية، بداية من شهر أكتوبر 2013، وكان ذلك بالنزول إلى الميدان لمعاينة شريحة المعاقين حركيا، وللتأكد من معاناة هذه الفئة، أجرى الباحث عدة خطوات وهي:

البحث عن أماكن وجود هذه الشريحة ولا يوجد مكان مخصص لهم كما هو الحال لبعض الأمراض.

حيث تقدم الباحث إلى مقر الديوان الوطني لأعضاء المعوقين والمكفوفين في بدايات أكتوبر 2013، بمقر ولاية أدرار، لجمع المعلومات والبيانات الخاصة بهم، فوجهوني إلى "المركز النفسي البيداغوجي حي عيسات إيدير بلدية أدرار" ولكن لم يجد الباحث في المركز ما يخدم البحث لأن الإعاقة المتواجدة في المركز متعددة (الصمم والإعاقة الحركية) بالإضافة سنهم لا يتجاوز 13 سنة، فلم يطلب الباحث الموافقة واكتفى بالاطلاع على نوعية البرامج المقدمة.

كما توجه الباحث لعدة مراكز التابعة للإعاقات النفسية بالولاية من أجل الإستقصاء ، وفي شهر نوفمبر 2013 تقدم الباحث إلى مديرية النشاط الاجتماعي بولاية أدرار نظراً لأنها تتكفل بكل ما له علاقة بالأمراض المزمنة والإعاقات بكل أنواعها التابعة لولاية أدرار ولكن لم يتحصل على ملفات المعاقين وأسمائهم لعدم حمل وثيقة رسمية من الجامعة.

وفي الأسبوع الأول من شهر ديسمبر تقدم الباحث إلى مصلحة النشاطات الاجتماعية ببلدية زاوية كنتة إلى المسؤول المكلف بالأمراض المزمنة والإعاقات الحركية والعقلية، السيد (س)، لطلب أسماء المعاقين حركياً ، و مقر تواجدهم.

حيث تحصل الباحث على قائمة طويلة، بما فيها الأمراض العقلية، والحركية والمزمنة بما فيها الكبار والصغار ونسبة الإعاقة، و في البداية تم تعيين الأفراد الذين ينتمون لسن المراهقة وله إعاقات حركية، ومنه تحصل الباحث على أربع حالات يتقاربون في السن و الإعاقة الحركية وثلاث حالات لم يتجاوزا الثانية عشر من عمرهم، ولأن البحث يقتضي المراهقين اكتفى الباحث بالحالات الأربع.

وفي نفس الشهر توجه الباحث إلى أماكن تواجدهم وكان ذلك في العطلة الأولى من الموسم الدراسي (2013، 2014)، حيث قام الباحث بزيارة الحالات في أماكن تواجدهم، من أجل التأكد من المعلومات، و التعرف على قدرة استجابة الحالات والتعرف على الوضع المعيشي لهم، وكذلك من أجل الموافقة فيما بعد على قبول تطبيق البرنامج العلاجي.

#### **تقديم مكان الدراسة الاستطلاعية:**

تتكون هذه العيادة المتعددة الخدمات مكتب التوجيه والاستقبال، وثلاث قاعات للفحص الطبي، ومخبر للتحاليل الكيميائية، وقاعة خاصة بجهاز الراديو "السكانير"، وقاعة متخصصة لطب الأسنان، وقاعة انتظار كبيرة للنساء وأخرى للرجال، وقاعتين للتمريض وتضميد الجرحى، وجناح خاص للولادة، وثلاث قاعات مخصصة لإقامة ومبيت المرضى.

كما يوجد بالعيادة مطبخ وحمام ومرحاض.

#### **الهدف من الدراسة الاستطلاعية:**

ضبط عينة البحث في الدراسة الأساسية.

معرفة مدى ملائمة الأدوات والاختبارات المعدودة للدراسة.

التعرف على صعوبات البحث من أجل الابتعاد عنها وأخذ الاحتياطات.

ولمعرفة احتياجات هذه الشريحة لتصميم برنامج ملائم يخدمهم.

تحديد الأوقات التي يمكن أن يلتقي فيها الباحث مع الحالات.

### الصعوبات الدراسة الاستطلاعية:

عدم وجود مكان مخصص يعالج فيه المعاقون حركياً.

بعد المسافات بين حالة وأخرى مما يصعب التنقل أليهم، مما كلف الباحث جهد كبير ووقت.

تحفظ بعض العائلات من قبول ابنهم اللجوء مع الباحث، وعدم الإدلال بالمعلومات التامة عن الحالة.

لا يوجد في المنطقة مكان مخصص لتأهيل المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة.

تحديد أوقات معينة في العيادة المتعددة الخدمات لإجراء الدراسة.

### نتائج الدراسة الاستطلاعية:

إجراء حوار مفتوح مع بعض الحالات المعاقة سواء في الدراسة أو في البيت.

زيارة بعض الحالات في المدرسة حتى يتعرف الباحث على الوضع الذي يعيشونه بين زملائهم وأقرانهم.

يتميزون بمشاعر متدنية، والشعور بالنقص، ولا يشاركون زملائهم في اللعب.

وقد تم توزيع مقياس صورة الذات على أربع حالات معاقة حركياً من أجل معرفة ما إذا كانت العبارات واضحة ومفهومة الصياغة.

خشية بعض الحالات من البوح ببعض المعلومات للباحث.

# الفصل الثامن

## دراسة الحالة

### 1) الحالة الأولى:

1-1) البيانات الأولية و السيمائية العامة للحالة.

2-1) الاختبارات النفسية قبل البرنامج

3-1) تفاصيل الجلسات العلاجية

4-1) الاختبارات النفسية بعد البرنامج:

5-1) مناقشة النتائج

6-1) ملخص الحالة الأولى

### 2) الحالة الثانية:

1-2) البيانات الأولية و السيمائية العامة للحالة.

2-2) مناقشة النتائج

3-2) ملخص الحالة الثانية

### 3) الحالة الثالثة:

1-3) البيانات الأولية و السيمائية العامة للحالة

2-3) مناقشة النتائج

3-3) ملخص الحالة الثالثة

### 4) الحالة الرابعة:

1-4) البيانات الأولية و السيمائية العامة للحالة.

2-4) مناقشة النتائج

3-4) ملخص الحالة الرابعة

نتائج القياس التتبعي.

## الفصل الثامن

### دراسة الحالة

**تمهيد:** بعد ما تطرقنا في الفصل السابق إلى المنهجية والأدوات المستخدمة في الدراسة، سيتم التطرق في هذا الفصل إلى تطبيق هذه الأدوات والتي تتمثل في الاختبارات النفسية: وهي اختبار القلق كحالة، واختبار القلق كسمة، واختبار صورة الذات، وذلك قبل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وبعده، وبالتالي سوف يتم عرض حالات الدراسة الأساسية التي تم عليها تطبيق البرنامج العلاجي.

### دراسة الحالة الأولى (ع ش)

**الحالة الأولى:** الحالة "ع ش" ذكر، من بلدية زاوية كنتة ولاية أدرار، يدرس بالثالثة متوسط، من أسرة متواضعة، مكونة من ثلاثة ذكور وبنت واحدة، الوالد يعمل حارسا بمتوسطة في قطاع التربية.

مكان إجراء الفحص: تم إجراء الفحص بالعيادة المتعددة الخدمات بزواوية كنتة التابع للقطاع الصحي بركان.

- أول لقاء مع الحالة: كان أول لقاء مع الحالة بعد ما تحصلنا على المعلومات من طرف مسؤول النشاطات الاجتماعية المكلف بالأمراض المزمنة والإعاقات بمختلف أنواعها، حيث تم تحديد اليوم الذي نلتقي فيه بالحالة. لقد كان اتصالنا به قرب البيت الذي يسكن فيه، يبدو أنه كان متحفظاً في البداية، لكن سرعان ما اندمج معي في الحوار.



## السيمائية العامة للحالة:

الهيئة العامة للحالة:

من حيث الشكل المرفولوجي: ، لـ"ع ش" قامة متوسطة، وهو نحيف الجسم، ولون بشرته سمراء.

أما من حيث الهدام: فيلبس (ع ش) ملابس قديمة.

الإيماءات: من خلال الملامح التي كانت تبدو عليه أثناء الحصص الحزن في بعض الأحيان، وكانت علامات الغضب تقدح في عينيه، ويشع وجهه توهجا واحمرارا.

الاتصال: كان الاتصال في البداية صعبا مع الحالة، وكأنه لم يكن يريد أن يتجاوب معنا، وهذا يلمس من كلامه "مانيش باغي هذا الشي" "وعلاش جيت لي، وخليت الناس الثانيين" ولكن بعد الإقناع بدأ يتجاوب، ويأتي إلى المواعيد المحددة في كل أسبوع.

النشاط العقلي واللغوي: كانت لغته واضحة نوعاً ما، يتكلم بالعامية، ولا يجد صعوبة في التعبير. وكلما يقلقه مشيته "الله غالب علي ما نقدرش نمشي بالزاف مع الناس".

النشاط الحركي: كان نشاطه الحركي، غير ثابت تماماً وغير مستقر، فهو يلتفت يمينا وشمالاً، أثناء المقابلة، وتراه يحرك رجليه، وتارة يفرقع أصابع يديه.

العلاقات الاجتماعية: تربطه علاقة اجتماعية إلى حد ما غير جيدة، كما أن علاقته بالذكور متوترة وليست على ما يرام "ما نحبش كثرة الفوضى" "العياط بالزاف يضيق البال" "خوي كي يكون حذايا يكثر علي الصداع".

## تطبيق الاختبارات القبلية:

### ( 1 ) سمة القلق

تعليمية الاختبار: فيما يلي من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة ( ) في الخانة المناسبة أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به عامة، وليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تستغرق وقتاً طويلاً في عبارة واحدة.

دائماً	غالباً	أحياناً	مطلقاً	البيان
		X		1- أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين.
	X			2- أتعب بسرعة
		X		3- أشعر بالميل إلى البكاء.
		X		4- أتمنى لو كنت سعيداً مثل ما يبدو الآخرون.
	X			5- أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ أي قرار بسرعة كافية.
		X		6- أشعر بالراحة.
			X	7- أنا هادئ الأعصاب.
	X			8- أشعر أن العقبات تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.
	X			9- أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك.
		X		10- أنا سعيد.
	X			11- أميل إلى تصعيد الأمور.
X				12- ينقصني الشعور بالثقة في النفس.
			X	13- أشعر بالأمان.
		X		14- أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.
X				15- أشعر بالغم.
		X		16- أشعر بالرضا.
	X			17- تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقتي.
X				18- تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أنني لا أستطيع إبعادها عن ذهني.
			X	19- أنا شخص مستقر.
	X			20- أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيراً باهتمامات وميولي الحالية.

## اختبار حالة القلق القبلي:

ضع علامة (+) في الخانة التي تشير إلى ما تشعر به في اللحظة الراهنة.

دوما	كثيرا	قليلا	مطلقا	الـ _____ ند
			X	1- أشعر بالهدوء.
		X		2- أشعر بالأمان بعيدا عن الخطر.
	X			3- أشعر بأن أعصابي مشدودة.
X				4- أشعر بالأسف.
		X		5- أشعر بالإرتياح.
	X			6- أشعر بعدم الإتزان.
	X			7- أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة.
	X			8- أشعر بالراحة.
	X			9- أشعر بالقلق.
		X		10- أشعر بالانشراح.
		X		11- أشعر بالثقة في النفس.
X				12- أشعر بالعصبية.
	X			13- أشعر بالهياج.
		X		14- أشعر بتوتر زائد.
	X			15- أشعر بالاسترخاء.
			X	16- أشعر بالرضي.
	X			17- أشعر بالكدر.
	X			18) أشعر أنني مستثار جدا لدرجة الغليان.
			X	19- أشعر بالسعادة العميقة.
		X		20- أشعر بأنني أدخل السعادة على الآخرين.

### (3) اختبار صورة الذات القبلي

تعليمة الاختبار: فيما يلي عدد من العبارات التي تشير إلى مدى تقبل الفرد لصورة ذاته من عدة جوانب والمطلوب منك أن تضع علامة (+) في الخانة التي تراها تنطبق عليك علماً أنها لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة.

نادرًا	أحياناً	دائماً	العبارة
	X		شكلي يعجبني.
		X	أشعر أن جسمي غير عادي.
		X	أعتقد أن مشيتي غير متناسقة.
	X		لدي مظهر مقبول.
		X	لا أقبل أي تشوه في جسمي.
	X		أشعر بأنني سليم الجسم.
	X		أنا متقبل لعيوب جسمي.
	X		لا أحب أن ينظر الناس إلي.
		X	أشعر أن جسمي لا يسمح لي بإنجاز ما أريد.
X			أنا راض عن صحتي.
		X	أحس بعيوب في جسمي.
	X		لون بشرتي لا يقلل من قيمتي.
	X		أود لو يتغير جسمي.
	X		يلومني الناس كثيراً.
	X		أرغب في رؤية الأصدقاء من حولي.
X			أحس بالاحترام من طرف الآخرين.
	X		يستمتع الناس بالجلوس معي.
	X		يهتم بي الآخرون.
	X		أشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه.
X			لدي مكانة مرموقة بين جيراني.
	X		زملائي يحبون مرافقتي.
X			المجتمع ينظر إلي بنظرة متدنية.

	X		أشعر بالراحة بالجلوس مع الآخرين.
	X		تهمني صداقة الآخرين.
X			أشعر بأنني منبوذ في مجتمعي.
		X	لا أتفق مع العادات التي أعيشها في وسطي.
	X		أنا متقبل لذاتي وراضي عن نفسي.
X			أغضب لأتفه الأسباب.
	X		لا أشعر بالارتياح.
	X		أنا هادئ في معظم الأحيان.
X			أقبل نقد الآخرين بدون انزعاج.
		X	أفقد السيطرة في المواقف الضاغطة.
	X		أنا واثق من نجاحي في دراستي.
		X	أشعر بانعدام الثقة في نفسي
			أحس بخيبة أمل في المستقبل
	X		أتمتع بصفات محمودة
	X		لدي مواقف ايجابية في حياتي
	X		لا أحس بلذة العيش في حياتي
	X		أنا واثق من قدراتي
X			أشعر أنني عبئ ثقيل على أسرتي
	X		أتفاهم مع اخواني
		X	لا أستطيع الخروج مع والدي
	X		يعاملني أفراد أسرتي بقسوة
	X		أتشاجر مع اخواني
	X		أفراد عائلتي يحبونني
X			أسرتي لا تقدر وضعي
	X		أحس بالطمأننة في البيت
	X		أسطيع المكوث في البيت
X			عندما أكون في البيت أشعر كأنني في سجن
X			أجد نفسي مهمش في أسرتي
	X		أرغب أن أعيش كل حياتي مع عائلتي
	X		لدي ما أفخر به بين اخواني وأخواتي

## تفاصيل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للحالة الأولى:

### الجلسة الأولى:

كان الهدف من الجلسة التعرف على المريض وجمع المعلومات الأولية، والتعرف على الوضعية التي يعيشها المريض.

بعد التحية والترحيب بدأت بالتعريف بنفسني من حيث اسمي الكامل وتخصصي والمنطقة التي أسكنها بالضبط ومهمتي في هذه الدراسة على المراهقين المعاقين

كما تم تقديم استمارة جمع البيانات الخاصة بالإعاقة لدى الحالة و كيف ومتى بدأت؟ والمتكونة من الاسم واللقب والمستوى الدراسي والحالة العائلية التي يعيش فيها، وعدد أفراد الأسرة وهل تلقى العلاج بخصوص الإعاقة الحركية أم لا، وما هي مشكلته في الإعاقة وهل يستعمل أدوات مساعدة أم لا، كالكرسي والعكازين وغيرها كالأطراف الاصطناعية.

كما تم في هذه الجلسة التعرف على البرنامج المقدم وما ينجر عنه من فائدة لصالح العميل سواء ومن الفوائد التي ذكرناه هي:

تشجيع الفرد في المواقف، والتخفيف من القلق وتقليل الضغوطات، تحرير الجسم من التقلصات، يمكن أن تتعرف على القلق وكيف تتجنبه، تغيير صورتك عن جسمك

كما تم التعرف على البرنامج العلاجي بأنه مجموعة من التقنيات يحتاج إليها الفرد في حياته لتبديل أفكاره وتغيير صورته عن ذاته ونفسه.

وتم التعرف على القلق على أنه حالة غير سارة، وهو حالة انفعالية تتميز بالخوف والإحساس بالتوتر والرجفة والضييق، ويأتي على عدة أشكال ومن علاماته الضيق في التنفس وسرعة نبضات القلب، الفراغ في المعدة، فقدان التركيز، برودة في الأطراف كثرة التجول، تغيرات في الصوت، انعدام الثقة في النفس.

وتم التعرف على صورة الذات على أنها تلك الصورة التي يصورها الفرد عن نفسه وعن جسمه تتأثر بالصورة الجسمية للفرد.

وكان الوقت المستغرق حوالي 50 خمسين دقيقة من الزمن.

كما تم الاتفاق على الجلسة المقبلة باليوم والتوقيت.

### الجلسة الثانية:

كان الهدف من الجلسة: تقديم الاختبارات النفسية، وإعطاء نبذة عن الاختبارات وتبين الغرض منها.

في هذه الجلسة تم تقديم الاختبارات النفسية و تم تبين وتوضيح ما الغرض من الاختبارات النفسية قبل وبعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ومنها:

- معرفة نسبة القلق لدى الفرد من خلال الإجابة على البنود.

- معرفة مدى تقبل الفرد لصورة ذاته من كل نواحي جسمية واجتماعية وأسرية

-المقارنة بين النتائج القبلية والبعديّة.

-معرفة نقاط الضعف والقوة لدى الفرد من حيث الاجابة على العبارات.

كما تكلمنا على الإعاقات الحركية وأثرها على المراهقين وكيف يتم تقبل الإعاقة والتقليل من أثرها عن عائق يعيق الفرد عن نشاط ما كما ذكرنا أثرها على أن قد تسبب الفشل إذا لم يقلل الفرد من تهويلها وذكرنا للتخلص من أثرها بالتغلب عليها والعمل على الانخراط في كل النشاطات كاللعب والمشي مع الزملاء والحركات الرياضية ولا بد من تقبل الفرد لصورة ذاته بالرضا عن نفسه وإعاقته الحركية.

وكان ذلك بأسلوب الحوار والمناقشة.

### الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة التعرف على القلق وأسبابه، وكيفية مراقبة الذات من القلق.

حيث حاولنا التعرف عن أسباب القلق ومنها: التعرض للحوادث غير السارة، واضطراب الجو الأسري والدراسي، التغيرات في الشخصية والتشوهات الجسمية وغيرها من الأمراض، والخوف من فقدان شيء ما.

أما فيما يخص المراقبة الذاتية طلبنا من العميل تحضير كراس صغير خاص يستعمله لتسجيل المواقف التي ينتابه فيها القلق في كل لحظة عبر سائر الأيام لتتم مناقشتها في الحصة المقبلة.

وفي آخر الحصة أبدأ في مراقبة ذاته بنفسه ويسجل كل المواقف التي يتعرض فيها لقلق لتتم مناقشتها في الحصة المقبلة.

واستغرقت هذه الجلسة حوالي خمسة وأربعون دقيقة.

### الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة مراجعة الواجب المنزلي، التعرف على صورة الذات، كيف تكون ايجابية وكيف تكون سلبية.

من حيث الملاحظات التي سجلها الحالة "ش ع" فيما يخص المراقبة الذاتية هي:

1) "الوقوف إلى السبورة" حيث قال إنه يشعر بارتجاف في قدميه وارتخاء في يديه

2) "الخوف من المشاركة" بين زملائه في القسم خشية الوقوع في الخطأ

شرحنا للحالة أن الخروج إلى السبورة لا يحتاج إلى قلق وأن الخطأ سبب التعلم وأن الإعاقة لن تنقص من قيمتك إطلاقاً، وكم من معاق حقق نجاحاً باهراً، كما طلبنا منه أن يغير من توقعاته لأنها سبب فشله وتخوفاته الشاذة.

وفي صورة الذات ذكرنا بعض الأسباب المشوهة ومنها:



عدم الثقة في النفس، الاعتراف بنقاط الضعف وعدم التغلب عليها، عدم الرضا بالشكل الجسمي للفرد، كثرة المقارنة بين الأفراد والزملاء وغيرها، وكما عرفنا الحالة لابد من تغيير التوقعات والمعتقدات، حب الذات وميول الفرد نحو ذاته بكل ايجابياتها وسلبياتها وغيرها من النقاط المهمة.

استغرقت هذه الحصة حوالي خمسين دقيقة.

**الجلسة الخامسة:** الهدف من الجلسة تعلم الاسترخاء في المناطق العلوية.

حيث تم في البداية التكلم عن الاسترخاء وما الفائدة العامة للفرد عموماً منه وبالخصوص في حالة القلق، حيث عرفنا بأنه مجموعة من التمرينات يقوم بها الفرد، يجعل الفر يسيطر على عضلاته بطريقة مضبوطة، ويساعد على إزالة المعاناة، ويضبط التوتر، وإنه وقاية للجسم وخاصة للأعضاء الأكثر قابلية للمرض، كما يساعد في مواجهة الضغوط.

كما تم تطبيق الاسترخاء على المناطق العلوية من الجسم على الأريكة في القاعة العلاجية التي خصصت لتطبيق البرنامج العلاجي، بداية على منطقة الرأس والوجه حيث أمرت الحالة إلى الاستلقاء على الأريكة على ظهره وأن يغمض عينيه ووضعت سند لرأسه، وطلبت منه أن يطبق ما يسمعه مني ( حاول أن تقلص عضلة وجهك ورقبتك وبعد سبع ثوان أطلب منه أن يرخي عضلات وجهه ورقبته سبع ثوان وكذا أعدنا نفس التمرين ثلاث محاولات).

ثم انتقلنا إلى الكتفين والذراعين، وفي الأخير طلبت من الحالة إعادة التمارين في المنزل كما تعلمها في القاعة وأكدت على أهميتها بالنسبة لحالته.

واستغرقت هذه الجلسة حوالي ساعة.

## الجلسة السادسة:

الهدف من الحصة مراجعة الواجب المنزلي وتعلم تقنية مراقبة الذات.

حيث تمت مراجعة الواجب المنزلي في بداية الجلسة وطلبت من العميل أن يعيد ما تعلمه في الجلسة الماضية في الأسبوع الماضي، حيث استلقى على ظهره على الأريكة وأغمض عينيه وطبق نفس التمارين التي تعلمها، ثم طلبت منه ما لإحساس شعر به أثناء تعلمه للاسترخاء فذكر: أنه يشعر بالراحة أكثر من السابق، وأكثر طلاقة في جسمه، وأكثر تحرراً في عضلاته.

وفي النصف الثاني من الجلسة كانت في تقنية المراقبة الذاتية وكيف يستطيع الفرد بنفسه استكشاف المواقف التي تسبب له القلق سواء كان في المنزل أو في المدرسة أو في السوق وغيرها، و تسجيل المواقف التي ينتاب فيها الفرد القلق بعد التعرف عليها من أجل مناقشتها في الجلسة المقبلة.

وكان الواجب المنزلي هو استعمال كراسة لتسجيل المواقف التي يقلق فيها الفرد.

## الجلسة السابعة:

الهدف من الجلسة مراجعة الواجب المنزلي، تعلم الاسترخاء على المناطق الوسطى. في بداية الحصة تمت مراجعة الواجب المنزلي في المراقبة الذاتية والذي كان عبارة عن تسجيل المواقف التي ينتاب فيها الفرد القلق من أجل معرفتها ومناقشتها حيث حدد العميل مجموعة من المواقف وكانت كالتالي:

القلق أثناء الخروج مع أصدقائه، الخوف من المرور قرب مجموعة من الناس تنظر إليه، وبينما له أن قلقه في هذه المواضع القلق ليس من الخروج مع الأصدقاء وإنما الشعور بالنقص مقارنة بهم، والقلق من نظرات الناس إليه أنه مجرد خجل بسبب تصوراتك نحوهم، ولست وحدك على هذه الحال.

وفي النصف الثاني من الجلسة تم تعلم الاسترخاء للمناطق الوسطى للجسم وكانت كالتالي " الصدر والبطن والحوض"، حيث طلبت من الحالة أن يستلقي على الأريكة وأن يرخي نفسه وينفذ ما يسمعه، " حاول أن تقلص صدرك وبطنك حوالي سبعة ثوان ثم أرخي نفسك لمدة 10 ثوان، حيث كررنا هذا التمرين مرتين، ثم طلبت من الحالة القيام بنفس التمرين على الحوض وأعيد التمرين بنفس الطريقة مرة أخرى ". وفي الأخير كلفنا العميل بالقيام بنفس التمارين التي تعلمها في الجلسة إلى غاية الجلسة المقبلة واستغرقت الجلسة حوالي خمسين دقيقة.

### الجلسة الثامنة:

الهدف من الجلسة: مراجعة الواجب المنزلي في استرخاء المناطق الوسطى، حيث طلبت من الحالة في بداية الجلسة القيام بنفس التمرين السابق في استرخاء الصدر والبطن والحوض. وبعدها تم الحديث عن المراقبة الذاتية وكيفية الاستفادة من مراقبة الفرد لذاته بحيث يستطيع الفرد أن يكتشف نقاط ضعفه وتقويتها بعد تسجيل المواقف، كما أشرنا في هذه الحصة للأعمال المنزلية والقيام بالأشغال وملئ الفراغ كيف يكون فعالاً وموجباً لطرد القلق ويقول شكشك " أننا لا نشعر بالقلق مطلقاً في الساعات التي نملؤها بالعمل، لكن عندما نتاح لنا استراحة حتى ولو كانت قليلة نرى جيش القلق قد هاجمنا واستولى علينا بالرغم منا مهما قاومناه" ( أنس شكشك، 2009: 69 ).

وفي الأخير كلفنا العميل بمجموعة من الأعمال وركزنا على المطالبة بمطالعة الكتب التحفيزية، وكتب التنمية البشرية لتجديد الطاقة وزيادة الأمل ومنها مايلي: كتاب " دع القلق لكارنيجي"، وكتاب ابراهيم الفقي " أسرار النجاح"

كان الوقت المستغرق حوالي ساعة كاملة.

## الجلسة التاسعة:

الهدف من الجلسة مراجعة الواجب المنزلي في مطالعة الكتب، تعلم الاسترخاء في المناطق السفلية من الجسم.

كان الجزء الأول من الجلسة لمناقشة الواجب المنزلي، وما الشعور الذي ينتابه في ملئ فراغه بالمطالعة؟ وقد أجاب بما يلي:

التعرف باللامحدودية لقدراته، تبدلت رؤيته حول نفسه، أصبح لا يشعر بالقلق أثناء أوقات الفراغ لأنها مليئة بالمطالعة.

أما الجزء الثاني فتم فيه تعلم الاسترخاء على المناطق السفلية وهي منطقة الساقين والقدمين بحيث طلب من المفحوص تطبيق الاسترخاء كما يراه من المعالج رغم المعاناة خاصة في منطقة الساقين نظراً للإلتواء الذي يصيب ساق الحالة، حيث طلبت منه الاستلقاء على ظهره ويحاول تقليص ساقيه لمدة سبع ثوان ثم يرخي لمد عشرة ثوان وكررنا التمرين ثلاث مرات، ثم أدنا التمرين على القدمين. وفي الأخير طلبنا من المفحوص أن يطبق في البيت ما تعلمه.

## الجلسة العاشرة:

مناقشة الواجب المنزلي في استرخاء المناطق السفلية، تعلم الاسترخاء العام في الجزء الأول من الحصة تمت متابعة الواجب المنزلي في الاسترخاء وطلب من العميل إعادة تطبيقها كما تعلمها معنا في السابق على الأريكة. والجزء الثاني ركزنا فيه على تعلم الاسترخاء العام بطريقة كلية، والاسترخاء العام أن يحاول تقليص الجسم كله مرة واحدة " قم بتقليص جسمك كله دون جزء معين، لمدة سبع ثوان ثم أرخي جسمك لمدة سبع ثوان لعدة مرات" وفي الأخير طلبنا من العميل مواصلة الاسترخاء العام في المنزل

استغرقت هذه الجلسة ساعة بالتقريب.

### الجلسة الحادية عشر:

الهدف من الجلسة مناقشة الواجب المنزلي في الاسترخاء العام للجسم.

في الجزء الأول من الحصة تم مراجعة الواجب المنزلي والذي كان في الاسترخاء العام ومواصلة الاسترخاء من أجل التدريب الأمثل للجسم على الاسترخاء.

في الجزء الثاني من الجلسة تم مواصلة تقنية المراقبة الذاتية، ومناقشة المواقف المسجلة في الحياة اليومية وكانت كالتالي:

شعر بضيق عند الذهاب إلى الدكان، ازدادت نبضات قلبه عند وقف عند الطبيب في آخر الجلسة تم القيام بالواجبات المنزلية والتي كانت عبارة عن الخروج إلى الدكان وتنظيم غرف البيت واللعب مع أبناء الجيران.

### الجلسة الثانية عشر:

الهدف من الجلسة: مراجعة الواجب المنزلي.

تم في البداية مناقشة الواجب المنزلي مثل تنظيم غرف البيت، والخروج مع الزملاء واللعب مع الأقران و أبناء الجيران " حيث عبر الحالة أثناء قيامه بهذه الأعمال خاصة تنظيم الغرف بسعادة، وأثناء اللعب مع الأقران شعر بقيمة أكثر واحترام.

كان النصف الثاني من الجلسة مواصلة الاسترخاء العام للجسم، وكان الواجب المنزلي المواصلة يومياً في الاسترخاء وتقديم الواجب المنزلي في مطالعة الكتب بعد مذكرنا أهميتها.

الجلسة الثالثة عشر: الهدف من البرنامج مراجعة الواجب المنزلي، تقديم الاختبارات النفسية، ذكر الفائدة من البرنامج العلاجي.

مراجعة الواجب المنزلي في تنظيم غرف المنزل والمطالعة.

أما في النصف الثاني من الجلسة فخصص إلى ذكر الفائدة التي استفادوا من هذا البرنامج العلاجي وكانت النقاط التي سجلها الحالات كما يلي:

التعلم كيف يتم التخلص من المواقف الضاغطة، القيام بالأعمال يطرد القلق، مطالعة الكتب وترتيب الغرف يشعر بالسعادة، المعاق حركياً له الحق في اللعب وأمور الحياة، اعتقاداتنا تنعكس على شخصياتنا وأعمالنا، الإعاقة لا تحد من مستوى الفرد.

وطلبنا منهم المواصلة في الاسترخاء والواجبات المنزلية لما لها من فائدة على جسم الفرد المعاق وصحته.

وفي الأخير تم توزيع الاختبارات النفسية بداية باختبار القلق ثم اختبار صورة الذات واستغرقت هذه الجلسة ساعة ونصف بالتقريب.

#### حالة القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

الـ	بند	مطلقا	قليلا	أحيانا	كثيرا
1-	أشعر بالهدوء		X		
2-	أشعر بالأمان بعيد عن الخطر				X
3-	أشعر بأن أعصابي مشدودة		X		
4-	أشعر بالأسف		X		
5-	أشعر بالإرتياح			X	
6-	أشعر بعدم الإتزان		X		
7-	أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة	X			
8-	أشعر بالراحة			X	
9-	أشعر بالقلق	X			
10-	أشعر بالانشراح				X
11-	أشعر بالثقة في النفس		X		

		X		12- أشعر بالعصبية
		X		13- أشعر لا بالهياج
			x	14- أشعر بتوتر زائد
	x			15- أشعر بالإسترخاء
	x			16- أشعر بالرضى
		X		17- أشعر بالكدر
		X		18- أشعر بانني مستثار جدا لدرجة الغليان
	x			19- أشعر بالسعادة العميقة
		X		20- أشعر بأنني أدخل السعادة على الآخرين

سمة القلق بعد البرنامج العلاجي:

البند	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
21- أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين			x	
22- أتعب بسرعة		x		
23- أشعر بالميل أشعر بالميل إلى البكاء		x		
24- أتمنى لو كنت سعيدا مثل ما يبدو الآخرون			x	
25- أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية		x		
26- أشعر بالراحة			x	
27- أنا هادئ الأعصاب			x	
28- أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة		x		

				أنني لأستطيع التغلب عليها
			X	29- أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لاستحق ذلك
X				30- أنا سعيد
		X		31- أميل إلى تصيد الأمور
		X		32- ينقضي الشعور بالثقة في النفس
	X			33- أشعر بالأمان
	X			34- أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات
			X	35- أشعر بالغم
	X			36- أشعر بالرضا
		X		37- تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني
			X	38- تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أنني لا أستطيع بعدها عن ذهني
		X		39- أنا شخص مستقر
		X		40- أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا باهتمامات وميولي الحالية



إختبار صورة الذات بعد البرنامج:

العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً
شكلي يعجبني		X	
أشعر أن جسمي غير عادي		X	
أعتقد أن مشيتي غير متناسقة		X	
لدي مظهر مقبول	X		
لا أقبل أي تشوه في جسمي		X	
أشعر بأنني سليم الجسم		X	
أنا متقبل لعيوب جسمي		X	
لا أحب أن تنظر الناس إلي		X	
أشعر أن جسمي لا يسمح لي بإنجاز ما أريد			X
أنا راض عن صحتي		X	
أحس بعيوب في جسمي		X	
لون بشرتي لا يقلل من قيمتي		X	
أود لو يتغير جسمي			X
يلومني الناس كثيراً			X
أرغب في رؤية الأصدقاء من حولي	X		
أحس بالاحترام من طرف الآخرين		X	
يستمتع الناس بالجلوس معي		X	
يهتم بي الآخرون	X		
أشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه		X	
لدي مكانة مرموقة بين جيراني		X	
زملائي يحبون مرافقتي		X	
المجتمع ينظر إلي بنظرة متدنية			X
أشعر بالراحة بالجلوس مع الآخرين		X	
تهمني صداقة الآخرين		X	
أشعر بأنني منبوذ في مجتمعي			X
لا أنفق مع العادات التي أعيشها في وسطي		X	
أنا متقبل لذاتي وراضي عن نفسي	X		
أغضب لأتفه الأسباب			X
لا أشعر بالارتياح		X	
أنا هادئ في معظم الأحيان		X	
أتقبل نقد الآخرين بدون انزعاج		X	
أفقد السيطرة في المواقف الضاغطة		X	
أنا واثق من نجاحي في دراستي		X	

	X		أشعر بانعدام الثقة في نفسي
	X		أحس بخيبة أمل في المستقبل
	X		أتمتع بصفات محمودة
	X		لدي مواقف ايجابية في حياتي
	X		لا أحس بلذة العيش في حياتي
	X		أنا واثق من قدراتي
	X		أشعر أنني عبئ ثقيل على أسرتي
	X		أتفاهم مع اخواني
	X		لا أستطيع الخروج مع والدي
X			يعاملني أفراد أسرتي بقسوة
X			أتشاجر مع اخواني
	X		أفراد عائلتي يحبونني
	X		أسرتي لا تقدر وضعي
		X	أحس بالطمئنة في البيت
		X	أستطيع المكوث في البيت
	X		عندما أكون في البيت أشعر كأنني في سجن
	X		أجد نفسي مهمش في أسرتي
	X		أرغب أن أعيش كل حياتي مع عائلتي
	X		لدي ما أفخر به بين اخواني وأخواتي

### مناقشة نتائج الحالة الأولى:

عرض ومناقشة اختبار حالة القلق: حصلت الحالة (ع ش) في اختبار حالة القلق على درجة 60 وهي تقع في المجال (41 - 60) ودرجات هذا المجال تعني القلق الحاد، ومما يدل على أن الحالة تعاني من قلق حاد، وهذا ما لمسناه أثناء الحصة، تراه مرة ينظر إلى ساعته وينظر هنا وهناك، وهذه النتيجة كانت قبل البرنامج العلاجي، والنتيجة التي تحصل عليها في نفس الاختبار بعد البرنامج هي 39 والتي تنحصر في المجال (21 - 40) والتي تشير إلى القلق الخفيف وهذا ما يعني أن الحالة انخفض معدل القلق لديها وأصبح قلقلًا خفيفًا "اليوم راني مرتاح".

عرض ومناقشة اختبار سمة القلق: في اختبار سمة القلق تحصلت الحالة على درجة 62 وهذه الدرجة تقع في المجال (61-80) وهذا المجال يشير إلى القلق الشديد مما

يعني أن الحالة تعاني من قلق شديد حسب المعطيات، وهي درجة خطيرة جداً، ولكن بعد تطبيق البرنامج؛ تحصلت الحالة على الدرجة 37 وهي تنحصر في المجال (21-40) والتي تشير إلى القلق الخفيف مما يعني أن الحالة أصبح لديها قلقاً خفيفاً.

**عرض ومناقشة اختبار صورة الذات:** بالنسبة لاختبار صورة الذات تحصلت الحالة على درجة 84 وهذه الدرجة منخفضة نوعاً ما مما يدل على أن صورة الذات للحالة غير متقبلة بشكل جيد، كما يقول فارس بأن مفهوم الذات يتبلور لدى المراهق تبعاً للنمو الجسمي وتبعاً للصورة الذهنية التي يكونها عن حالته الجسمية فالعيوب الجسمية أو الحسية الواضحة تجعل المراهق أكثر حساسية لها وقد تجعله يشعر بالنقص والعزلة، (خالد فارس، 2004: 26)، وهذه النتيجة كانت قبل البرنامج، وتحصلت الحالة بعد البرنامج على النتيجة 117 وهذه النتيجة عالية، مما يدل على أن الحالة ذات مستوى مقبول في تقبل صورة الذات.

### مستخلص للحالة الأولى (ع ش):

بعد ما فصلنا الحالة الأولى تتضح لنا بعض الملاحظات في التغيير الايجابي وهذا يتضح في المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي ولعل إجابة الحالة على الفقرات توضح الفرق، في البعد الجسمي مثلاً "أشعر بأن جسمي غير عادي، دائماً" لا أقبل إي تشوه في جسمي، دائماً " هذا قبل البرنامج، وبعد البرنامج أصبح "شكله يعجبه دائماً"، "لا أقبل أي تشوه في جسمي نادراً" بعد ما كانت دائماً، وهكذا التغيير في كل الأبعاد كما تبينه الاختبارات النفسية للحالة الأولى.

وما يمكن استخلاصه للحالة الأولى (ع ش) أنه أصبح أكثر تقبلاً وأكثر رضاً عن صورة ذاته وشكله الجسمي وأكثر حرية مما كان عليه بفضل البرنامج الذي كان له فرصة لتعلم الكثير من الأمور كالاسترخاء والمطالعة في الكتب وما لها من فائدة، والخروجه من الإنعزال والدونية التي كان يشعر بها بسبب نقصه وإعاقته.

## دراسة الحالة الثانية

(م س) ذكر عمره 16 سنة من بلدية زاوية كنتة، ولاية أدرار، يدرس بالسنة الرابعة متوسط، يعيش في أسرة تتكون من "9" أفراد أربعة من الذكور وخمسة من الإناث، يحتل المرتبة الخامسة في ترتيبه العائلي، والده لا يعمل أي عمل يتقاضى عليه أجرا. **أول لقاء مع الحالة:** كان أول لقاء مع موسى في المتوسطة، عندما خرج زملاؤه الى الإستراحة وكان بتوجيه من عامل في المتوسطة، ومنذ البداية لم يتقبل إجراء الحوار، وكانت صعوبة كبيرة في إقناعه، وذلك بعد ما أكدنا له أنها دراسة في صالحكم، ولست أنت الوحيد الذي قصدناك ولكن هناك مجموعة ممن هم على شاكلتك.

### السيمائية العامة للحالة:

### الهيئة العامة للحالة:

**الشكل المورفولوجي:** من حيث اللباس كان لباسه في معظم الاحيان قديم ولا يهتم بالمظهر الخارجي، بل ومعظم الأحيان كان يأتينا بنفس اللباس، من حيث اللون كان أسمر، وضعيف من حيث البنية الجسمية، ولكن قامته نوعا ما طويلة مقارنة بأقرانه. **الإيماءات:** من خلال الملامح التي كانت تظهر على الحالة (م س) تبدو ملامح القلق، وبعض الأحيان يكون احمرار في الوجه، مما يدل على الغضب، وبعض الأحيان يضطرب في كلامه، وكانت تلتمس في الإيماءات التي تظهر عليه اليأس والحزن.

**الاتصال:** اتصالنا مع الحالة كان صعب في البداية حيث رفض إجراء المقابلة وتقبل البرنامج العلاجي، ولكن ساعدنا على إقناعه العامل الذي كان يتقرب منه في رعايته والذي دلنا عليه، ولكن بعد الاقناع أصبح الاتصال متاح بشكل أفضل مما كان عليه.

### النشاط العقلي:

**اللغة:** من حيث اللغة كانت على العموم مفهومة، وواضحة لدى السامع وكان يتكلم بالعامية على سبيل المثال " هاد الطريقة شوي صعبة".

**النشاط الحركي:** كان ذو نشاط حركي غير ثابت، وكثرة الخروج والدخول، ولا ينضبط في وضعية واحدة ، وينظر في كل الاتجاهات.

**العلاقات الإجتماعية:** لم تكن له علاقات اجتماعية حسنة مع أفراد مجتمعه بحيث لا يرضى أن يتكلم مع كل أفراد المحيط، كان في عزلة اجتماعية، و لا يلعب مع أقرانه. أما مع إخوانه لا يتفاهم معهم كثيراً، ويرى انه لا يقام له وزن كبير في عائلته. وبعض الأحيان يخشون التحدث معه لصعوبته.

### **مناقشة الحالة الثانية:**

**عرض ومناقشة اختبار حالة القلق:** ( م س)، تحصلت هذه الحالة في اختبار قياس حالة القلق قبل البرنامج على درجة 69 والتي تندرج في مجال القلق الشديد، وهذا يعني أن الحالة تعاني من قلق شديد وهذا ما دلت عليه الحالة التي كان فيها، حيث كان يلتفت هنا وهناك ومرة ينشغل في محفظته، ولكن في الاختبار البعدي تحصلت الحالة على درجة 35 وهذا مستوى منخفض في مستويات القلق مما يدل على انخفاض مستوى القلق لديها.

**عرض ومناقشة اختبار سمة القلق:** تحصلت الحالة (م س)، في القياس القبلي لاختبار سمة القلق على درجة 67 وهذه الدرجة تندرج في المجال (61- 80) وهذا المجال يدل على القلق الشديد وهذا ما يفسر أن الحالة في خطر وتعاني من قلق شديد، وذا كان واضح من خلا التصرفات مع العائلة والزملاء ومن العبارات التي صدرت على لسان الحالة " كل واحد يقول لي مقلق بزاف" "واصح انا نتقلق ونعيط بزاف"، وهذه النتيجة تدل على القلق 36 والنتيجة التي تحصل عليها في القياس البعدي هي الخفيف، مما يدل على أن الحالة انخفض مستوى القلق لديها في الحالة العامة.

**عرض ومناقشة اختبار صورة الذات:** في هذا الاختبار تحصلت الحالة على الدرجة 70 وهذا قبل البرنامج العلاجي، وهذه الدرجة منخفضة جداً وهذا ما كانت تدل عليه نتائج الاستمارة، وهذا ما يشير أن الحالة (م س) غير متقبلة لذاته، وغير راضية عن

نفسها، وبعد العلاج المعرفي السلوكي، ارتفع معدل صورة الذات إلى درجة 111 وهي درجة متوسطة، مما يدل على ارتفاع نسبياً في مستوى تقبل صورة الذات للحالة، ومن العبارات التي وردت على لسانه " من نهار بديت معاك أني نمشي ونتحسن " .

**ملخص البرنامج للحالة الثانية:** الحالة (م س) يبلغ من العمر 16 سنة وجلسة التعارف كانت في البيت وكان البرنامج مطابقاً للحالة الأولى والتغير يبقى فقط في معالجة جدول المراقبة الذاتية لأن كل حالة وخصوصياتها وكل حصص البرنامج كانت نفسها حيث كانت الجلسة الأخير تطبيق القياسات البعدية، من حيث البرنامج كان في نفس اليوم الذي كان يأتي فيه الحالة الأولى وكانت معظم الحيات حصة في الأسبوع وبعض المرات جلسيتين في الأسبوع من بين النقاط المسجلة في المراقبة الذاتية هي: عند الاشتباك مع إخوانه كان يقلق ويتلفظ بكلام غير لائق، لا يتمالك في أعصابه ، كما يشعر بتصبب العرق عندما يقال له قف من مكانك أمام زملائه إلى السبورة.

وما يمكن استخلاصه للحالة الثانية (م س) هو استفادته من البرنامج العلاجي بشكل كبير، وكان يتجاوب معنا بكل رضا خاصة في الجلسات الأخيرة مما يدل على التأثير الإيجابي على الحالة، والخروج من الدونية والشعور بالنقص، كما تعلم كيف يتعامل مع القلق، وكيف يملأ فراغه، كما تعلم الاسترخاء العضلي للتخلص من التشدد، وكيف يراقب ذاته، والتخلص من الأفكار السلبية.

ومن حيث إجابة الحالة في الاختبارات لاحظنا تغيرات في كل الأبعاد لصورة الذات حيث بدأ يميل لتقبل صورة ذاته أكثر، أصبح أقل قلقاً مما كان عليه، وبعض إجابته في اختبار القلق تدل على ذلك: " أشعر بالأسف، قليلاً " ، " أشعر بالرضا، كثيراً جداً " ، " أشعر بالراحة، كثيراً جداً " " أشعر بالقلق، قليلاً " .

## الحالة الثالثة

**الحالة الثالثة:** " س ف " عمره 19 سنة يدرس بالثانية ثانوي، يعاني من إعاقة حركية في قدميه مشكلته الرئيسية لا يستطيع الوقوف على رجليه إلا بالاستناد على العكازين، لا يعاني إي فرد من عائلته بإعاقة مماثلة، يسمع ويرى بشكل عادي، لا يمارس والده أية حرفة يتقاضى عليها أجر يعيش بين أربعة بنات وذكورين وأمه متوفية.

مكان إجراء البرنامج العلاجي كان في العيادة، وفي البت يقوم بالواجبات المنزلية.

كان أول لقاء مع الحالة في البيت في الغرفة التي كان يستقبل فيها أصدقائه في المراجعة، وكان بتوجيه من طرف مسؤول النشاطات الاجتماعية المكلف الأمراض المزمنة والإعاقات بأنواعها، واستقبلنا بسرور وبدون عناء.

### السيمائية العامة للحالة:

**الهيئة العامة للحالة:** من حيث الشكل كان يبدو في حالة من الضعف ظاهرة على جسمه، وكان قصير نوعاً ما، يميل إلى اللون الأسمر، ومن حيث الهندام كانت ملابسه قديمة وبالية، بل كان في معظم الأحيان بنفس اللباس.

**الايماءات:** كان من خلال الملامح التي كان يظهر عليها حزينه رغم أنه بشوش في كلامه، ولم يكن يغضب بسرعة.

**الاتصال:** لم يكن الاتصال صعب مع الحالة، بمجرد ما قدمنا إلى المنزل الذي كان يقطن فيه، أستقبلنا دون عناء، حيث قبل المشاركة في البرنامج دون حرج أو خوف " واه قابل تطبيق علي برنامجك العلاجي " ولم نجد صعوبة في إقناعه.

### النشاط العقلي:

اللغة: كانت لغة الحالة واضحة، حيث كان يتكلم بالعامية باللسان المعمول به، وله سلاسة في التعبير "هاد الطريقة مليحة"، ولم نجد صعوبة في فهمها.

أما من حيث النشاط الحركي كان يتميز بالثبات ولا يتحرك كثيراً، وحتى من حيث نظراته كانت ثابتة، ولا يتحرك بعشوائية.

**العلاقات الاجتماعية:** كانت لدى هذه الحالة علاقات اجتماعية مع الزملاء والأقران حسنة حيث كان يلعب ويتكلم ويمزح معهم بشكل عادي، وكان بين إخوانه بعلاقة تمزجها المحبة والاحترام، وحتى والده كان يتعامل معه بشكل حسن، " الوليد دائماً يسول علي".

#### مناقشة الحالة الثالثة:

**عرض ومناقشة اختبار حالة القلق:** تحصلت الحالة "س ف" في القياس القبلي لقياس حالة القلق على الدرجة 59 والتي تقع في المجال (41- 60) والتي تشير إلى قلق حاد مما يدل على أن الحالة تعاني من قلق حاد وهذا ما لمسناه من خلال تعامله وملامح وجهه، التي كانت تبدو شاحبة في ذلك اليوم، والدرجة التي تحصل عليها في القياس البعدي هي 30 وهي درجة تدل على القلق الخفيف والتي تنحصر في المجال (21- 40) مما يدل على انخفاض واضح بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

**عرض ومناقشة اختبار سمة القلق:** تحصلت الحالة (س ف) في القياس القبلي في الاختبار على الدرجة 57 وهذه الدرجة وهذه الدرجة تندرج في القلق الشديد وهذا ما يعني أن الحالة تعاني من قلق شديد، ولكن مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في القياس البعدي وهي 33 دلالة على انخفاض واضح في مستوى درجات القلق مما يشير تحسن الحالة من ناحية الظروف.

**عرض ومناقشة اختبار صورة الذات:** أما في اختبار صورة الذات فقد تحصلت الحالة في القياس القبلي على درجة 83 وهذه الدرجة منخفضة وتدل على أن الحالة غير متقبل لصورة ذاته بشكل جيد وهذا ما تدل عليه إجابته في المقياس، ونلاحظ أن



الدرجة التي تحصل عليها من خلال إجابته في القياس البعدي للاختبار هي 128 وهذه الدرجة تعتبر عالية وفوق المتوسط مما يدل على أن الحالة بدأت تتقبل صورة ذاتها بشكل أحسن مما كانت عليه.

**ملخص البرنامج للحالة الثالثة:** (س ف) يدرس في السنة الثانية ثانوي، مشكلته الرئيسية إعاقته السفلية التي تمنعه من الوقوف دون عكازين، كانت الجلسات الأولى في نهاية شهر مارس، والبرنامج المتبقي خلال شهر أبريل وماي حتى إلى النصف من شهر ماي كانت الجلسات منفردة ماعدا الجلسة الأخيرة كانت جماعية، كانت معظم الجلسات مع الحالة (س ف) صباحا وطبق البرنامج تماماً مع كل الحالات ماعدا النقاط الخاصة بكل حالة والتي تتعلق بالمراقبة الذاتية من بين الملاحظات التي سجلها الحالة (س ف) هي: يشعر بالقلق عندما يمشي بالعكازين أمام الغرباء، يشعر بالقلق عندما يركب في الحافلات العمومية، كما كان يشعر بالقلق بين أصدقائه في حصص الرياضة لان الناس تلتفت إليه على أنه ناقص.

وما نخلص إليه أن الحالة (س ف) بفضل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، تغيرت من كل الأبعاد حيث أصبح يتعامل مع أسرته في البيت بشكل عادي ولا يجد صعوبة، في العمل في لبيت كتنظيم غرفته بنفسه، كما تغيرت نظرتة لنفسه وصورته الجسمية كما أصبح يرى نفسه كغيره ولا فرق بينه وبين غيره، وهذا بفضل البرنامج العلاجي، وأصبح أقل تضايقاً من إعاقته الحركية.

## دراسة الحالة الرابعة

**الحالة الرابعة:** عبد الصبور عمره 16 سنة يدرس بالأولى ثانوي، يعاني من إعاقة حركية في المفاصل السفلى مشكلته الرئيسية مشكلته الرئيسية إحدى رجليه قصيرة والتواء في الأخرى، يسمع ويرى بشكل عادي، يعاني جده من إعاقة مماثلة حيث كانت إحدى رجليه قصيرة، يشتغل والده بناء يعيش بين "3" ذكور وفتاة أقل منه سناً، وأمه مأكثة في البيت.

مكان إجراء البرنامج: كانت الحصص العلاجية في العيادة، والواجبات المنزلية والقيام بالأعمال مابين المدرسة والبيت

**أول لقاء مع الحالة:** كان أول لقاء مع الحالة بتوجيه من السيد (س) المكلف بالنشاطات الاجتماعية والأمراض المزمنة والإعاقات بمختلف أنواعها، حيث دلنا على اسمه وأين يسكن واسم والده وعمره، وانتقانا إلى القرية التي كان يقطنها رحب بنا والده، وجاء عبد الصبور بعكازيه وبعد الحوار والمناقشة حددنا له موعد اللقاء سواء في البيت أو في العيادة، حسب أوقات الفراغ.

### السيمائية العامة للحالة:

**الهيئة العامة للحالة:** من حيث الشكل يبدو عبد الصبور سمين من نوعاً ما ويمتلك قامة متوسطة بالنسبة لعمره لونه بين البيض والأسمر.

أما من حيث الهندام كان يلبس ألبسة نظيفة وأنيقة، يبدو من خلال حالته مهتم بالمظهر، ومهتم بشعره.

**الإيماءات:** إيماءات عبد الصبور كانت تدل على القلق حيث كانت تبدو عليه علامة الغبن على وجهه وكان بعض الأحيان يحمر وجهه خاصة إذا كان يتحدث أمام مجمع من الناس، ويتعرق في بعض الأحيان مما يدل على القلق.

**الاتصال:** التواصل مع عبد الصبور لم يكن سهلاً جداً، لأنه في البداية لم يتقبل المشروع والانخراط في البرنامج العلاجي، إلا بعد تدخل والده، ولم يكن يتحدث كثيراً "أني مليح غير خلوني كما راني".

### **النشاط العقلي:**

**اللغة:** لم تكن لغته مفهومة تماماً، وذلك لأنه كان يتلعثم في بعض الحروف، ولكن الكلمات كانت عامية ومتداولة، كما كانت لغته متداخلة في الكلمات لا يتكلم في تأني. **النشاط الحركي:** لم يكن نشيط في حركاته، ويميل إلى الحفاظ على بعض الوضعيات وحتى نظراته كانت نوعاً ما مستقرة.

**العلاقات الاجتماعية:** من حيث العلاقات الاجتماعية لم يكن يمتلك علاقات جيدة مع الأقران حيث كان يميل إلى عزلة اجتماعية ولا يخرج معهم ولا يوافقهم في الرأي، وحتى مع إخوانه كان يتشاجر كثيراً وكان سريع الغضب "دائماً الفوضى فالدار".

### **مناقشة الحالة الرابعة:**

**عرض ومناقشة اختبار حالة القلق:** الحالة (ع ص) تحصلت في القياس القبلي في اختبار القلق على 64 وهذه الدرجة تنحصر في المجال (61-80) وهي تشير على وجود قلق شديد وهذا ما يدل على أن الحالة تعاني من قلق شديد وهذا ما كان يبدو أثناء إجراء الاختبار علامة القلق واحمرار في الوجه، والدرجة التي تحصل عليها في القياس البعدي هي 38 وهي درجة تدل على قلق خفيف لا يؤثر سلباً على صاحبه، وهذا يدل على أن الحالة اخفض مستوى القلق لديها وهذا ما دلت عليه ملامحه حيث استقبلنا من بعيد بابتسامة على وجهه.

**عرض ومناقشة اختبار سمة القلق:** في اختبار سمة القلق تحصلت الحالة في القياس البعدي على الدرجة 65 والتي تدرج في مجال القياس الشديد، وهذا ما يدل على أن الحالة تعاني من قلق شديد وكان واضح منذ البداية وكنا إذا أطلنا معه في الحصة تتبدل نظراته ومرة يقف ينظر من النافذة، والدرجة التي تحصل عليها في القياس البعدي

هي 40 وهذه الدرجة تشير إلى قلق خفيف مما يدل أن الحالة انخفض مستواها في القلق كسمة.

**عرض ومناقشة اختبار صورة الذات:** في القياس القبلي تحصلت الحالة على الدرجة 79 وهي درجة منخفضة أقل من المتوسط، مما يدل أن الحالة لديه مشكل في صورة ذاتها وغير متقبلة لذاتها وغير راضية عن نفسها في مختلف المجالات كما بينت الاستمارة، والدرجة التي تحصل عليها في القياس البعدي هي 122 وهي درجة عالية مما يدل أن الحالة ازدادت في تقبل صورة ذاتها ورضاها عن نفسها، وكان واضح بعض التغيرات على الحالة حتى في اللباس والهندام.

**ملخص البرنامج للحالة الرابعة:** الحالة الرابعة خضع أيضا لنفس البرنامج العلاجي، مشكلته الرئيسية التي يعاني منها، هي إحدى رحلة قصيرة وبعض الإلتواء، تقريباً كان يأتي في نفس اليوم مع الحالة الثالثة، كان مواظباً في كل الجلسات وفي أداء الواجب المنزلي، ومن بين الملاحظات التي سجلها في كراسة المراقبة الذاتية هي شعوره بالقلق أيام الامتحان، يقلق من سماع الضجيج ، يقلق من أبسط الأمور عند المزاح خاصة التي تمس شخصيته.

كما نخلص أن الحالة الرابعة تفاعلت مع البرنامج العلاجي، الذي كان فرصة لاكتشاف نقاط الضعف وكيف يقويها، كما أصبح أكثر تقبلاً لذاته وأقل قلقاً مما كان عليه وهذا ما وضحته نتائج الاختبارات البعدية مقارنة بالقبليّة، كما أصبح أقل انعزلاً بحيث أصبح يستطيع الخروج والمشي أمام غيره دون حرج كما أصبح يستطيع اللعب مع زملائه، كما أصبح يستطيع التحكم في المواقف الحياتية، تعلم طرق جديدة للراحة بفضل الاسترخاء لعضلات الجسم، يستطيع مشاركة العائلة في البيت بفضل الواجبات المنزلية.

## نتائج القياس التبعي للحالات الأربعة

بعد شهر ونصف تقريباً من نهاية البرنامج العلاجي قام الطالب بقياس تتبعي لاختبار صورة الذات واختبار القلق كحالة وكسمة، للتأكد من استقرار النتائج ومدى نجاح البرنامج العلاجي وهذا بعد تأكيد من اليوم الأخير في الحصص أن التقنيات المتعلمة مهمة لمدى الحياة ويجب استعمالها والمداومة عليها وكانت النتائج كما يلي:

**الحالة الأولى:** تحصلت هذه الحالة (ع ش) في اختبار القلق كحالة على 42، و 38 في اختبار القلق كسمة، كما تحصلت على 110 في اختبار صورة الذات.

**الحالة الثانية:** تحصلت الحالة (م س) على الدرجة 40 في اختبار القلق ، و 37 في اختبار القلق كسمة، كما تحصلت هذه الحالة على 105 في اختبار صورة الذات.

**الحالة الثالثة:** هذه الحالة (س ف) تحصلت على الدرجة 35 في اختبار القلق كحالة، والدرجة 34 في اختبار القلق كسمة، كما تحصلت على 122 في اختبار صورة الذات.

**الحالة الرابعة:** تحصلت الحالة (ع ص) في اختبار القلق كحالة على الدرجة 39، والدرجة 42 في اختبار القلق كسمة، كما تحصلت الحالة (ع ص) 115 في اختبار صورة الذات.

**خلاصة:** يتضح من خلال نتائج الاختبارات قبل وبعد البرنامج والحصص التطبيقية، انخفاضاً واضحاً في مستويات القلق لجميع الحالات المدروسة، كما هو الحال بالنسبة لاختبار صورة الذات، حيث ارتفعت نتائج الاختبار البعدية لصالح الحالات مما يدل على أن العلاج كان مجدي في الحالات المدروسة، وقد كانت نتائج القياس التبعي متقاربة نوعاً ما لنتائج القياس البعدي وهذا ما يدل على نجاح البرنامج العلاجي كما يدل على أن الحالات واصلت في تطبيق البرنامج العلاجي.

## الفصل التاسع

### مناقشة الفرضيات والنتائج

- 1) مناقشة فرضيات البحث.
- 2) مناقشة الفرضية الأولى.
- 3) مناقشة الفرضية الثانية.
- 4) استنتاج.
- 5) الخاتمة
- 6) التوصيات والمقترحات.

## الفصل التاسع

### عرض و مناقشة النتائج

من خلال البحث التالي " فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً" حيث قام الطالب الباحث بمعالجة هذا الموضوع من خلال، جانب نظري من خلاله تم جمع المعطيات في كل متغير من متغيرات البحث والدراسات السابقة المشابهة للدراسة الحالية، وجانب تطبيقي تمكن فيه الباحث من دراسة "4" أربع حالات معاقين حركياً من فئة المراهقة، أعمارهم متقاربة، وكان العلاج عن طريق برنامج علاجي معرفي سلوكي حيث تم تطبيقه في مجموعة من الجلسات، واستعمل الباحث أدوات القياس، وهي اختبار حالة القلق كحالة وكسمة ومقياس صورة الذات، وتم القياس قبل وبعد البرنامج، وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها ستم مناقشة فرضيات البحث.

**1: مناقشة الفرضية الأولى:** للعلاج السلوكي المعرفي أثر في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام ما يلي: حيث قام الباحث بالقياس القبلي أي قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد البرنامج المطبق أعاد الباحث القياس البعدي، وكانت النتائج كما يلي:

اختبار صورة الذات:

الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	
84	70	83	79	قياس قبلي
117	111	128	122	قياس بعدي



التتبعي	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4
صورة الذات	110	105	122	115

وباستعراض نتائج القياس القبلي والبعدي تبين لنا وجود فروق مختلفة في نتائج الاختبار لصالح النتائج البعدية، وكان ذلك في كل الحالات، وهذا ما يشير أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: أن له أثر في تغيير النتائج المتحصل عليها في الاختبار بعد تطبيق البرنامج، وهذا ما يوضح تحقيق الفرضية الأولى والتي تشير إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً، حيث ارتفعت كل النتائج لصالح المعاقين حركياً في الاختبار وهذا ما يؤكد أنهم أصبحوا أكثر تقبلاً لذواتهم، حيث تحققت الفرضية الأولى في كل الحالات المدروسة، وهذا ما يتفق مع الدراسة التي قام بها حسين فايد 1987 بالرياض بالسعودية، وأوضحت أن درجة الأمن و الطمأنينة النفسية تزداد عند الأفراد كلما كانت المفاهيم عن الذات أكثر إيجابية وتزداد مشاعر الخطر والتهديد والقلق عند الأفراد الذين يعانون من مفاهيم سلبية عن ذواتهم. (امزيان زبيدة، 2007: 12).

كما أن هذا التغيير الواضح دليل على أن البرنامج العلاجي فعال وله أثر في هذه النتائج الايجابية، وخاصة أن البرنامج كان فرصة للحالات التي تطبق عليها البرنامج وهم فئة المعاقين حركياً، حيث كانت لهم فرصة للقيام بأعمال وهذا كواجبات منزلية والعلاج بالعمل والواجبات المنزلية، ينفس عن الفرد ويمكن أن يغير من صورته بحيث يصبح يرى نفسه مثل الآخرين، كما أن العلاج بالاسترخاء له فوائد كبيرة، وأيضاً مراقبة الذات التي يتمكن من خلالها المعاق من تغيير نظرتة لنفسه، ويقول ابراهيم عبد الستار "أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة في النفس"

ويقول شكشك " أننا لا نشعر بالقلق مطلقاً في الساعات التي نملؤها بالعمل، لكن عندما نتاح لنا استراحة حتى ولو كانت قليلة نرى جيش القلق قد هاجمنا واستولى علينا بالرغم منا مهما قاومناه" ( أنس شكشك، 2009: 69 ).

والإعاقة الحركية بلا شك حدث مؤلم تحد من قدرة المعاق على ممارسة حياته الطبيعية فتشعره بالنقص والدونية عن غيره من الأسوياء، وقد تتكون صورة سلبية عن ذاته فتكون له صورة سلبية عن ذاته، وخاصة الطلبة والتلاميذ في الأوساط المدرسية. وبالخصوص في مرحلة المراهقة حيث هي الفترة التي ينتبه فيها المراهق لصورته الجسمية وشكله.

## 2: مناقشة الفرضية الثانية:

للتحقق من هذه الفرضية والتي تشير إن لهذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أثر في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً، استخدم الباحث اختبار القلق لسبليجر بفرعيه قلق كحالة وقلق كسمة حيث قام الباحث بالقياس القبلي قبل أن يقوم بتطبيق البرنامج العلاجي على كل حالة، ثم قام بتطبيق الاختبار وذلك بعد نهاية البرنامج العلاجي وكانت نتائج الاختبار القبلي والبعدى في الاختبارين كما يلي:

اختبار حالة القلق:

الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	
60	69	59	64	قياس قبلي
39	35	30	38	قياس بعدي

## اختبار سمة القلق:

الحالة الرابعة	الحالة الثالثة	الحالة الثانية	الحالة الاولى	
66	57	67	62	قياس قبلي
40	30	36	37	قياس بعدي

الحالة 4	الحالة 3	الحالة 2	الحالة 1	التتبعي
39	35	40	42	قلق الحالة
42	34	37	38	قلق السمة

ومن استعرض النتائج أتضح أن هناك فروقاً واضحة في النتائج البعدية مقارنة بالنتائج القبلية لكل حالة من الحالات، كما يوضحه الجدول حيث انخفض معدل القلق في كل حالة من الحالات المدروسة، وكان هذا الانخفاض في الاختبار القلق كحالة واختبار القلق كسمة، ومن هنا يتضح صدق الفرضية الثانية والتي مفادها أن هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أثر في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً، مما يدل على أن العلاج المعرفي السلوكي له فاعلية واثر في تخفيض درجة القلق.

وهذا ما يتفق مع دراسات عديدة ، ومنها دراسة لندن وآخرين 2005: التي تهدف إلى مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضاً شخّصوا باضطراب القلق، ، وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر.

وأيضاً دراسة روبرت وآخرين 2000: التي هدفت إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 26 مريضاً ممن يعانون من اضطراب القلق، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وهي المجموعة التجريبية وكان عدد أفرادها 14 مريضاً، والمجموعة الثانية وهي المجموعة الضابطة وكان عدد أفرادها 12 مريضاً، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، كما أوضحت نتائج الدراسة. (ضيف الله الغامدي، 2013: 216).

وكذلك تناولت دراسة غلاب والدسوقي 1996 مقارنة الأطفال المصابين بشلل الأطفال والعاديين في بعض متغيرات الشخصية (القلق كحالة وكسمة، مفهوم الذات، التوافق الاجتماعي). وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين والمصابين بشلل الأطفال بالقلق. (سارة القحطاني، 2009: 100).

وبشكل عام يتضح فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق لدى الحالات المعوقين حركياً.

#### الفرضية العامة:

ومن خلال تحقيق الفرضيتين الأولى والتي تشير إلى فاعلية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً، والفرضية الثانية والتي تشير إلى فاعلية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً، نستنتج تحقيق الفرضية العامة والتي تشير إلى فاعلية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

#### استنتاج عام:

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج في هذه الدراسة وما تم عرضه من تفسير للفرضيات تم التوصل إلى استنتاج ما يلي:

للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً

للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً

كما نستنتج أنه كلما كانت صورة الذات اجابية كلما قل القلق

### الخاتمة:

تعتبر صورة الذات، من أهم مكونات الشخصية، وجوهرها، وأي اختلاف أو تشوه في الصورة الجسمية يؤدي بالفرد إلى اختلال في توازن الشخصية، وبما أن الإعاقة الحركية من أهم الإعاقات وأكثرها وضوحاً على المظهر الجسمي فإنها تؤدي بالفرد إلى الشعور بالنقص والدونية وتشوه في صورة الذات، خاصة لدى المراهقين، حيث من الصعب عليهم أن يتقبلوا ذواتهم وهم في صورة تختلف عن أقرانهم وزملائهم، حيث يحرمون من اللعب والمشي مع زملائهم وأقرانهم الأسوياء، وهذا ما أثبتته الكثير من الدراسات، وكما أثبتت الدراسة الحالية، أن القلق عند هذه الشريحة يكون مرتفعاً وتكون صورة الذات لديهم غير متقبلة ومنخفضة، وتشير الدراسات والبحوث إلى أن هذه الصورة السلبية وما ينجر عنها من قلق يمكن أن يتغير بالعلاجات وخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي الذي أثبت جدارته ونجاحه في تخفيض القلق وتقبل صورة الذات، وهذا ما توصلت له الدراسة الحالية والتي كانت على حالات من المراهقين المعاقين حركياً.

فقد بينت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً.

وبينت أيضاً فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

كما خلصت الدراسة أن المراهقين المعاقين يكون لهم تصور ذاتي سلبي وغير متقبلين لذواتهم، كما تكون لهم نسبة القلق مرتفعة بسبب إعاقتهم والتشوه الذي يجدونه مفروضاً عليهم، كما نستخلص كلما كان العلاج مكثف وملازم للمعاق يكون تغيير

خاصة إذا كان المعاق يشارك زملائه في المدرسة وإخوانه في البيت ويتعلم تمارين الاسترخاء ويتعلم كيف يراقب ذاته والظروف التي ينتابه القلق فيها، كل هذه الأمور من شأنها تخفف الضغوط على المعاق وتخرجه من الانغلاق على ذاته وتسهل له طريق الاندماج مع الاقران الأسوياء.

**التوصيات والمقترحات:** في إطار المقترحات يتوجه الطالب الباحث بمجموعة من المقترحات والتوصيات إلى الباحثين والدارسين والمراكز المتخصصة في الإعاقة الحركية والجمعيات بما يلي:

اقامة بحوث مكثفة حول ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً وذوي الإعاقات الحركية خصوصاً.

محاولة دمج هذه الفئة في كل النشاطات الاجتماعية.

البحث في أصل مشكلة القلق من طرف الباحثين والعمل على توجيه المعاقين وخاصة المراهقين.

العمل على التنسيق بين الجمعيات والمراكز المتخصصة في الإعاقات مع الباحثين المتخصصين في التربية الخاصة للاستفادة من جديد التأهيل والعلاج.

محاولة النزول إلى الميدان من طرف المتخصصين والفريق الطبي التأهيلي من أجل معاينة الميدان، وأسر المعاقين عموماً وذوي الإعاقات الحركية خصوصاً، وتوعيتهم اجتماعياً ونفسياً وأسرياً وثقافياً.

العمل على إدراجهم في كل الأنشطة لفك عزلتهم وإحساسهم بأنهم شريحة من المجتمع لا يمكن الاستغناء عنها، ومساعدة المعاقين في تقبل ذواتهم وتحسين صورتهم.

# قائمة الملاحق



قسم علم النفس وعلوم التربية

06 FEV 2014

مصلحة ما بعد التدرج

المرجع: 2014/894

السيد(ة) : مدير(ة) العيادة المتعددة الخدمات زاوية كنتة  
بولاية أدرار

موضوع : رخصة تريض

في إطار تحضيره (ها) لرسالة الماجستير في علم النفس وعلوم التربية وبناءا على طلبه(ها).

تخصص : وسائل التقصي وتقنيات العلاج.

الموضوع : فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيف القلق للمراهق المعاق  
حركيا.

نرجو من سيادتكم السماح للطالب(ة) : بنضورة عبد المالك.

إجراء دراسته (ها) الميدانية بمؤسستكم.

و لكم جزيل الشكر



هيات بوفلجة

مستشار رئيس القسم المعاق  
بدراسات لما بعد التدرج



الملحق رقم: (4) رخصة تسهيل المهمة في عيادة زاوية كنتة.



## قائمة الملاحق

### (1) اختبار حالة القلق:

التعليمات : فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم إقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (+) في الخانة المناسبة أمام العبارة التي تشير اى ما تشعر به في هذه اللحظة ليس هناك إجابات صحيحة أو خاطئة ، لتستغرق وقتا طويلا في عبارة واحدة .

تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر في اللحظة .

البند	مطلقا	قليلا	كثيرا	كثيرا جدا
1- أشعر بالهدوء				
2- أشعر بالأمان (بعيد عن الخطر)				
3- أشعر بأن أعصابي مشدودة				
4- أشعر بالأسف				
5- أشعر بالإرتياح				
6- أشعر بعدم الإتزان				
7- أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة				
8- أشعر بالراحة				
9- أشعر بالقلق				
10- أشعر بالانشراح				
11- أشعر بالثقة في النفس				

				12- أشعر بالعصبية
				13- أشعر لا بالهياج
				14- أشعر بتوتر زائد
				15- أشعر بالإسترخاء
				16- أشعر بالرضى
				17- أشعر بالكدر
				18- أشعر بانني مستثار جدا (لدرجة الغليان)
				19- أشعر بالسعادة العميقة
				20- أشعر بأنني أدخل السعادة على الآخرين

### اختبار سمة القلق:

التعليمات: فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة ( X ) في الخانة المناسبة أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به عامة ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة، لا تستغرق وقتاً طويلاً في عبارة واحدة.

البند	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
21- أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين				
22- أتعب بسرعة				
23- أشعر بالميل إلى البكاء				
24- أتمنى لو كنت سعيداً مثل ما يبدو				

				الأخرون
				25- أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية
				26- أشعر بالراحة
				27- أنا هادئ الأعصاب
				28- أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها
				29- أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك
				30- أنا سعيد
				31- أميل إلى تصيد الأمور
				32- ينقضي الشعور بالثقة في النفس
				33- أشعر بالأمان
				34- أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات
				35- أشعر بالغم
				36- أشعر بالرضا
				37- تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني
				38- تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أنني لأستطيع بعدها عن ذهني
				39- أنا شخص مستقر
				40- أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيرا

## 2) اختبار صورة الذات:

### تعليلة الاختبار:

فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف صورهم وكيف ينظرون اليها، وتقبلهم لذاتهم، والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة وتضع أمامها في الخانة المناسبة علامة (x)، واعلم أنها لا توجد إي إجابة خاطئة وأخرى صحيحة، والصحيح هو ما تراه ينطبق عليك.

العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً
شكلي يعجبني			
أشعر أن جسمي غير عادي			
أعتقد أن مشيتي غير متناسقة			
لدي مظهر مقبول			
لا أقبل أي تشوه في جسمي			
أشعر بأنني سليم الجسم			
أنا متقبل لعيوب جسمي			
لا أحب أن تنظر الناس إلي			
أشعر أن جسمي لا يسمح لي بإنجاز ما أريد			
أنا راض عن صحتي			
أحس بعيوب في جسمي			
لون بشرتي لا يقلل من قيمتي			
أود لو يتغير جسمي			


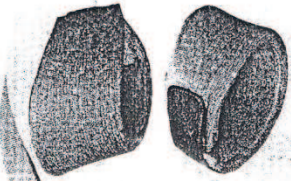
			يلومني الناس كثيراً
			أرغب في رؤية الأصدقاء من حولي
			أحس بالاحترام من طرف الآخرين
			يستمتع الناس بالجلوس معي
			يهتم بي الآخرون
			أشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه
			لدي مكانة مرموقة بين جيراني
			زملائي يحبون مرافقتي
			المجتمع ينظر لي بنظرة متدنية
			أشعر بالراحة بالجلوس مع الآخرين
			تهمني صداقة الآخرين
			أشعر بأنني منبوذ في مجتمعي
			لا أتفق مع العادات التي أعيشها في وسطي
			أنا متقبل لذاتي وراضي عن نفسي
			أغضب لأتفه الأسباب
			لا أشعر بالارتياح
			أنا هادئ في معظم الأحيان
			أتقبل نقد الآخرين بدون انزعاج
			أفقد السيطرة في المواقف الضاغطة
			أنا واثق من نجاحي في دراستي
			أشعر بالانعدام الثقة في نفسي
			أحس بخيبة أمني في المستقبل
			أتمتع بصفات محمودة
			لدي مواقف ايجابية في حياتي

			لا أحس بلذة العيش في حياتي
			أنا واثق من قدراتي
			أشعر أنني عبئ ثقيل على أسرتي
			أتفاهم مع اخواني
			لا أستطيع الخروج مع والدي
			يعاملني أفراد أسرتي بقسوة
			أتشاجر مع اخواني
			أفراد عائلتي يحبونني
			أسرتي لا تقدر وضعي
			أحس بالطمأنينة في البيت
			أستطيع المكوث في البيت
			عندما أكون في البيت أشعر كأنني في سجن
			أجد نفسي مهمش في أسرتي
			أرغب أن أعيش كل حياتي مع عائلتي
			لدي ما أفخر به بين إخواني وأخواتي

### 3) قائمة السادة المحكمين:


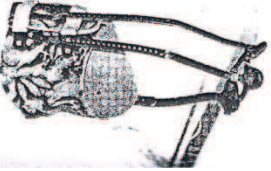
اسم المحكم	الدرجة العلمية	المؤسسة
مكي محمد	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران
ماحي ابراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران
منصوري عبد الحق	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران
غيات بوفلجة	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران
زروالي لطيفة	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران
لصقع حسنة	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران
تغزة	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران
تيليوين حبيب	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران
فسيان حسين	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران
عباد عبد العزيز	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران
قمر اوي محمد	أستاذ محاضر أ	جامعة وهران

هذا الملحق يوضح الأدوات والوسائل الأَصطناعية المساعدة التي يستعملها المعاق حركياً لتكميل عجزه ونقصه.

<p>Designation</p> <p>&gt;&gt; Minerve cervicale</p>	<p>Cette orthèse est destinée aux affections du rachis cervical d'origine traumatique ou neurologique. Elle est composée d'une valve postérieure couvrant l'épine des omoplates et ayant un appui sous-mentonnier et occipital. Elle est réalisée en matière thermoplastique (polyéthylène). Appareil convenant aux lésions du rachis cervical d'origine traumatique, rhumatismale, neurologique.</p> <p>Immobilisant le rachis cervico-dorsal, elle peut être utilisée en phase post-opératoire ou à titre préventif dans les déformations évolutives.</p>	
<p>Designation</p> <p>&gt;&gt; Collier Cervical</p>	<p>Orthèse de cou, présente un effet antalgique obtenu par décharge légère et immobilisation. Limitation totale ou partielle des mouvements du rachis cervical ou cervico-dorsal.</p> <p>Blocage ou non de tout mouvement rotatoire. Ces effets sont obtenus par appui sur la base du cou et sous les régions mentonnières et occipitales.</p>	

5

Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur (\*)

<p>Designation</p> <p>&gt;&gt; Corset Cheneau</p>	<p>C'est une orthèse de maintien qui s'étend des trochanters aux épaules des omoplates destinée au scoliose. Elle est réalisée en une coque de polyéthylène.</p> <p>Elle est prescrite pour les affections de la colonne vertébrale d'origine neurologiques ou idiopathiques (déformation scoliotique).</p>	
<p>Designation</p> <p>&gt;&gt; Corset Milwaukee</p>	<p>C'est une orthèse destinée aux patients présentant des scolioses hautes (dorso-lombaires).</p> <p>Elle est fabriquée en polypropylène, mousse plastozote. Elle est composée de têtère avec appuis occipital et mentonnier en inox réglable, 1 mat antérieur réglable, 2 mats postérieurs réglables, fermeture réglable et courroie.</p>	

6



Désignation

>> Corset Lyonnais

Le corset Lyonnais est une orthèse de traitement des déviations du rachis. Il est destiné aux patients ayant une scoliose dorsale ou dorso-lombaire, permettant de maintenir la réduction de courbure scoliotique.

Fabriqué en pl xi dur, il est composé de 1 mat antérieur réglable avec charnière, 1 mat postérieur réglable, fermeture et courroie réglable.

Il se porte jour et nuit sur un maillot de corps si possible sans couture, il peut se quitter deux fois, une demi-heure à 1 heure par jour pour la toilette.



Désignation

>> Corset de maintien

Il est destiné pour le maintien sévère des déformations irréductibles, et est également pr scrit pour les traumatismes du rachis lombaire.

Ce corset de maintien est destiné pour les cas suivants :  
Fracture - Lombalgie - Ostéoporose - Appareillage post-opératoire.



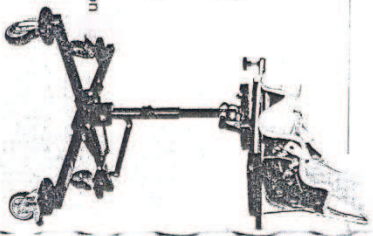
Désignation

>> CSM Corset Siege Mobile

Destiné aux enfants IMC et polyhandicapés. Le CSM est un support roulant, pivotant et réglable en hauteur, comportant un système de freinage et un dispositif inclinable pouvant recevoir plusieurs types d'assises pour corset siège.

Il dispose de nombreuses options qui permettront, à partir du module de base, la réalisation de plusieurs configurations en fonction des avantages recherchés.

La modularité du CSM, allée à son faible encombrement et à son poids limité en font une solution idéale pour une utilisation à domicile, en centre de rééducation et en milieu scolaire. Il est destiné aux patients polyhandicapés.



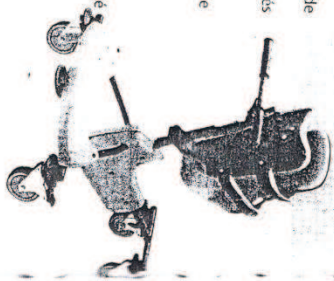
Désignation

>> SAMO Selle d'Abduction Mobile

Le SAMO est avant tout la réponse à un besoin, c'est l'étude d'une équipe de médecins, de kinésithérapeutes, d'orthopédistes et la collaboration des parents très motivés d'enfants IMC et polyhandicapés.

Le SAMO est composé d'un châssis tubulaire ergonomique facilitant la déambulation et disposant de nombreux réglages, et d'un corset-selle réalisé en fonction des mesures de chaque patient.

C'est une posture adaptée à chaque enfant pour l'efficacité de la marche. Le SAMO, c'est la cohérence entre la posture et son déplacement.

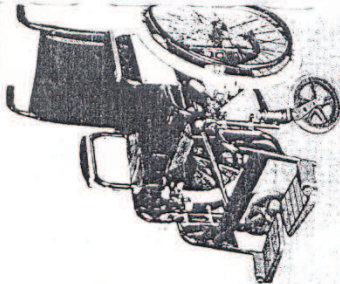


► **Désignation**

**>> Fauteuil garde robe**

Adapté parfaitement aux besoins de l'utilisateur, il répond aux activités, déplacements et au cadre de vie de l'utilisateur.

- Châssis à croisillon central permettant le pliage facile et en toute sécurité.
- Dossier démontable.
- Cuvette en plastique.
- Repos-pieds - pied escamotable et démontable.
- Roues avant sur bandage pivotantes.
- Robuste, équilibré et facile à entretenir.
- Existe en plusieurs coloris et chromé.



► **Désignation**

**>> Fauteuil roulant adulte**

il répond aux activités, aux déplacements, et au cadre de vie de l'utilisateur.

Châssis à croisillon central permettant un pliage facile et en toute sécurité.

- Dossier démontable.
- Repos-pieds - pied escamotable et démontable.
- Roues avant sur bandage pivotantes.
- Existe en plusieurs coloris et chromé.

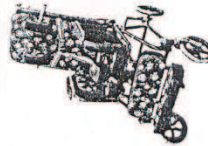


► **Désignation**

**>> Poussette IMC**

Destinée pour les enfants ayant une insuffisance motrice cérébrale (polyhandicapés).

Structure en acier, dossier inclinable avec appui-tête, coussin d'abduction, de multiples cales et systèmes de fixation et de réglage pour un positionnement et un maintien optimal sécurisé de l'enfant.



► **Désignation**

**>> Voiturette à moteur**

Tricycle avec propulsion à moteur essence

- Caractéristiques techniques
- Poids à vide : 78 kg
- Poids total en charge : 208 kg
- Charge : 130 kg
- Longueur : 2,15 m
- Largeur : 1,10 m
- Hauteur : 1,50 m



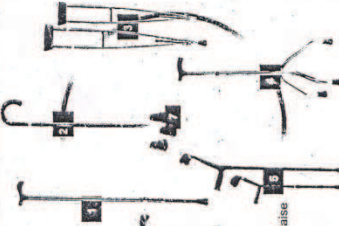
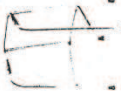
► **Désignation**

**>> Cannes & cadres de marche**



Rotolor avec siège

● Cadre de marche en aluminium



- 1 - Canne en bois 2 - Canne en bois vernis 3 - Béquilles
- 4 - Cannes tripode 5 - Cannes canadiennes 6 - Canne anglaise
- 7 - Embouts

► **Désignation**

**>> Audiologie**

L'appareil le plus utilisé, couvrant une très large gamme de surdité.

Certains contours sont plus particulièrement destinés à la rééducation des enfants malentendants et disposent de prises auxiliaires leur permettant de se raccorder sur des récepteurs HF ou infra-rouge. Peu visible valable pour les petites surdités, l'amplification étant très réduite.

Existe en analogique et numérique





Designation

> Prothèse tibiale et fémorale

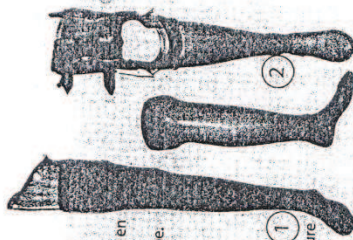
Prothèse tibiale et fémorale exosquelettique et endosquelettique du membre inférieur avec emboiture de contact en stratifiée de résine et un manchon amovible en thermoformable.

(1) Elle comprend un pied prothétique et un revêtement esthétique en mousse. Convient particulièrement à l'appareillage des amputations de jambe. Avec un système pyramidal offrant une facilitation de l'alignement dynamique.

Ces composants mécaniques sont en différents matériaux :

- Aluminium
- titane
- Acier inoxydable.

(2) Prothèse tibiale classique en alliage léger et pied articulé emboiture cuir.



Designation

> Prothèse membre supérieur

Destinée aux amputés du segment bras et avant-bras, moignon moyen, long et court.

Pour les amputations du segment bras, une paire d'articulation du coude peut être en adjonction dans le système endosquelettique ou exosquelettique.

Le système myoelectrique peut être prescrit aux enfants comme aux adultes actifs.



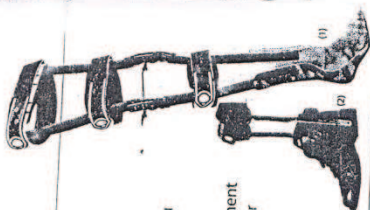
Designation

>> Orthèses cruro-pédieuse (1) et jambo-pédieuse (2)

Destinée aux patients présentant une impotence fonctionnelle du membre inférieur d'origine neurologique, ou traumatique. Est destinée (1) à supporter une déficience musculaire.

L'orthèse jambo-pédieuse appelée Perlestein (2) est destinée également à supporter une déficience musculaire distale du membre inférieur adaptée sur une chaussure orthopédique.

Matériaux: Cuir, aciers et carbone.



Designation

>> Attèle Cruro-pédieuse Membre inférieur

Elle est destinée aux patients présentant des déformations orthopédiques du genou et tibio-tarsienne (Genou valgum, genu vacuum, genu recurvatum) d'origine traumatique ou neurologique. Indication : Correction, guidage posture et verticalisation.



Designation

>> Attelle palmaire

Orthèse du membre supérieur

Indication Médicale : Destinée aux patients présentant une déficience musculaire d'ordre neurologique, traumatique et déformation rhumatismale.

Réalisée en thermoformable perforé, fermeture velcro ou en d'autres matériaux thermoformables.



# قائمة المصادر و المراجع

## قائمة المصادر والمراجع

- 1) أبو الخير عبد الكريم قاسم 2004: النمو من الحمل إلى المراهقة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
- 2) أبو سعد مصطفى: المراهقون المزعجون، الإبداع الفكري.
- 3) الأشرم رضا ابراهيم محمد 2008: صورة الذات وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقات البصرية.
- 4) إلهام عبد الرحمان خليل 2009: علم النفس الكلينيكي، المنهج والتطبيق، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 5) امتثال زين الدين الطفيلي 2004: علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر، بيروت شارع محمد الحوت، الطبعة الأولى.
- 6) بانورما (دار المؤلف للنشر والطباعة والتوزيع) 2010: الإكتشافات النفسية في القرن 21، الطبعة الأولى.
- 7) بطرس حافظ بطرس 2008: التكيف والصحة النفسية للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى.
- 8) الجرواني هالة ابراهيم ، محمود صديق رحاب 2013: الإعاقات الحركية التأهيل، دار المعرفة الجامعية طبع نشر توزيع.
- 9) حسين فرج عبد اللطيف 2009: الاضطرابات النفسية العصبية "الخوف، القلق، التوتر، الانفصام" دار الخالد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
- 10) حمزة مختار 1979: سيكولوجية ذوي العاهات المرضى، دار المجمع العملي بجدة، الطبعة الرابعة.

- 11) حمه صالح مصطفى يوسف 2009: بحوث معاصرة في علم النفس، دار دجلة ناشرون وموزعون، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
- 12) الخالدي أديب محمد 2006 : مرجع في علم النفس الاكلينيكي الفحص والعلاج، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى الأردن عمان.
- 13) الخالدي فؤاد عطا الله ، دلال سعد الين العلمي 2009: الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الطبعة الأولى.
- 14) الخطيب جمال 1998: مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
- 15) الخولي هشام عبد الرحمان 2007: دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- 16) دانيال لاجاس 1965: وحدة علم النفس.
- 17) دسوقي كمال 1987: النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة.
- 18) دسوقي كمال: النمو التربوي للطفل والمراهق، دروس في علم النفس الإرتقائي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
- 19) الدهري صالح حسن 2005: مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
- 20) دويدار عبد الفتاح 1992: سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والإتجاهات، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت.
- 21) الديدي عبد الغني 1995: التحليل النفسي، للمراهقة، ظواهر المراهقة وخفاياها، دار الفكر اللبناني، بيروت، الطبعة الأولى.

22) راتب أسامة كامل 2004: النشاط البدني والاسترخاء، مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة، دار الفكر العربي، شارع عباس العقاد، مدينة نصر القاهرة، الطبعة الأولى.

23) رشوان حسين عبد الحميد 2009: الإعاقة والمعوقون، المكتب الجامعي الحديث، سلسلة كتب علم الاجتماع، " 72 " .

24) رضوان سامر جميل 2002: الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، الطبعة الثالثة.

25) الريحاني سليمان طعمة وآخرون 2010: إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم، دار الفكر ناشرون وموزعون، المملكة الأردنية الهاشمية عمان، الطبعة الأولى.

26) الريماوي محمد عودة 2008: علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية عمان الأردن.

27) زغبوش بن عيسى، علوي إسماعيل 2011: الارشاد المعرفي والوسائط التربوية "تقنيات المقابلة والانصات وتدبير الحوار " سلسلة علم النفس المعرفي، عالم الكتب الحديث، الطبعة الأولى.

28) الزغبي أحمد محمد 2001: علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، الأسس النظرية المشكلات وسبل معالجتها، زهران عمان، الطبعة الأولى.

29) زهران حامد عبد السلام 2005: علم نفس الطفولة والمراهقة، عالم الكتب نشر توزيع طباعة، الطبعة الأولى.

30) سرحان وليد ، الخطيب جمال، حباشة محمد 2001: الإكتئاب، مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2001.

- 31) السمراني نبيهة صالح: أعراض الأمراض النفسية العصابية تربوياً ومهنياً ، دار المناهج للنشر والتوزيع
- 32) سيقموند فرويد: الكف والعرض والقلق ترجمة محمد عثمان نجاتي ، دار الشروق ، الطبعة الرابعة
- 33) الشادلي محمد وآخرون 1999: الكتاب الطبي الجامعي " طب المجتمع " منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي شرق المتوسط.
- 34) شقير زينب محمود 2002: علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 35) شكشك أنس 2007: استكشاف الذات، دار المنهج للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 36) شكشك أنس 2009: القلق رهاب العصر، أسبابه وعلاجه، دار الكتاب العربي، بيروت لبنان.
- 37) الشناوي محمد محروس: نظريات الإرشاد العلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 38) شواهين خير سليمان ، غريفات سحر محمد ، أمل عبد شنبور 2010: استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
- 39) الصفدي عصام حمدي 2007: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الاردن، الطبعة العربية .
- 40) طه حسين عبد العظيم 2007: العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.



- 41) طه عبد العظيم حسين 2008: الإرشاد النفسي للأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، دار الجامعة الجديدة للنشر.
- 42) طه عبد العظيم حسين 2008: الإرشاد النفسي للأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، دار الجامعة الجديدة للنشر.
- 43) عادل عبد الله محمد 2000: العلاج السلوكي المعرفي أسس وتطبيقات، دار الرشاد شارع جواد حسني القاهرة، الطبعة الأولى.
- 44) عبد الستار ابراهيم: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، الدار العربية للكتاب.
- 45) عبد الله محد قاسم 2008: مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى، المملكة الأردنية الهاشمية عمان.
- 46) عبد المجيد عبد الرحيم: تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
- 47) عبدات روي 2011: الإساءة الموجهة للمعوقين، الأسباب واستراتيجيات الوقاية والعلاج، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع. الطبعة الأولى.
- 48) العنوم عدنان يوسف 2010: علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الثانية.
- 49) العزة سعيد حسني 2000: سلسلة التربية الخاصة، الإعاقة الحركية والحسية، الدار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، سنة.
- 50) عكاشة أحمد و عكاشة طارق 2009: الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 51) علاء الدين كفاي مایسة أحمد النیال، محمد سالم سهیر 2008: الارتقاء الانفعالي والاجتماعي لطفل الروضة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان الأردن، الطبعة الأولى.

- 52) علي عسكر 2003: ضغوط الحياة وأساليب وموجهتها الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق ، دار الكتاب الحديث، الطبعة الثالثة.
- 53) علي عسكر 2009: الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل، دار الكتاب الحديث.
- 54) علي غزال عبد الفتاح 2008: سيكولوجية الفئات الخاصة ،ماهي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 55) الغامدي حامد بن أحمد ضيف الله 2013: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- 56) فايد حسين 2008: العلاج النفسي وأصوله، تطبيقاته أخلاقياته، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ميدان الظاهر، القاهرة، الطبعة الأولى.
- 57) فايد حسين علي: دراسة في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 58) فهمي علي السيد 2009: علم النفس الصحة والخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، شارع الأزريطة.
- 59) فهمي علي السيد 2010: العلاج النفسي تقنياته وسائله طرقه، دار الجامعة الجديدة.
- 60) فهمي علي السيد 2010: علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها، دار الجامعة الجديدة.
- 61) الكبيسي راضي محمد 2000: إتجاهات الأبناء نحو أباؤهم المعوقين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى عمان الأردن.
- 62) ماهر محمود عمر 2011: المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، طبع نشر وتوزيع.

- 63) مجيد سوسن شاكر 2008: **إضطرابات الشخصية، أنماطها قياسها، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.**
- 64) محمد السيد فهمي علي 2008: **الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل رؤية نفسية ، دار الجامعة الجديدة للنشر.**
- 65) محمد القذافي رمضان: **أساسيات الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الازرطة الأسكندرية.**
- 66) مريم ابراهيم حنا 2010: **الرعاية الإجتماعية والنفسية للفئة الخاصة والمعوقين، المكتب الجامعي الحديث.**
- 67) المشرفي إنشراح 2009: **الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة، مؤسسة حورس الدولية، شارع الأسكندرية.**
- 68) مصطفى فهمي: **سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مكتبة مصر 3 سارع كامن صدقي" الفجالة".**
- 69) مفلح كوالحة تيسير، عمر فواز عبد العزيز 2010 : **مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الرابعة.**
- 70) المليجي حلمي 2004: **علم النفس المعرفي، دار النهضة العربية، بيروت لبنان، الطبعة الأولى.**
- 71) منصورى عبد الحق: **الطفولة والمراهقة، دار الغرب للنشر والتوزيع. وهران.**
- 72) ميخائيل ابراهيم أسعد ، مخول مالك سليمان 1982: **مشكلات الطفولة والمراهقة، منشورات دار الأفق الجديدة، الطبعة الأولى.**
- 73) ميموني بدرة معتصم ، ميموني مصطفى 2010: **سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة، ديوان المطبوعات الجامعية.**

74) ناصيف غزوان 2012: الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار الكتاب العربي، الطبعة الأولى.

75) نبيل صالح سفيان 2004: المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، ايتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى هلبوبوليس غرب مصر الجديدة.

76) نوري القمش مصطفى 2011: الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.

77) والاس د، لايبين جرين، ترجمة فوزي بهلول: مراجعة سيد خير الله 1981: مفهوم الذات أسس النظرية والتطبيق، دار النهضة العربية، للطباعة والنشر بيروت.

78) وحيد محمود إبراهيم 1981: المراهقة، ومشكلاتها وخصائصها، دار المعارف.

79) يحيى اوي محمد جمال 2003: دراسات في علوم النفس، دار الغرب للنشر والتوزيع.

### الرسائل والأطروحات الجامعية

80) امزيان زبيدة 2007: علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية، دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس، رسالة ماجستير غير منشورة.

81) زلوف منيرة 2011: المعاش النفسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثره على مستوى التحصيل الدراسي، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، رسالة دكتوراه.

82) السيد بظاظو انسام مصطفى 2011: برامج علاجية في تخفيف حدة القلق اضطراب الشخصية النرجسية لدى الراشدين، دكتوراه الفلسفة في التربية، الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الأولى، دكتوراه منشورة.

83) ضيف الله حبيبة 2012: "صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالاعاقة الحركية المكتسبة " مذكرة ماجستير في التربية الخاصة، الجزائر 2، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

84) عادل خوجة 2009: أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، دكتوراه غير منشورة.

85) القحطاني سارة محمد عبد الله المعصوب 2009: دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف، جامعة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة.

86) ممدوح مختار علي 2001: العلاج السلوكي كألية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية، رسالة دكتوراه.

### قائمة المجالات:

87) أحمد محمد عبد الخالق 1994: الدراسات التطورية للقلق، حوليات كلية الأدب، جامعة الكويت، الحولية الرابعة عشر الرسالة 90.

88) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية 1987: الباب الثالث، "حماية المعوقين حركياً أو حسيّاً وترقيتهم الاجتماعية.

89) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية 2002، الفصل الأول " اتفاقيات دولية قوانين ومراسيم" العدد 34، 14 مايو .

90) خير الزراد فيصل، 2004: العلاج النفسي السلوكي، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، مجلد الأول، العدد الثاني.

91)خير الزراد فيصل، 2004، العلاج النفسي السلوكي، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، مجلد الأول، العدد الثاني.

92)درويش أبو عطية سهام 2005: أحمد عطا محمود، سبتمبر، فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء اليهم، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد السادس العدد الثالث.

93)زيدان مصطفى 1972: النمو النفسي للطفل والمراهق وأسس الصحة النفسية، منشورات الجامعة الليبية، الطبعة الأولى.

94)غريب زينب عبد الرزاق وآخرون 2008: " الصحة النفسية" ، مركز التنمية الأسرية، جمعية البر في الإحساء.

95)مجلة العلوم النفسية والتربوية 2005: جامعة البحرين كلية التربية كلية الأدب للنشر والتوزيع، مشكلة الأفراد المعوقين حركياً بمحافظة اربد بالمملكة الأردنية الهاشمية، المجلد السادس، العدد 1 مارس.

96)مجلة كلية الأدب بجامعة حلوان، ع 67 "يوليو 2009"، ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف.

### قائمة الموسوعات والمعاجم

97)الجسماني عبد العالي 1994: موسوعة علم النفس سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية، الدار العربية للعلوم، بيروت لبنان، الطبعة الأولى.

98)الدسوقي مجدي محمد 2007: دراسات في الصحة النفسية، المجلد الأول، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، جمهورية مصر العربية، الطبعة الأولى.

99)عبد الفتاح عبد الكافي إسماعيل 2005: موسوعة مصطلحات ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الاسكندرية للكتاب.

- 100) العيساوي عبد الرحمان 2001: الموسوعة النفسية، مجالات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الراتب الجامعية، سوفنير بيروت لبنان، الطبعة الأولى.
- 101) العيسوي عبد الرحمان 2001، 2002: موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الثالث، فن الإرشاد والعلاج النفسي، دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى.
- 102) العيسوي عبد الرحمان 2001، 2002: موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الثاني، تصميم البحوث النفسية والإجتماعية والتربوية، دار الراتب الجامعية، بيروت، الطبعة الأولى.
- 103) القيسي نزار نايف 2006: المعجم التربوي وعلم النفس، دار اسامة للنشر والتوزيع ودار المشرف الثقافي، الأردن عمان، الطبعة الأولى.
- 104) محمد عماد الدين إسماعيل 1989: الطفل من الحمل إلى الرشد "الجزء الثاني - الصبي والمراهق" دار القلم للنشر والتوزيع الفا الكويت، الطبعة الأولى.
- 105) المكتبة الشرقية 2000، المنجد في اللغة العربية المعاصرة ، جميع الحقوق محفوظة، بيروت لبنان، الطبعة الأولى.

### المراجع باللغة الاجنبية

106) Béatrice gauge ; adolescences ; la fondation de France ; coordination et Rédacton : lise mingasson ; paris ; 1993 .

107) Cherif Hallouma ; la representation du travail et l'image de soi chez l'ouvriere de l'électronique ; édition Crasc ; 1996.

108) Marcelli .D , Braconnier ; A ; psychopathologie de l'adolescent ; Masson ; Paris ; 2 èdition ; 1988 .

109) Ladame F ; Jeammet P ; **la psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui** ;  
presse universitaires de France ; 1<sup>eme</sup> édition 1986.

110) Fedida Pierre ; **la psychanalyse** ; édition librairie Larousse ; Paris ; 1974, 18.

l'adolescent ; Mardaga

111) Rechlin. M ; **les méthodes en psychologie** 4<sup>eme</sup> édition ; 1969.

Norbert Sillemey ; 1999 **Dictionnaire de psychologie** ; Paris librairie la rousse

113) Paul diel ; **l'a peur et l'angoisse** ; petit bibliothèque payot ; 2<sup>e</sup> édition

114) Pierre et Chslin ; **Psychologie de l'Adolescent** ; cursus armand  
colin ; 4<sup>e</sup> édition Paris 2013 .

115) Serge dalla ; Bernord DAN ; **handicaps et d'efisences des l'enfant** ; 1  
édition ; 2003.



## ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة إلى " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً"، وقد قامت الدراسة على أربع حالات مراهقين معاقين حركياً، يشتركون في الإعاقة الحركية في زاوية كنتة. وانطلق الطالب الباحث من الإشكالية التالية:

ما فاعلية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات لدى وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً؟

وللإجابة على الإشكالية المطروحة استخدم الباحث المنهج العيادي في دراسة الحالات حيث استخدمت الأدوات التالية:

اختبار قلق الحالة وقلق السمة، من إعداد سبيريلجر.

اختبار صورة الذات، من إعداد الطالب الباحث.

وتم تطبيق البرنامج العلاجي المتكون من تقنيات معرفية سلوكية (الاسترخاء، الواجبات المنزلية، تقنية المراقبة الذاتية) من إعداد الطالب الباحث.

وقد تم تطبيق الاختبارات النفسية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، والمراهق المعاق حركياً يكون صورة سلبية عن ذاته وقلقاً زائداً وهذا بسبب الإعاقة الحركية الذي يعاني منها، والنقص والدونية التي يشعر بها اتجاه جسمه وبعد المقارنة البعدية أسفرت الدراسة إلى النتائج التالية:

للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً.

للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً.

صورة الذات السلبية بالشعور بالدونية والقلق الزائد يمكن أن يتغير بالعلاجات النفسية والبرامج التأهيلية.

البرامج العلاجية المعرفية السلوكية تتلائم مع الإعاقات الحركية لدى المراهقين.

الكلمات المفتاحية:

البرنامج العلاجي ، العلاج المعرفي السلوكي، صورة الذات، القلق، المراهق ، الإعاقة الحركية.

## ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى " فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تقبل صورة الذات وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً"، وقد قامت الدراسة على أربع حالات مراهقين معاقين حركياً، يشتركون في الإعاقة الحركية في زاوية كنتة. وانطلق الطالب الباحث من الإشكالية التالية: ما فاعلية هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تقبل صورة الذات لدى وتخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً؟ وللإجابة على الإشكالية المطروحة استخدم الباحث المنهج العيادي في دراسة الحالات حيث استخدمت الأدوات التالية: اختبار قلق الحالة وقلق السمة، من إعداد سبيريلجر. اختبار صورة الذات، من إعداد الطالب الباحث. وتم تطبيق البرنامج العلاجي المتكون من تقنيات معرفية سلوكية (الاسترخاء، الواجبات المنزلية، تقنية المراقبة الذاتية) من إعداد الطالب الباحث. وقد تم تطبيق الاختبارات النفسية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، والمراهق المعاق حركياً يكون صورة سلبية عن ذاته وقلقاً زائداً وهذا بسبب الإعاقة الحركية الذي يعاني منها، والنقص والدونية التي يشعر بها اتجاه جسمه وبعد المقارنة البعدية أسفرت الدراسة إلى النتائج التالية: للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تقبل صورة الذات لدى المراهق المعاق حركياً. للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تخفيض القلق لدى المراهق المعاق حركياً. صورة الذات السلبية بالشعور بالدونية والقلق الزائد يمكن أن يتغير بالعلاجات النفسية والبرامج التأهيلية. البرامج العلاجية المعرفية السلوكية تتلاءم مع الإعاقات الحركية لدى المراهقين.

## الكلمات المفتاحية:

البرنامج؛ العلاج المعرفي السلوكي؛ صورة الذات؛ القلق؛ المراهق؛ الإعاقة الحركية؛ الإعاقة؛ الذات؛ المعاق؛ الجسم.

نوقشت يوم 29 جانفي 2015