



جامعة وهران 2  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس والأرطوفونيا  
أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم  
في علم النفس العيادي

## أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقات الحركية

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

مكي محمد

مقدمة من طرف الطالب:

بنضوره عبد المالك

لجنة المناقشة			
جامعة وهران 2	أستاذ التعليم العالي	رئيسة	كبداني خديجة
جامعة وهران 2	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	مكي محمد
جامعة وهران 2	استاذ محاضر (أ)	عضو مناقشا	بلعابد عبد القادر
جامعة أدرار	استاذ محاضر (أ)	عضو مناقشا	قدوري أمحمد
جامعة تيارت	استاذ محاضر (أ)	عضو مناقشا	الماحي زوبيدة
جامعة عين تموشنت	استاذ محاضر (أ)	عضو مناقشا	سبع هجيرة

السنة الجامعية: 2021 / 2022

# الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى أُمي الغالية قرّة عيني اللهم  
أحفظها وبارك في عمرها يا حنان يا منان.  
إلى من تعلمت منه الجد والاجتهاد أبي عبد الرحمن، سندي  
وقدوتي اللهم أرضى عليه، وبارك لنا فيه يا رحمن.  
إلى زوجتي الكريمة، وإلى ابنتي فاطمة الزهراء.  
وإلى أختي وإخواني وجدتي وأبناء عمومتي.  
إلى ذوي الاحتياجات الخاصة، إلى كل المعاقين حركياً، إلى كل  
عائلة بها طفل معاق حركياً، إلى كل الباحثين والمهتمين بذوي  
الاحتياجات الخاصة.

# شكر وعرقان

أولاً وقبل كل شيء أحمد الله سبحانه وتعالى، فالحمد لله الذي أمدني بالعون والصحة والعافية لإتمام هذا العمل المتواضع، فالحمد لله حتى يبلغ الحمد منتهاه، والصلاة والسلام على رسول الله الكريم.

كما أتقدم بالشكر والعرقان إلى الأستاذ القدير، البروفيسور مكي محمد الذي أشرف على هذا العمل من أوله إلى آخره، فكل الشكر والتقدير على توجيهاته التي ساهمت في انجاح هذا العمل أطال الله عمره وبارك لنا فيه، جزاه الله عنا خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر إلى السادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة لإثراء هذا العمل بالتوجيهات والنقد البناء.

دون أن أنسى كل من كانت له بصمة في هذا العمل، إلى كل الأساتذة والباحثين وكل من ساهم في إخراج هذا العمل من قريب أو بعيد.

## المخلص:

تهدف الدراسة إلى البحث عن أثر العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقة الحركية، حيث قامت الدراسة على مجموعة من المعاقين حركياً، من ولاية أدرار وانطلق الباحث من الإشكالية التالية: هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقة الحركية؟

وللإجابة على هذه الإشكالية تم استخدام المنهج شبه التجريبي، بمجموعة تجريبية ، بحيث تشكل المجموعة من خمسة أفراد معاقين حركياً، ومواصفاتهم تتمثل فيما يلي: السن ينحصر بين (20 إلى 38 سنة)، كلهم من جنس الذكور، كما يشتركون في نسبة الإعاقة المقدرة 100% ، حسب بطاقة الأولوية التي تمنح من مديرية النشاط الاجتماعي.

وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي: اختبار سمة القلق لسبيريلجر، قائمه تينسي لمفهوم الذات، قائمة بيك للاكتئاب، برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح من اعداد الباحث.

تم تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح من إعداد الباحث للمجموعة التجريبية، بعد اجراء الاختبارات القبليّة للمجموعة، وبعد الانتهاء من البرنامج العلاجي تمت المقارنة بين النتائج القبليّة والبعديّة للمجموعة التجريبية، كما تم حساب المتوسط الحسابي والفروق بين المجموعتين، باستخدام الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss المراجعة سنة 2020م.

وبعد المقارنة بين النتائج القبليّة والبعديّة للمجموعة التجريبية، توصل الباحث إلى النتائج التالية: للعلاج المعرفي السلوكي أثر في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقة الحركية.

وجود فروق في نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار مفهوم الذات، واختبار سمة القلق، واختبار الاكتئاب لصالح القياس البعدي.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج المعرفي السلوكي، مفهوم الذات، القلق، الاكتئاب، الإعاقة الحركية.

## قائمة المحتويات

إهداء .....	(أ)
شكروعرفان .....	(ب)
ملخص الدراسة .....	(ج)
قائمة المحتويات .....	(د)
قائمة الجداول .....	(د)
المقدمة .....	01

### الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1 تقديم موضوع الدراسة وطرح الإشكالية .....	05
2 فرضيات الدراسة .....	07
3 أهداف الدراسة .....	07
4 أهمية الدراسة .....	08
5 التعاريف الإجرائية .....	09
6 حدود الدراسة .....	09
7 الدراسات السابقة .....	10

### الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

1 تمهيد: .....	24
2 تعريف العلاج المعرفي السلوكي .....	24
3 أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي .....	25
4 أهداف العلاج المعرفي السلوكي .....	26
5 العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي .....	27
6 دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي .....	29
7 نقاط القوة والضعف من منظور التعددية والاختلاف .....	29
8 فنيات العلاج المعرفي السلوكي .....	31
9 أهمية الإسترخاء .....	36
10 التدريب على الاسترخاء .....	37

- 37 ..... (11) تفسير النظرية المعرفية السلوكية للاسترخاء
- 28..... (13) العلاج المعرفي السلوكي عند ميكنبوم
- 40 ..... (14) تكامل العلاج المعرفي السلوكي
- 41 ..... خلاصة

### الفصل الثالث: مفهوم الذات

- 43 ..... (1) تمهيد
- 43 ..... (2) تعريف مفهوم الذات
- 45 ..... (3) مفاهيم ومصطلحات
- 45 ..... (4) أشكال مفهوم الذات:
- 46 ..... (5) العوامل المؤثرة في مفهوم الذات
- 46 ..... (6) قياس مفهوم الذات
- 47 ..... (7) مستويات مفهوم الذات
- 48 ..... (8) مفهوم الذات السلبي والإيجابي
- 49 ..... (9) العناصر المكونة لمفهوم الذات المثالية
- 49 ..... (10) نظريات مفهوم الذات
- 52 ..... (11) صورة الذات
- 53 ..... (12) صورة الجسم
- 57 ..... (13) العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب صورة الجسم
- 58 ..... (14) خلاصة

### الفصل الرابع: اضطراب القلق

- 60 ..... (1) تمهيد:
- 60 ..... (2) تعريف القلق
- 62 ..... (3) حالة القلق وسمة القلق
- ..... (4) أنواع القلق
- 64
- 63 ..... (5) مظاهر القلق

64	..... أسباب القلق (6)
65	..... أشكال القلق (7)
66	..... التغيرات في شخصية القلق (8)
68	..... تشخيص القلق (9)
72	..... التفسير النظري للقلق (10)
77	..... نتائج القلق (11)
78	..... علاج القلق (12)
81	..... خلاصة (13)

### الفصل الخامس: اضطراب الإكتئاب

83	..... تمهيد (1)
83	..... تعريف الاكتئاب (2)
84	..... أنواع الاكتئاب (3)
86	..... أعراض الاكتئاب (4)
86	..... انتشار الاكتئاب (5)
87	..... العلاقة بين القلق والاكتئاب (6)
88	..... علاقة الحزن بالاكتئاب (7)
90	..... عسر المزاج (8)
90	..... تفسير النظريات للاكتئاب (9)
93	..... الاكتئاب والتغيرات الكيميائية والوراثية (10)
95	..... علاج الاكتئاب (11)
97	..... العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (12)
98	..... خلاصة (13)

### الفصل السادس: الإعاقة الحركية

100	..... تمهيد (1)
100	..... تعريف الإعاقة الحركية (2)
101	..... مصطلحات الإعاقة الحركية (3)

103	..... أسباب الإعاقة الحركية
105	..... احتياجات المعوقين حركياً
105	..... المشكلات المترتبة من الإعاقة الحركية
107	..... التطور التاريخي لتربية وتأهيل ذوي الإعاقات الجسمية " الحركية"
107	..... خصائص المعاقين حركياً
108	..... القانون الجزائري لحماية المعوقين
110	..... التقييم النفسي للإعاقات الحركية
111	..... ردود فعل الوالدين نحو الإعاقة الحركية
112	..... نظريات علم النفس حول الإعاقة
113	..... علاج وتأهيل المعوقين
115	..... خلاصة

#### الجانب التطبيقي

#### الفصل السابع: منهجية البحث وأدواته

118	..... تعريف المنهج
118	..... الدراسة الاستطلاعية
119	..... خطوات إعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
120	..... القاعدة العلمية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
124	..... الصورة الأولية للبرنامج العلاجي المقترح
130	..... الصورة النهائية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
135	..... ضبط العينة
139	..... أدوات الدراسة

#### الفصل الثامن: الدراسة الأساسية

146	..... تمهيد
146	..... لقاءات جامعة للمعوقين حركياً بمراكز الولاية
147	..... وصف مجموعة الدراسة الأساسية
151	..... جلسات البرنامج العلاجي



- 165 ..... (5) عرض ومناقشة نتائج نموذج (بل ر)
- 166 ..... (6) عرض ومناقشة نتائج (بد ج، ف ق، م ر قان، م ك)
- 169 ..... (7) مناقشة عامة للأعراض والحالة النفسية
- 172 ..... (10) النتائج القبلية والبعديّة للاختبارات النفسية للمجموعة التجريبية
- الفصل التاسع: مناقشة فرضيات الدراسة والخاتمة:**

- 176..... (1) مناقشة الفرضية العامة
- 177 ..... (2) مناقشة الفرضية الجزئية الأولى
- 178 ..... (3) مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
- 180 ..... (4) مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
- 182 ..... (5) الخاتمة
- 183 ..... (6) توصيات الدراسة:

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	الفرق بين القلق والخوف العادي	69
02	وجه الاختلاف بين القلق والخوف	69
03	مصطلحات الإعاقة الحركية	102
04	جدول يوضح أسباب وطرق الوقاية من الإعاقة	104
05	الصورة الأولية لاستعمال فنيات البرنامج العلاجي	125
06	الصورة النهائية للبرنامج العلاجي بعد التحكيم	130
07	ابعاد مفهوم الذات وارقام البنود التي تقيس كل بعد	139
08	مستويات قياس مفهوم الذات	140
09	مستويات قياس الاكتئاب	143
10	مثال توضيحي لمعالجة الأفكار التلقائية	156
11	بعض الاحداث والأفكار التلقائية المشوهة لمجمل المعاقين	257
12	النتائج القبلية والبعدي لاختبارات القلق والاكتئاب ومفهوم الذات للمجموعة التجريبية.	213
13	النتائج القبلية والبعدي لاختبارات المجموعة الضابطة	214
14	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار مفهوم الذات.	217
15	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار سمة القلق	218
16	يوضح فروق في نتائج القياس القبلي والقياس البعدي	220

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
197	تقديم نماذج في الاختبارات النفسية القبلية والبعديّة (بل رح) و(بد ج)	1
237	استمارة المعلومات الأولية	2
239	قائمة المحكمين للبرنامج العلاجي	3
240	يتعلق بالتراخيص والتسهيلات بمختلف القطاعات	4
244	نماذج بطاقة الأولوية لبعض المعاقين حركياً	5
246	يوضح الأجهزة التكميلية والمساعدة للمعاقين حركياً	6

# المقدمة

**المقدمة:** يعتبر اضطراب القلق والاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة في عصرنا الحالي، فهي تلقب باضطرابات العصر، وهذا ما تدل عليه كثرة الدراسات والبحوث المتعلقة بهذين الاضطرابين، "ان اضطراب القلق والاكتئاب من أهم الأمراض شيوعاً في عيادات الطب العام، فكثيراً ما يلتقي الاكثتاب مع القلق والقلق كعاصفة رئيسية في حياة البشر وعاملاً مشتركاً في معظم الأمراض" (سرحان وآخرون، 2008: 158).

ومن أهم العلاجات الناجحة في مثل هذه الاضطرابات هو العلاج المعرفي السلوكي والذي أثبتت العديد من الدراسات نجاحه وفعاليتة "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).

والدراسة الحالية تستهدف بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لكل المعاقين وبالخصوص المعاقين حركياً، الذين يعانون منها بشكل كبير، واهتم الباحث بمجموعة من الاضطرابات تتمثل في القلق والاكتئاب ومفهوم الذات لدى المعاق حركياً، باستخدام مجموعة من الاختبارات النفسية وهي كما يلي:

اختبار سمة القلق، واختبار بيك للاكتئاب، وقائمة تينسي لمفهوم الذات، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي فنياته كما يلي: (فنية المراقبة الذاتية، فنية الواجبات المنزلية، فنية الاسترخاء، فنية الحوار والمناقشة، فنية اعادة البناء المعرفي)، من أجل التخفيف من هذه الاضطرابات النفسية لدى مجموعة الدراسة المتكونة من 10 أفراد معاقين حركياً.

حيث تتمثل الدراسة في جانبين، وهما:

**الفصل الأول:** الاطار العام للدراسة: ويحتوي على مقدمة وإشكالية الدراسة، وفرضيات الدراسة، وأهمية الدراسة، أهداف الدراسة، المفاهيم الإجرائية للدراسة، حدود الدراسة

الزمانية والمكانية، الدراسات السابقة العربية والأجنبية، والتعليق عليها، وموقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: يحتوي هذا الفصل على العلاج المعرفي السلوكي، تعريفاته، وأسسه ومبادئه، وتقنياته وأساليبه العلاجية، والاسترخاء وأهميته ونظرياته العلاجية.

الفصل الثالث: ويحتوي على مفهوم الذات، تعريفاته وأشكاله، والاضطرابات المتعلقة به والنظريات الأساسية لمفهوم الذات، وصورة الذات، وصورة الجسم واضطراب صورة الجسم والعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب صورة الجسم.

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

الفصل الخامس: يحتوي على الاكتئاب تعريفاته وأنواعه وأعراضه، ونسبة انتشار الاكتئاب، والعلاقة بين القلق والاكتئاب، والعلاقة بين الحزن والاكتئاب، والنظريات المفسرة للاكتئاب، والعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

الفصل السادس: يحتوي هذا الفصل على، الإعاقة الحركية، تعريفها وأسبابها وأشكالها وما يتعلق بها من تأهيلات وعلاجات.

والجانب الميداني سيشتغل على الفصول التالية:

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

والفصل الثامن: يتعلق بالدراسة الأساسية المتمثلة في المجموعة التجريبية والضابطة ونتائج الاختبارات القبلية والاختبارات البعدية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

والفصل التاسع: ويتضمن مناقشة فرضيات الدراسة على ضوء النتائج المتحصل عليها، والخاتمة بالإضافة إلى التوصيات والمقترحات.

## الفصل الأول:

### الإطار العام للدراسة

- (1) - إشكالية الدراسة
- (2) - فرضيات الدراسة
- (3) - أهداف الدراسة
- (4) - دوافع الدراسة
- (5) - أهمية الدراسة
- (6) - التعاريف الإجرائية
- (7) - حدود الدراسة
- (8) - الدراسات السابقة
- (9) - التعليق على الدراسات السابقة
- (10) - موقع وجديد الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

## الفصل الأول

### الإطار العام للدراسة

1) اشكالية الدراسة: أن موضوع دراسة مفهوم الذات وما يتعلق به من مضامين لقي اهتماماً كبيراً من طرف المختصين والباحثين في مجال علم النفس، ولازال البحث متواصلاً لما لهذا الموضوع من أهمية بالغة، وفي هذا الصدد يقول محمد بلحسن (2007: 39) لقد تزايد الاهتمام في الوقت الحاضر بموضوع مفهوم الذات في مجال الأبحاث النفسية لما له من أهمية في توجيه شخصية الفرد، لأنه يمثل مفتاح الشخصية والمدخل الرئيسي لمعرفة خصائصها ومقوماتها.

ومفهوم الذات يتغير حسب حالة كل فرد وبيئته وخصائصه النفسية والجسمية، والصحية فالأفراد المعاقون حركياً يتكون لديهم مفهوم ذات سلبي ومنتدني مقارنة بالأسوياء زيادة على ذلك يكون مصحوباً بمجموعة من الاضطرابات النفسية كالخوف والقلق والاكتئاب والشعور بالدونية والنقص وكلما تلازمت هذه الاضطرابات مع الفرد المعاق حركياً كلما زاد الأمر سوءاً.

فالقلق والاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية وأكثرها انتشاراً في المجتمعات، سواء كانت عربية أم غربية، كما ينتشر بين الذكور والإناث بين الصغار والكبار بشكل عام، ويكون مصحوباً مع بعض الأمراض الصحية والجسمية، وخاصة الإعاقة الحركية التي تلازم الفرد طول حياته، وخاصة الإعاقة الشديدة التي تجعل الفرد محدوداً من الناحية الاجتماعية، والفكرية والعلمية، حيث تتكون لديه أفكار خاطئة ومشوهة.

حيث تعتبر مشكلة الإعاقة بجميع أنواعها من أهم المشاكل التي تحتل مركزاً حيوياً في برنامج تنمية الموارد البشرية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، وهؤلاء الأفراد يقعدهم تعوقهم عن المساهمة في الإنتاج ويصبحون عبئاً على اقتصاد المجتمع، حيث تبلغ تكلفة إعداد وتأهيل الطفل المعاق أكثر من عشرة أضعاف تكلفة الطفل العادي، وبعض



المعوقين يحتاجون إلى إعانة دائمة طوال حياتهم (خليل الشادلي وآخرون، 1999: 404)

ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي من أهم العلاجات التي كانت أكثر واقعية ونجاحاً في علاج هذه الإضطرابات النفسية، لما يحتوي من فنيات وأساليب عديدة منها السلوكية والانفعالية والمعرفية، من شأنها التلاؤم مع الكثير من الاضطرابات النفسية خاصة اضطراب القلق والاكتئاب، كما دلت على ذلك مجمل الدراسات السابقة التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق والاكتئاب، سواء كانت عربية أو أجنبية، وهذا ما سنتطرق إليه في الدراسات السابقة من هذا الفصل.

فالعلاج السلوكي المعرفي يناسب كل أنواع المشكلات النفسية، وهناك فروقاً واضحة في الطرق والاستراتيجيات التي تستهدف مشكلات بعينها، وهذه الاستراتيجيات متأصلة في المدخل السلوكي المعرفي وخاصة في الارتباط السببي بين المعارف اللاتكيفية والانفعالات والسلوكيات والفيزيولوجيا، وتصحيح المعارف اللاتكيفية ينتج عن محو للمشكلات النفسية (بلحسيني، 2016: 181)

وموضوع الدراسة الحالية يتعلق بتطبيق برنامج يتكون من عدة فنيات من العلاج المعرفي السلوكي، على مجموعة من المعاقين حركياً، للتخفيف من القلق والاكتئاب وتحسين مفهوم الذات، ومنه كانت إشكالية الدراسة العامة:

1- هل للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي أثر في تحسين مفهوم الذات وتخفيف القلق والاكتئاب لذوي الإعاقات الحركية؟  
الإشكاليات الجزئية:

2- هل توجد فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي في اختبار مفهوم الذات للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي؟

3- هل توجد فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي في اختبار القلق للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي؟

4- هل توجد فروق في نتائج القياس القبلي والبعدي في اختبار الاكتئاب للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي؟

(2) فرضية الدراسة العامة:

1- للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي فاعلية في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لدى المعاق حركياً.

الفرضيات العامة:

2- توجد فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار مفهوم الذات لصالح القياس البعدي.

3- توجد فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار القلق لصالح القياس البعدي.

4- توجد فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار الاكتئاب لصالح القياس البعدي.

(3) أهداف الدراسة:

محاولة بناء برنامج علاجي سلوكي معرفي لفائدة المعاقين حركياً.

تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين حركياً من خلال البرنامج العلاجي المتضمن فنية الحوار والمناقشة وفنية المراقبة الذاتية.

محاولة تخفيض القلق للمعاقين حركياً من خلال البرنامج العلاجي المتضمن فنية الاسترخاء والمراقبة الذاتية.

محاولة تخفيض الاكتئاب لدى المعاق حركياً من خلال البرنامج العلاجي المتضمن فنية الحوار والمناقشة وفنية إعادة البناء المعرفي والمراقبة الذاتية.

معرفة الفرق بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار القلق والاكتئاب ومفهوم الذات.

معرفة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لاختبار

القلق واختبار الاكتئاب، واختبار مفهوم الذات.

**(4) دوافع اختيار الموضوع:** رغبة الباحث من الناحية الواقعية على واقع المعاق حركياً من الناحية السلوكية والمعرفية والانفعالية، التعرف على مدى ملائمة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مجموعة من المعاقين حركياً.

رغبنا في اكمال البحث على باقي الإعاقات بداية من الإعاقة الحركية ونهاية بالإعاقة العقلية.

**(5) أهمية الدراسة:** إثراء الجانب النظري فيما يخص الاضطرابات النفسية المتمثلة في

القلق والاكتئاب ومفهوم الذات لدى المعاق حركياً.

محاولة التعمق أكثر ولفت الانتباه لهذه الشريحة من الناس ومعرفة متطلباتهم وحاجياتهم وكشف المعاناة التي يعاني منها المعاق حركياً عموماً وفي ولاية أدرار خصوصاً.

المساهمة في وضع برنامج علاجي سلوكي معرفي يتلائم مع المعاق حركياً ويتمشى

مع الامكانيات البسيطة المتوفرة في المنطقة.

تحسيس الأسرة والجمعيات الخيرية والدارسين في مجال التربية الخاصة والمعاقين حركياً بصفة عامة، بهذه الشريحة.

كما يعد القلق والاكتئاب من أبرز الاضطرابات النفسية التي يعانيها المعاق حركياً، خاصة عند الخروج من البيت والمواجهة وغيرها، مما يجعله محروماً من الأنشطة في المجتمع والكثير من الحقوق.

**(6) التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة**

**(1-6) البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي:** هو برنامج علاجي يتكون من فنيات معرفية

سلوكية (فنية الحوار والمناقشة، فنية الاسترخاء، فنية الواجبات المنزلية، فنية إعادة البناء

المعرفي، فنية المراقبة الذاتية)، يحتوي على 14 جلسة، يطبق على مجموعة من المعاقين حركياً، بهدف تخفيف القلق والاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لديهم، من إعداد الباحث.

**6-2)القلق:** تلك الحالة النفسية المولدة للضيق والحرج في المواقف اليومية لمجموعة الدراسة التجريبية والضابطة، بسبب الإعاقة الحركية، حسب درجات القلق المتحصل عليها لاختبار سبيلبرجر لسمة القلق.

**6-3)الاكتئاب:** الحالة النفسية والمزاجية التي يكون فيها المعاق حركياً، والتي تولدها إعاقته الحركية، وهذا استناداً إلى الدرجة التي يتحصل عليها حسب اختبار بيك للاكتئاب.

**6-4)مفهوم الذات:** الحالة النفسية من حيث مفهوم ذات متدني أو مرتفع أو متوسط، التي يكون عليها المعاقون حركياً في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وهذا بالاستناد إلى الدرجة الخام التي يتحصل عليها المعاق حركياً في قائمة تينسي لمفهوم الذات.

**6-5)المعاق حركياً:** هم المعاقون حركياً كل افراد المجموعة التجريبية والضابطة الذين يعانون من تشوهات وعاهات سواء في الأطراف السفلية أو العلوية، وبصورة جزئية أو كلية، والمسجلين بنسبة 100% بمديرية النشاط الاجتماعي للولاية.

#### 7) حدود الدراسة:

**الحدود الزمانية:** ماي 2018- ماي 2021

**الحدود المكانية:** في حدود ولاية أدرار، (بلدية رقان، وزاوية كنتة، وأدرار).

**الحدود البشرية:** مجموعة من المعاقين حركياً من جنس الذكور المسجلين في مديرية النشاط الاجتماعي، الحاملين بطاقة الأولوية.

**8) الدراسات السابقة:** يقول سبير وليم أوسلر " ان دراسة ظواهر المرض دون الاطلاع على ما كتب عنها سابقاً أشبه بالإبحار في محيط لا روافد له" (بلحسني، 2016: 48). ولذلك حاول الباحث أن يعطي أهمية للموضوع، من حيث الدراسات

السابقة والجانب النظري بقدر المستطاع للإلمام بالموضوع من جميع الجوانب حتى يكون الموضوع أكثر دقة.

أولاً: الدراسات العربية.

#### 1. دراسات مفهوم الذات والاكتئاب والقلق:

(1)- دراسة غريب 1992 في موضوع " مفهوم الذات لدى المراهقين المصريين والإماراتيين وعلاقته بالاكتئاب" كما حاول الباحث دراسة أثر الاختلافات في مفهوم الذات والاكتئاب والعلاقة بينهما، حيث تكونت العينة من (904) من المراهقين بالمرحلة الإعدادية (240) ذكر و(243) أنثى من المصريين ومن الإمارات العربية (213) ذكراً و(208) أنثى تراوحت أعمار العينة الكلية بين 11 و18 سنة، طبقت عليهم قائمة بيك للاكتئاب للصغار وقائمة بايرز، هاريس لمفهوم الذات للصغار، فتمين بالنسبة للعينة المصرية وجود ارتباطات سالبة ودالة احصائياً عند مستوى 0.01، بين مفهوم الذات والاكتئاب لدى عينة الذكور وعينة الاناث والعينة الكلية ونفس النتيجة لعينة الامارات العربية (عبدالفتاح غريب، 1995: 2).

(2)- دراسة نجوى شعبان خليل 1994 بعنوان "مفهوم الذات وعلاقته بالقلق والاكتئاب والخوف لدى الأطفال، حيث تكونت العينة من 206 طفلاً، نصفهم ذكور ونصفهم اناث، أعمارهم ما بين (9-12) سنة من مصر والسعودية، طبقت عليهم قائمة وصف الذات وقائمة الاكتئاب للأطفال، وبينت النتيجة وجود ارتباط سالب ودال احصائياً، بين مفهوم الذات وكل من قلق الحالة والسمة والاكتئاب والخوف (بشير معمرية، 2012: 78)

(3)- دراسة إدريس سامية حجازي، والتي هدفت إلى معرفة فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، ومعرفة العلاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب، ومعرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والاكتئاب التي تعزى إلى النوع استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، بحيث تكونت العينة من "60" مريضاً بالفشل الكلوي، يعانون من القلق

والاكتئاب، وكانت أدوات الدراسة كما يلي: استمارة البيانات الأساسية، ومقياس القلق والاكتئاب "هادس"، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، من إعداد الباحثة، وتوصلت الدراسة إلى أن تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، قد حقق تحسناً جوهرياً في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن (حجازي، 2007: 7)

4- دراسة محمود البجاوي: والتي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج إرشادي في تعديل مفهوم الذات لدى طلبة كلية التربية، العينة تتكون من "40" طالب وطالبة والذين كان لديهم تقدير منخفض لذواتهم بناءً على درجاتهم حسب مقياس مفهوم الذات، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية تلقت التدريب على أسلوب توكيد الذات من خلال الارشاد الجماعي لمدة عشر جلسات، والمجموعة الضابطة لم تتلقى أي تدريب، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى "0.05" لصالح المجموعة التجريبية. (البجاوي، 2010: 37)

6- دراسة علي عليح الجميلي حول موضوع " فاعلية برنامج ارشادي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المكتئبين" تكونت العينة من 16 طالباً وطالبة من كلية التربية الصف الثالث الذين يعانون من الاكتئاب بناءً على درجاتهم على مقياس الاكتئاب عدت درجاتهم اختباراً قبلياً ثم وزعوا عشوائياً إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تلقت أفرادها البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الجماعي ب14 جلسة، والمجموعة الأخرى ضابطة لم تتلقى أي تدريب وبعد استخدام اختبار ولكوكسن للمجموعات المترابطة واختبار مان وتني للمجموعات المستقلة في التحليل الاحصائي وتوصلت الدراسة إلى: وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى الدلالة (0.05) لمصلحة التجريبية (الجميلي، 2013: 31)

II. الدراسات التي تناولت القلق والإعاقة الحركية:

1- دراسة عبد المعطي هاشم 1988، حول "مفهوم الذات لدى المراهقين المعوقين جسمياً" تكونت العينة من 155 معوقاً من المراهقين المصابين بشلل الأطفال من مراحل التعليم الاعدادي والثانوي والجامعي، 71 ذكراً و84 أنثى منهم معوقين جزئياً، ومعوقين كلياً، كما استعملت عينة أخرى ضابطة تكونت من 75 مراهقاً من نفس المراحل التعليمية اسوياء، وتمت مجانسة الجميع في العمر والذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي طبق عليهم قائمة تينسي لمفهوم الذات، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائياً، عند مستوى 0.01 بين المعوقين والأسوياء في جميع أبعاد مفهوم الذات لصالح الاسوياء (معمرية، 2012: 75).

2- دراسة الرضي (1990م) التي دراسته هدفت إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها المعوقون حركياً في محافظة اربد 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 (القحطاني، 2009: 99).

3- 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).

4- كما هدفت دراسة ( بطاينة ومقابلة، 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 (سارة القحطاني، 2009: 99)

5- 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 (حببية ضيف الله، 2012: 5).



(6) - دراسة حسن أديب عماد(2015)، موضوع "دراسة الفروق بين المعاقين حركياً والعاديين على مقياس ماسلو للأمن النفسي، دراسة ميدانية لعينة من طلبة جامعتي دمشق والفرات، وهدفت الدراسة إلى البحث في الفروق بين العاديين والمعاقين جسمياً/حركياً من طلبة الجامعة، كما يرويه مقياس الشعور بالأمن النفسي ل "ماسلو" ووفق متغير الجنس وطبقت الدراسة على عينة قوامها "147" فرداً على طلبة جامعتي دمشق والفرات، منقسمين إلى 100 فرد من العاديين 50 فرداً من الذكور و50 فرداً من الإناث، إضافة إلى 47 من المعوقين حركياً 28 ذكر و19 انثى، وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

عدم وجود فرق دال احصائياً بين العاديات والمعاقات حركياً من الإناث وفق متغير الامن النفسي. عدم وجود فرق دال احصائياً بين العاديين والمعاقين حركياً من الذكور وفق متغير الامن النفسي. كما لا يوجد فرق دال احصائياً بين العاديين والمعوقين حركياً بالنسبة للعينة الكلية على متغير الامن النفسي. (حسن اديب عماد، 2015):

### III. الدراسات التي تناولت القلق والعلاج المعرفي السلوكي:

(1) - 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 إحصائية 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 إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات

أطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس اضطرابات القلق.

(2)- دراسة سارة معطوب القحطاني، التي هدفت إلى 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

الاختبار القبلي والبعدي للأطفال المعاقين حركياً؟ (القحطاني، 2009: 7)

(3)- دراسة سهيل، والتي هدفت إلى تقصي أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المصابين بمرض الثلاسيميا في محافظة رام الله في غزة بفلسطين، عينة الدراسة (30) طفل يعانون من المرض، طبق عليهم مقياس القلق وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي بطريقة عشوائية، أعمارهم تتراوح بين (8 / 12) سنة، طبق على المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي المتكون من 16 جلسة، لمدة شهر و نصف، وتوصلت الدراسة إلى مايلي: توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى "0.05" لصالح المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، لا توجد فروق دالة عند مستوى "0.05" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياس البعدي والتتبعي تعزى للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ( فرح سهيل، 2011:

(98)

**IV. دراسات في الذات والإعاقات الحركية:**

1)- دراسة العتوم والمومني التي هدفت إلى التعرف على أثر أسباب الإعاقة والوضع الاجتماعي ومكان السكن في مفهوم الذات للمعوقين حركياً في الأردن، وقد تألفت عينة الدراسة من (340) معوقاً حركياً، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة الى 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 (العتوم، والمومني، 1994: 55)

2)- دراسة أحمد الصمادي ومحمد أحمد المومني، 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 من (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 (الصمادي والمومني، 1995: 77)

3)- دراسة قرينات بن شهرة وباهي السلامي هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مشكلات المعاقين حركياً في بعض الولايات الجزائرية في المجال النفسي والاجتماعي والصحي، ولتحقيق ذلك استخدم أداة لقياس الصدق والثبات المناسبة وتم توزيعها على عينة مكونة من 180 معاق حركياً من ولاية (الأغواط، غرداية، ورقلة، وكشفت نتائج الدراسة على أن مشكلات المعاقين حركياً كانت ضمن درجة (غالباً)، كما توصلت الدراسة أن المشكلات الصحية في المرتبة الأولى ثم المشكلات الاجتماعية، وفي الأخير المشكلات النفسية لدى المعاقين حركياً (بن شهرة، السلامي، 2016: 71).

4- دراسة أبو فايد 2010، والتي تهدف إلى مامدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الإكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، على عينة موزعة على مجموعتين ممن يعانون من الفشل الكلوي، المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، باستخدام الأدوات التالية: مقياس بيك للاكتئاب، والمقابلة الإرشادية، البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة. كما استخدمت الأساليب الإحصائية التالية: "اختبار ت" لمعرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة، والمتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والوزن النسبي، معامل الارتباط بيرسون لمعرفة صدق وثبات الفرضيات، ومعامل كرونباخ. وقد تم تطبيق الأدوات بصورة فردية لصعوبة التطبيق الجماعي، وعدم توافر عينة الدراسة كلها في وقت واحد، وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية: وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح التجريبية، وأن درجة الاكتئاب انخفضت بشكل ملحوظ بعد تطبيق البرنامج. (أبو فايد، 2010: 6)

#### ثانياً: الدراسات الأجنبية.

1- دراسة هولون س.د، دريبث ر.س وآخرون 1991: في العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالعقاقير للاكتئاب النفسي، حيث المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وبين العلاج بالعقاقير باستخدام هيدروكلوريد الإمبرامين ثلاثي الحلقي لعلاج مرض الاكتئاب، حيث شملت العينة 107 مريضاً، خارجياً مصاباً بالاكتئاب الدهاني وأحادي القطب، وكانت أدوات الدراسة: التشخيص للتصنيف الدولي للأمراض العصبية 1987، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس هاملتون للاكتئاب، وكانت النتائج ، لم يختلف العلاج المعرفي عن العلاج بالعقاقير من حيث الاستجابة باختفاء أعراض المرض، سواء في التحليلات المبدئية، أو في التحليلات الثانوية على أكثر المصابين بالاكتئاب. (الفت كحلة، دون سنة، 88)

2- دراسة برونز وآخرون 1992: هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، والعلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعقاقير وذلك لعلاج القلق والاكتئاب، على "

79" ممن يعانون القلق والاكتئاب، حيث استخدمت فنيات المناقشة، والمراقبة الذاتية، وإعادة البناء المعرفي في برنامج استمر لمدة 12 أسبوعاً، وكانت نتائج الدراسة كما يلي: فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب، حيث وجدت درجة دالة من التحسن لدى المرضى بعد تلقي البرنامج العلاجي، كما لم توجد فروق دالة من التحسن لدى المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالعلاج بالعقاقير. (إدريس، 2007: 183).

3- دراسة برينت دأ، هولدرد كلود وآخرون 1997: حيث هدفت الدراسة إلى كفاءة العلاج المعرفي أو العلاج العائلي، أو العلاج بالمساندة لعلاج الاكتئاب لدى المراهقين، حيث كان عددهم 107 مريض بالاكتئاب الشديد، خضعوا عشوائياً لثلاث طرق من العلاج وهي العلاج السلوكي المعرفي للشخص، والعلاج الأسري المنظم، والعلاج بالمساندة الغير موجه، لمدة (12 إلى 17) جلسة، باستعمال مقياس بيك للاكتئاب 1961، ومقياس العلاقات الأسرية 1988، وكانت نتائج الدراسة كما يلي: أن العلاج المعرفي السلوكي أظهر تقدماً في علاج حالات الاكتئاب الشديد مقارنة بالعلاج المساند الغير موجه (17.1%) وأعطى نسبة علاج أعلى (74.7%) تعرف على انها غياب الاكتئاب تماماً وعلى الاقل 03 اجابات بيك بدرجات أقل من 09 بالنسبة للعلاج السلوكي الأسري (37.9%) أو العلاج المساند الغير موجه (39.3%) كما أثبت العلاج المعرفي السلوكي أكثر كفاءة من العلاج السلوكي العائلي أو العلاج المساند للمرضى المكتئبين كما كانت نتيجة أسرع وأكثر اكتمالاً (كحلة، دون سنة: 112)

4- دراسة ديروبير وآخرون 2000: هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين أثر العلاج العقاقيري والعلاج السلوكي المعرفي على الاكتئاب، لدى المرض بالأعراض العضوية المزمنة، وإلى مقارنة فعالية نتائج العلاج بالعقاقير المضاد للاكتئاب والسلوكي المعرفي، في المرضى المصابين بالاكتئاب الشديد، ثم مقارنة نتائج العلاج بالعقاقير والعلاج المعرفي السلوكي، داخل أربع دراسات مختلفة من نفس أفراد العينة، وقد أبانت

النتائج فعالية العلاج المعرفي السلوكي أكثر من العلاج العقاقيري. (ادريس، 2007: 143)

(5) - دراسة أوست وآخرين (2000) 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 و 60) 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. (الغامدي، 2013: 218)

(6) - دراسة لندن وآخرين 2005: 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 الإنتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر (عن ضيف الله الغامدي، 2013: 214).

## 10) التعليق على الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات العربية.

1) من حيث الموضوع: حاول الباحث الالمام بمجموعة من الدراسات السابقة التي لها صلة بالبحث الحالي، وقد كانت متعددة المواضيع، مثل الإعاقة وعلاقتها بمفهوم الذات، والإعاقة الحركية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب والعلاج المعرفي السلوكي للمعاق، والعلاج المعرفي السلوكي للقلق والاكتئاب، كما كان للقلق والاكتئاب الأهمية الكبرى، وهذا التعدد دلالة واضحة على إهتمام الباحثين والمختصين في علم النفس بهذه المواضيع، والتي تعتبر من صلب الواقع المعاش.

2) من حيث الجنس، وحجم العينة: كل الدراسات تقريباً كانت الجنسين الذكور والإناث، دون تخصيص أحد الجنسين، أما من العينة فكانت أغلب هذه الدراسات على عينة متوسطة الحجم أو صغيرة الحجم، ماعدا دراسة العطية 2002 بحجم 700 فرد، ودراسة غريب 1992 بحجم 904 فرداً.

3) من حيث أدوات الدراسة: تمثلت أدوات الدراسة في البرامج العلاجية المصممة من برامج معرفية وسلوكية، أو سلوكية، أو عبارة عن استرخاء، والعلاج الدوائي من أجل المقارنة لفعالية أحد العلاجات النفسية، كما استعملت استبيانات التقدير الذاتي، كاستبيان القلق والامتئاب، ومفهوم الذات، والمشكلات النفسية الأخرى.

4) من حيث المنهج المتبع: تمت معالجة مواضيع الدراسات السابقة بالمنهج الشبه التجريبي، حيث يعتبر المنهج المفضل لمعالجة هذا النوع من الدراسات التي تعتني بإضافة أثر على أحد المتغيرين، كما أن نتائجه ملموسة وقابلة للتجريب ولإعادة.

5) من حيث القدم والحداثة: كل الدراسات السابقة التي تحصل عليها الباحث حديثة نسبياً في بدايات القرن 21م، ماعدا دراسة الرضي سنة 1996، ودراسة غلاب والداسوقي سنة 1996م، ودراسة 1986م، وهذا يدل أهمية هذه المواضيع في عصرنا الحالي.

## ثانياً: الدراسات الأجنبية.

من حيث الموضوع كل الدراسات الأجنبية كانت منحصرة في المواضيع المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي، على المصابون بالقلق أو بالقلق والاكتئاب معاً، أو مقارنة العلاج السلوكي بالأدوية وغيرها، كما كانت كلها جديدة في بدايات القرن 21م، وأقدمها في التسعينات من القرن الماضي.

كما كان المنهج التجريبي أو شبه التجريبي المستعمل في كل الدراسات الأجنبية لدى الباحث، وتمثل جنس الدراسة في الجنسين معاً. كما كانت الأدوات تتمثل في اختبارات التقدير الذاتي مثل اختبار القلق واختبار الاكتئاب، والبرنامج العلاجي.

**(11) موقع وجديد الدراسة من الدراسات السابقة:** من حيث اختلاف الجنس كل الدراسات السابقة كانت على الجنسين معاً مقارنة بالدراسة الحالية التي كانت على جنس الذكور فقط، وهذا راجع إلى خصوصية المنطقة بالنسبة إلى جانب الفتاة المعاقة حركياً التي تكون أكثر تحفظاً، كما أن التنقل في حد ذاته ارهاق للمعاق حركياً، ولذلك كانت الدراسة مباشرة على جنس الذكور، الذين بوسعهم التنقل قدر المستطاع إلى القاعات العلاجية.

كما تتفق الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث المنهج المتبع والذي يعتبر المنهج الأنسب لمثل هذه الدراسات التي يتم فيها التعرف على الأثر أو الفاعلية للبرنامج العلاجي.

كما تختلف الدراسة الحالية باهتمامها بالمعاقين حركياً بالضبط من حيث مفهوم الذات وقلق السمة والاكتئاب، لأنه توجد العديد من الدراسات التي تدرس المعاقين من عدة متغيرات نفسية.

كما أن الدراسة الحالية تتوافق مع اختيار العلاج المعرفي السلوكي خاصة في الدراسات الأجنبية، وهو العلاج الفعال خاصة لاضطراب القلق واضطراب الاكتئاب.



كما استفاد الباحث من إثراء الجانب النظري للدراسة الحالية هذا من حيث الجانب النظري، أما من حيث الجانب التطبيقي فقد استفاد الباحث من دعم وتفسير فرضيات الدراسة، والتعرف على المواضيع المتعلقة بالإعاقة الحركية والمشكلات المترتبة عليها، والأساليب التي يتم بها علاج موضوع الإعاقة الحركية، كما تم التعرف أيضاً على قوة وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالعلاجات الأخرى.

**وجديد الدراسة ينحصر في عدة نقاط أهمها:**

اهتمت الدراسة الحالية على ذوي الإعاقات الحركية الشديدة والمقدرة بنسبة 100 %، وفي حدود علم الباحث لا توجد دراسة سابقة اهتمت بالمعاقين حركياً بهذه النسبة العالية من الإعاقة سواء من الدراسات العربية أو الأجنبية.

كما اهتم الباحث بدراسة اضطراب القلق والاكتئاب ومفهوم الذات، وهذه الاضطرابات من أهم الاضطرابات شيوعاً عند المعاقين حركياً، فالدراسة الحالية تشترك مع بعض الدراسات السابقة ولكن لم تحصر هذه الاضطرابات بالضبط في دراسة واحدة في حدود علم الباحث، حتى بعض الدراسات في المشرق العربي قد تعالج أكثر من اضطراب ولكن لم تحصر القلق والاكتئاب ومفهوم الذات في دراسة واحدة دون التطرق إلى متغيرات أخرى.

كما أن هذه الدراسة على منطقة (أدرار وزاوية كنتة ورقان) في موضوع الإعاقات الحركية تكشف عن حجم الإعاقات بمختلف أنواعها في ولاية أدرار، وخاصة منطقة رقان التي لازالت تعاني من الأثر السلبي للقتيلة النووية.

## الفصل الثاني

### العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد

- (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
- (10)- تفسير النظرية المعرفية السلوكية للاسترخاء
- (11)- نظرية العلاج المعرفي السلوكي
- (12)- العلاج المعرفي السلوكي عند ميكينوم
- (13)- العلاقة العلاجية
- (14)- تكامل العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة

## الفصل الثاني

### العلاج المعرفي السلوكي

**تمهيد:** يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من أهم العلاجات الحديثة في مجال علم النفس، ومن أهم العلاجات التي نالت حظها من الشهرة، وهذا راجع إلى نجاحها في علاج الاضطرابات النفسية والحد من شدتها، كما أنها تعالج أهم الاضطرابات النفسية شيوياً كقلق والاكتئاب والاضطرابات الأخرى، وفي هذا الفصل نتطرق إلى التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي، وأساسه وأهدافه ونظرياته، وكيفية استعمال التقنيات التي يعتمد عليها في 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 وتكييف السلوك، وأيضاً تحيية السلوك غير التكيفي من خلال هذا العلاج، 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 (ابوعطية 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 الاضطرابات من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات الانفعالية وغيرها لهذه

الاضطرابات بغرض تعديل المكونات المشوهة منها والعمل على تحويلها الى مكونات أكثر ملائمة وصحية (الخولي، 2008: 68).

يعرفه عبد الستار " هو أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك، ويركز على تطور وتكييف السلوك، وأيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي، ويتم تعديل العديد من المشكلات العيادية كالقلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار " (عبد الستار، دون سنة: 264).

نستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي، هو أحد العلاجات النفسية الحديثة نسبياً، فنياته تدمج بين العلاج المعرفي بهدف تعديل الجانب المعرفي وتبديل الأفكار وتعديلها، وبين العلاج السلوكي لتعديل السلوكيات وتصحيحها، وبذلك يستعمل عدة فنيات سلوكية ومعرفية لتعديل الكثير من 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 وهي:

إن الأفكار يمكن أن تؤدي الى الانفعالات والسلوك. ان الاضطراب والانفعال ينشأ كل منهما من التفكير المنحرف المؤدي إلى سلوكيات غير ملائمة.

الاضطراب الوجداني يمكن بمجرد تغيير التفكير (مصطفى بظاظو، 2011: 123).  
العمل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل الى الحلول.

أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الانساني.  
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).  
من خلال ما سبق نستنتج أن هذه الأسس والمبادئ تتفق كلها حول نقطة تأثير  
التفكير والعمليات المعرفية على السلوك والانفعال، بمعنى أن الاتجاه العلاجي يكون  
موجه نحو تغير وتصحيح المفاهيم، كما تشير هذه المبادئ إلى أن انفعالاتنا وسلوكياتنا  
تحددها طريقة تفكيرنا، وعلى هذا الأساس يبنى أي برنامج علاجي، وفي الدراسة الحالية  
يحاول الباحث استخدام بعض التقنيات الموجهة مباشرة إلى تغير المفاهيم وتصحيح  
الجانب المشوه من العالم، ومن بينها فنية إعادة البناء المعرفي التي من خلالها نصحح  
الأفكار الخاطئة حول ما يتعلق بالمعاق حركياً.

### 3) أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

مواجهة أفكار المريض وإقناعه بضرورة الاحلال للأفكار السلبية التي يساعده فيها  
المعالج لإيجاد بدائل لهذه الأفكار التلقائية، نقول له مثلاً:  
ما دليلك على ايمانك بهذه المعتقدات او 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 يصحح اذا المعرفية الخاطئة ومعتقداته المختلفة وظيفياً والتي تعرضه  
لخبرات مشوهة.  
تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات لدى المريض والتي تعمل على الإبقاء على أنماط  
السلوك والانفعالات.

إدراك 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 اعادة 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:

**ا) الاتفاقيات:** والمقصود بها تلك الارتباطات والاتفاقيات التي تعقد من أجل سير العملية العلاجية وتحقيق الهدف الذي يقام 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 والهدف، وهذا له دور أساسي في نجاح العملية العلاجية والهدف المتفق عليه كما يتم تحديد الأسلوب العلاجي الذي تسير عليه العملية العلاجية، والأسلوب العلاجي كوسيلة لإقناع العميل بفعل شيء معين يتفق مع الهدف (عادل عبد الله، 2000: 39).

**ب) الأهداف:** اي ما يريد الطرفان الوصول إليه في إطار العملية العلاجية وهو عموماً يتمثل في التعبير 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 (عادل عبد الله، 2000: 39).

**ج) 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:

1) 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، وأن يرعي في ذلك اطلاع المعالج وميوله واهتماماته لكي ينجذب ويدخل في العملية العلاجية بشكل ايجابي.

2) 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 الى تصور مشترك لتلك المشكلات والتعرف عليها، ويستحسن أن يستخدم المعالج اللغة المستخدمة من طرف العميل والمفاهيم التي يعتنقها من اجل فاعلية العلاج.

3) تغير الفنيات: يذكر 1995dryden درايدن لانجاز المهام لكلا الطرفين يتطلب توفر الأمور التالية: فهم المريض ما أسند إليه، ويدرك انجازه مساهمة في تحقيق العلاج.

أن يقدر على الأداء بالشكل المطلوب، ويدرك أن التغيير يحدث من خلال التكرار للمهام، وفهم طبيعة المهام المسندة للمعالج، ويجب أن يدرك العلاقة بينه وبين مهام المعالج وبين المهام والأهداف.

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

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

أن يتقدم المعالج في العلاج بخطى مناسبة، واستخدام الفنيات الأقر على مساعدة المريض لتحقيق الهدف (عادل عبد الله، 2000: 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 بالاقترحات وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار وإيجاد هذه الفرص المناسبة لتدريبه، ودوره كمشخص حيث يجمع المعلومات عن الفرد من مصادر متعددة ويدمج 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 ( السيد عبدالحكيم، 2009: 10).

**6) نقاط القوة والضعف من منظور التعددية والاختلاف:**

**أ) نقاط القوة من منظور التعددية والاختلاف:** توجد عدة نقاط قوة للمقاربات السلوكية المعرفية من منظور الاختلاف والتعدد الثقافي، فاعندما يتعرف المعالج على جوهر قيم المجتمع الثقافي للعميل يمكنه من مساعدة العميل على اكتشاف وفحص هذه القيم. ويمكن للمعالج والعميل أن يعملان مع بعض لتعديل المعتقدات والمسارات المختارة.



ويعتبر هذا العلاج حساس للوضع الثقافي في ممارساته لأنه يعالج ويفند نظام الفرد العقائدي أو نظريته الى العلم كجزء من العلاج، وجزء كبير من الحياة للفرد يكون من خلال التفاعل مع المجهودات وسعادتهم تعتمد بشكل كبير على فاعليتهم وأدائهم 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 تعتبر بداية مناسبة لعلاج العملاء من ثقافات متعددة، ويركز على العلاج الفردي وأثر البيئة الخارجية، وعلى الطبيعة النشطة وعلى التعلم والاعتماد على السلوك الحالي، ومختصر للجهد والوقت (389: 2010، Gerald).

**ب) نقاط القوة والاختلاف والتنوع الثقافي:** ومن نقاط الضعف في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على مجتمعات متنوعة هي:

تردد بعض العملاء للنتائج عن قيمهم الأساسية في ثقافتهم.

فبعض 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. (390: 2010، Gerald).

## 7) نقاط مهمة في السلوكية:

ترى نظرية العلاج السلوكي بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة، والأعراض هي المرض، كما ترى القلق والاكتئاب والانفعالات الأخرى لا تزيد وفق هذه النظرية عن كونها استجابة شرطية، انفعالية، أو ردود أفعال لتلك الاستجابات المشروطة ومن هنا فالأعراض هي المرض، ويكون العلاج فعالاً إذا استطعنا التخلص من تلك الأعراض وبالتالي التخلص من المرض، ومن بين ما يتفوقون السلوكيون ما يلي:

ينظرون إلى الرض النفسي سلوكاً شاذاً ومكتسباً بفعل عمليات خاطئة من التعليم.

ينظرون للأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسي والاضطراب.

لا يبذلون مجهوداً في تفسير السلوك في إطار صراعات الطفولة أو الغريزة أو الوراثة، وإن وجود وراثة أو غريزة لا يجب أن يؤثر بأي حال في مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ.

البدئ في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه.

دور المعالج لا يتوقف عند التشخيص بل مساعدة المريض في تحديد الدقيق لانماط السلوك السوي، والمساعدة فب وضع الخطة العلاجية (عبد الستار، 2011: 59)

## 8) فنيات العلاج المعرفي السلوكي: تنقسم الى ثلاثة أقسام وهي:

أ) 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.

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

ج) فنيات سلوكية: الإسترخاء، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الإشتراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب، إشرط التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، التعريض، ومنع الإستجابة ..... الخ.

ومنها مايلي:

أ) 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 لمكافئات التي يتلقاها الفرد من نفسه لذاته والعقاب بأي صورة من الصور.

ب) 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.

ت) 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. (عبد الستار، دون سنة:263).

ث) 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 الى توقع نتيجة غير سارة، وهدف هذه الفنية التعرف على تلك الأفكار وتبديلها بأفكار إيجابية تؤدي الى نهاية حسنة، ولهذا يطلب من المريض أن يسجل يومياً على ورقة تلك الأفكار التلقائية، التي تمر بذهنه وهذا جزء من العلاج. (الغامدي، 2013: 71).

ج) 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، الى "100" بالمئة فعال جداً، وهذه الفنية مفيدة جداً في استبدال الأفكار التلقائية والاعتقادات الأساسية. (الغامدي، 2013: 176).

ح) إعادة البناء المعرفي: حيث يسجل العميل أفكاره السلبية مما يساعد على قدرته على إختبار الواقع ولها عدة أهداف:

- جعل العميل قادراً على مراقبة افكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضراب نفسي.

- اختبار الواقع بايجاد 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 امكانية تطبيق أودعم هذا الأسلوب من التفكير عندما يتعرض لمشكلات أخرى.

خ) 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.

د) 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.

ذ) جدول الأنشطة السارة:

عادة تستخدم هذه الجداول في علاج وتشخيص الإكتئاب وغيرها من الإضطرابات 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 أثر ممارسته للأنشطة وقدرته على تسجيلها.

ر) المناقشة وتبادل الحوار:dissicusion:بعد الإنتهاء من سرد القصة يقوم المعالج بتبادل الحوار بحضور ومشاركة الأم أوالمعلمة بحيث يستخدم المعالج المناقشة طوال الجلسات لأن لها أهمية في التواصل اللفظي والإجتماعي والإنفعالي 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.

ز) 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 الى البسيط الى السلوك المركب ولا ينتقل الى السلوك الأخر حتى ينجح السلوك السابق، ويتم اختيار نوع الواجبات بما يناسب مع هدف العلاج ويكون مع استخدام المعززات (عبد الستار، د ت:265).

س) 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).

ش) فنية الجدل المباشر: هذا الأسلوب يفيد عند شعور المريض 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 الأمور الخطيرة، لأنه من الصعب أن نعطي جدلاً مقنعاً دون أن نسبب للمريض نوعاً من الدونية والضييق والهزيمة وبلا نقاش تتحول الى نزاع معرفي (الغامدي، 2013: 177).

ص) فنية صرف الانتباه: و هذه 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 (الغامدي، 2013: 183، 185).

ض) الاسترخاء العضلي: وهي عبارة عن تمارينات يصبح المريض من خلالها بين حالتين التوتر العضلي والاسترخاء العضلي بوضوح وبالتدرج يصل المريض الى 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 التوتر الجسمي (عبد الستار، 268).

ط) الإسترخاء 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 الى 7 ثوان

تتبعه فترة ثبات للعضلة المشدودة تستغرق الزمن نفسه أو أقل قليلاً ثم إرخائها لمدة تتراوح بين "20 الى 30" ثانية ويكرر الأداء لمرة واحدة على الأقل، وإذا استمر التوتر يمكن مده الى 05 مرات ويمكن البدء من الرأس الى القدمين أو العكس، ويوصي أن يزول الفرد الاسترخاء التقدمي مرة أو مرتين من "15 الى 20" دقيقة كل مرة ومع أنه يمكن القيام بالاسترخاء التدريجي مع فتح العينين الا أنه يفضل أن يغلق الفرد عينيه لعزل المثيرات التي تقع في محيط نظره "(علي عسكر، 2003: 190).

**9) الاسترخاء:** في سنة 1939 أهتم الطبيب جاكسون بالاسترخاء، في كتابه سنة 1964 بشكل منظم " الاسترخاء التصاعدي" وتوصل الى ان هذه الطرق تؤدي إلى فائدة كبيرة في علاج مرضى القلق، كما يجمع علماء العلاج النفسي والعلاج السلوكي في تخفيض القلق والاكتئاب. (عبد الستار ابراهيم، 1998: 210).

#### **أ) أهمية الاسترخاء وفوائده:**

1 يعتبر الإسترخاء مؤشراً 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).

وللاسترخاء عدة فوائد ومن أهمها مايلي:

يمكن أن يستخدم مستقلاً، أو مع أساليب علاجية أخرى كالتطمين التدريجي، أو التعويد على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الاكتئاب.

يمكن استخدامه كأسلوب للتدريب على المهارات الاجتماعية وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب.

كما تستخدم كطريقة لمساعدة الشخص على الهدوء.

كما تستخدم التغيير عن الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحياناً من الاسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب ومن تم يمكن للفرد أن يدرك المواقف المهذدة بصورة منطقية.

كما يمكن أن يستخدم كاتقنية منفردة في كثير من المشكلات المرضية التي ترتبط بالاكتئاب وتستنير التوتر النفسي (عبد الستار ابراهيم، 1998: 213).

### ب) التدريب على الاسترخاء:

يستغرق التدريب على الاسترخاء العضلي المنظم، ستة 06 جلسات في العيادات النفسية، بحيث كل جلسة لا تقل عن 20 دقيقة ويطلب من المريض أن يمارس التدريبات 15 دقيقة يومياً بنفسه حسب الارشادات العلاجية، ويجب أن نعطي تصوراً عاماً على المريض عن اضطراب القلق ونبين له أن الاسترخاء العضلي طريقة للتخفيف من التوترات النفسية والقلق (عبد الستار، 2011: 124).

### ج) 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، أنه حوار داخلي بين أنفسنا بغرض تفسير العالم الذي نعيشه وإذا كان الحديث مع الذات إيجابياً فإن النتيجة توجه السلوك بشكل إيجابي، أما إذا كان الحديث مع الذات سلبياً فإن توجيه السلوك بشكل سلبي ويتوقع ان الحديث مع الذات الإيجابي يقود الى إنجاز الهدف ويزيد الثقة بينما الحديث مع الذات السلبي يقود الى 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) العلاج المعرفي السلوكي عند ميكنبوم:** كما يلخص باترسون ان العلاج السلوكي المعرفي عند ميكنبوم ليس علاجاً سلوكياً تضاف اليه بعض الأساليب المعرفية كما حدث في مجموعة من الطرق المقترحة من بعض المعالجين مثل جولد، وفرايدودافيسون، وأوليري وويلسون.

ونظرية ميكنبوم 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 والانفعالات غير المتكيفة، وبذلك فإن العلاج ينصب على تعديل التعليمات الذاتية التي يحدث بها المسترشدون أنفسهم بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع مواقف المشكلات يواجهونها بالإضافة الى إمكانية استخدام الأساليب الخاصة بنموذج ميكنبوم بشكل منفرد فإنه يمكن إدماجها مع الأساليب السلوكية المعرفية وكذلك مع الظروف الخاصة بإعادة البناء المعرفي (محروس الشناوي، 139).

**أ) عملية العلاج عند ميكنبوم:** عملية تعديل السلوك عند ميكنبوم تتم من خلال تتابع جملة من العمليات الوسيطة تتضمن التفاعل بين ثلاث متغيرات هي: الحديث الخاص عن الذات، البنية المعرفية، والسلوك والنواتج، ويصف ثلاث مراحل من عمليات التغيير يتم من خلالها التفاعل بين هذه الجوانب الثلاثة:

المرحلة الأولى:

الملاحظة الذاتية: وهي أول خطوة في تغيير السلوك ومعناها تدريب المسترشد على الكيفية التي يستطيع بها ملاحظة سلوكه، وفي البداية تتميز تخيلاته وحواره الداخلي

بالتعليمات الذاتية السلبية وتتضمن هذه العملية حساسية زائدة لأفكاره ومشاعره وسلوكه في التغيرات الفيسولوجية التي تصاحبها وطرق التفاعل التي يبدئها في علاقته بالآخرين.  
المرحلة الثانية:

بدء حوار داخلي: يتعلم المريض أن يلاحظ سلوكياته اللاتوافقية كنتيجة مباشرة للتواصل والتلاحم المبكر بين المعالج والعميل، ويبحث عن الفرصة المتاحة لممارسة سلوكيات توافقية بديلة، وعندما يرغب العميل في التغيير يقول لنفسه يجب أن أبدأ سلسلة جديدة من السلوكيات التي تختلف عن السلوكيات اللاتوافقية، ويتعلم المريض كيفية تغيير حديثه الداخلي مع ذاته، من خلال العلاج، ويعمل هذا الحوار الداخلي الجديد كموجه له في اكتساب سلوكيات جديدة ومن ثم تؤثر هذه العملية في البنية المعرفية للعميل.  
المرحلة الثالثة:

تعليم مهارات جديدة: من عملية التغيير تعليم المسترشد سلوكيات مواجهة أكثر فاعلية وأكثر قابلية للتطبيق في مواقف الحياة الحقيقية (محمد السيد، 2014: 110)

#### ب) فنيات العلاج السلوكي المعرفي عند ميكنبوم:

العلاج السلوكي المعرفي البنائي: وهذا النوع من العلاجات من أهم مظاهر التطور الفكري المعاصر لميكنبوم (1999)، حيث يلخص ميكنبوم أحد خطوات العلاج السلوكي البنائي، في دليل مكتوب ومعه شريط فيديو يوضح طريقة التنفيذ 1996، وهذه الخطوات كما يلي:

طور علاقة علاجية مع العميل وساعده على سرد أو عرض قصته.  
عرف العميل بمشكلاته الاكلينيكية.

ساعد العميل على إعادة صياغة مشكلاته بصورة أكثر تفاؤلاً  
تأكد أن لدى العميل مهارات مواجهة.

شجع العميل على إجراء تجارب شخصية.

تأكد أن العميل قد أستعد للتغيرات التي حضر من أجلها.

أحرص على الوقاية من الانتكاسة. (محمد السيد عبد الرحمان، 2014: 116).

**11) العلاقة العلاجية:** العلاقة بين المعالج والعميل عكس التحليل النفسي الذي يركز على التحويل كأداة لإعادة احياء الذكريات الماضية واستكشاف اللاشعور، فإن في العلاج المعرفي السلوكي يتم التركيز على الانفعالات والاستشعار بالأفكار السلبية، والاختصار في العلاج، والدقة في بلوغ الأهداف، وتكون المقابلة وجهاً لوجه ويكون بين المعالج والعميل اتفاق ونشاطات خارج الحصص، أما بالنسبة للتحويل في العلاقة العلاجية ليست له أهمية كبيرة (بن سعيد عبد القادر، 2012: 61)

ومن أجل تحقيق علاقة علاجية ناجحة بين المعالج النفسي والعميل، لا بد أن تكون العلاقة تشاركية كما ينبغي أن يكون سلوك المعالج يبعث على الأمن وذو علاقة دافئة، يجب أن ينظر إلى العميل بأنه خبير بمشكلاته الشخصية بذا يشترك العميل بنشاط وفاعلية في العملية العلاجية، كما يتمثل دور المعالج النفسي بالاشتراك مع العميل على ايجاد حلول تكيفية للمشكلات القابلة للحل، ويستحسن أن يطرح المعالج النفسي بعض الاسئلة على المرضى لضمان موافقتهم وفهمه للمدخل العلاجي، كما على المعالج أن يعلم المرضى المبادئ الأساسية لهذا المدخل العلاجي والتوجيه في البداية العلاجية، كما بقزم المعالج في هذا العلاج بتعزيز استقلالية المريض مع استمرارية الدعم والتعليم أثناء بدأ تطبيق العميل بتطبيق مفاهيم العلاج السلوكي المعرفي. (هوفمان، 2012: 49).

## **12) تكامل العلاج المعرفي السلوكي:**

العلاج المعرفي يهتم بالتفكير والجوانب المعرفية، والعلاج السلوكي يهتم بالجوانب السلوكية للفرد، ووجه التكامل بين العلاجين هو ان ما ن فكر فيه يؤثر على الطريقة التي نتصرف بها، وفي نفس الحين الطريقة التي نتصرف بها تؤثر على تفكيرنا، ويحتاج بعض العملاء أن يفكروا بأساليب سلوكية أكثر فعالية، كما يحتاج آخرون أن يتصرفوا بأساليب فكرية أحسن، ولكن تحتاج الأغلبية لكلاهما (مصطفى حسن أحمد، 1996: 39)

كما يذكر بيك 1976، ان الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في استجابتنا السلوكية تتأثر كثيرا بأفكارنا التي تحدد الكيفية التي تستقبل بها الأشياء وندركها، فتوقعاتنا للمواقف هي المسؤولة عن وجداننا (هومان إس جي، ت، عيسى، 2012: 17).

**خلاصة:** بعد ما تطرقنا في هذا الفصل إلى العلاج المعرفي السلوكي، يتضح لنا أن هذا العلاج يحتوي على العديد من الفنيات التي من شأنها التلاؤم مع جل الاضطرابات النفسية لاحتوائه على العديد من الفنيات العلاجية، ولعل هذا التعدد هو سر النجاح الباهر في الواقع الذي يشهد به أصحاب هذا العلاج، كما أنه يستهدف الجانب المعرفي والسلوكي والانفعالي، وبالتالي ينظر إلى الاضطراب من كل الجوانب الأساسية في شخصية الفرد، وفي الدراسة الحالية يعتمد الباحث على بعض الفنيات من هذا العلاج المعرفي السلوكي وهي: فنية الاسترخاء وفنية الواجبات المنزلية، وفنية المراقبة الذاتية وفنية الحوار والمناقشة من أجل تخفيف القلق والاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لمجموعة من المعاقين حركياً.

## الفصل الثالث

### مفهوم الذات

- تمهيد

- (1) - تعريف مفهوم الذات
  - (2) - مفاهيم ومصطلحات
  - (3) - قياس مفهوم الذات
  - (4) - العوامل المؤثرة في مفهوم الذات
  - (5) - مفهوم الذات السلبي والإيجابي
  - (6) - العناصر المكونة لمفهوم الذات المثالية
  - (7) - نظريات مفهوم الذات
  - (8) - أشكال مفهوم الذات
  - (10) - مستويات مفهوم الذات
  - (11) - صورة الذات
  - (12) - صورة الجسم
  - (13) - صورة الجسم وتقييم الذات
  - (14) - العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب صورة الجسم
- خلاصة.

## الفصل الثالث

### فصل مفهوم الذات

**تمهيد:** مفهوم الذات من أهم المواضيع في علم النفس العيادي، التي كان ولا زال يتم الاهتمام بها، خاصة وأن ما يتعلق بالذات ينصب في مركز الشخصية وجوهرها، فمن خلال الذات وما يتعلق بها يعبر الفرد عن نفسه وتصوراتهِ وميزاته وخصائصه، كما يراها الفرد عن نفسه وبالتالي لها أهميتها في الشخصية، وفي هذه الدراسة يقوم الباحث بتعريف مفهوم الذات ومكوناته وكيف يقاس، وأهم نظرياته، والعوامل المؤثرة فيه، وفي الدراسة الحالية يحاول الباحث تحسين مفهوم الذات عند المعاق حركياً، والتعرف كيف ينظر المعاق حركياً إلى جسمه المعاق، والصورة التي يكونها عن نفسه، وهذا عن طريق برنامج علاجي معرفي سلوكي كما يوضحه الجانب التطبيقي من هذه الدراسة.

#### 1) تعريف مفهوم الذات:

ويعرفه عماد الدين إسماعيل 1961: هو ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره وكائناً بيولوجياً اجتماعياً إبي 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 " (شاطر مجيد: 2008 ، 306 ) .

ويعرفه كل من بدره ومصطفى بدره " 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 جسمية، نفسية، اجتماعي (بدره، ميموني معتصم، 2010: 46).

ويعرفه روجرز 1976، بأنه المجال التصوري الثابت والمنظم والمتألف من المدركات الخاصة بالفرد وعلاقتها بالآخرين ومظاهر الحياة المختلفة المرتبطة بهذه المدركات. ويعرفه بوج 1979، أنه مجموعة من المدركات والمشاعر التي يمتلكها الفرد عن نفسه. (البخاري، 2010: 42).

ويعرفها ليفن 1936، أن مفهوم الذات هو بمثابة المنطقة الروحية التي تحدد المعتقدات الحالية تجاه النفس، وان اصطلاح فضاء الحياة يشتمل عالم الفرد من الخبرات الشخصية كفضاء يتحرك فيه الفرد.

ويرى غريب، أن مفهوم الذات عبارة عن تمثلات ذهنية يشكلها الأفراد في علاقة بذواتهم فهي تمثلات عن ذواتهم ويبين مفهوم الذات انطلاقاً من تجارب وتأملات بشأنها. (عبد الكريم غريب، 2017: 345).

**نستنتج:** أنه 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، وكيف يرى العالم وكيف يدركه، ولذلك مفهوم الذات متغير من فرد إلى آخر وهذا نظراً للظروف التي تختلف من بيئة إلى أخرى، وأيضاً كيف يفسر الأحداث ويدرك كل فرد العالم من حوله، وما دام متعلق الأمر بالمدركات والتمثلات الذهنية، فبالضرورة تختلف من فرد إلى أخرى عموماً، وخصوصاً ذوي الاعاقات التي من شأنها تشوه صورة وذات الفرد فينعكس سلباً على إدراكه وبالتالي يكون مفهوم الذات متدني في الغالب.

## 2) مفاهيم ومصطلحات:

أ) الصورة: 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 (Nobert Sillmy ;1999 : 134) .

ب) 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 يختزن اختزاناً كاملاً في ذاكرته ويستطيع أن يعطي وصفاً أكثر تفصيلاً لها"

ج) 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: 249)

## 3) أشكال مفهوم الذات:

مفهوم الذات السالب: يرى زهران أن مفهوم الذات السالب يوضح أن الفرد يعاني التوتر وسوء التوافق والفشل وعدم الثبات الانفعالي، والانسحاب والحساسية وصعوبة إقامة الصداقات وعدم توافق الشخصية وسوء التوافق الانفعالي والرغبة في تحسين الوضع الراهن والقلق (زهران، 2005: 121).

مفهوم الذات الخاص: يرى زهران أن هذا النوع من مفهوم الذات يستكشف المحتويات الشعورية المخزنة في "مستودع" مفهوم الذات الخاص والمشكلات الشخصية والأسرية والاجتماعية والخبرات السيئة والذكريات المؤلمة والمواقف الحرجة ومشاعر الذنب والنقص والتهديد والقلق والسلوك الخاطئ وأسرار السلوك الجنسي، ومسالب الشخصية والموضوعات المخجلة والأسئلة المحرجة والمخاوف المرضية والاتجاهات السالبة نحو الآخرين وأسباب المتاعب (زهران، 2005: 121).



#### 4) 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 والاشترك في الألعاب واكتساب الشهرة وإعطاء مسؤوليات من قبل الوالدين والمعلمين.
  - 4 احتقار الطفل ونبذه 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) **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 عما 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 "
- 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  
المدرين 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 أيها هما اللذان تحكم بها و 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).

**6) مستويات مفهوم الذات:** توجد ثلاث مستويات رئيسة لمفهوم الذات وهي:

أ) **مفهوم الذات العام:** ويضم عددا من المفاهيم، مفهوم الذات الواقعي أو المفهوم المدرك  
للذات الواقعية، ويشير إلى المدرك والتصورات التي من شأنها تحدد خصائص الذات  
الواقعية، وكما يشمل هذا المفهوم أيضاً على مفهوم الذات الاجتماعي وهو المفهوم  
المدرك الاجتماعي للذات ويشمل كل المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد  
أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع  
الآخرين، وكما يشمل أيضاً مفهوم الذات المثالي، وهو المفهوم المدرك للذات المثالية كما  
يعبر عنها الشخص وهي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة للشخص التي يود أن  
يكون عليها.

ب) **مفهوم الذات المكبوت:** ويتضمن هذا النوع أفكار الفرد المهددة لذاته، والتي نجح دافع  
تأكيد وتعزيز الذات في تجنيد حيل الدفاع، فدفعت بها إلى اللاشعور وللوصول إليه لا بد  
من استخدام التحليل النفسي.

ج) مفهوم الذات الخاص: وهذا النوع يختص بالجزء الشعوري السري جداً للشخص من خبرات الذات، وخبرات هذا النوع من مفهوم الذات محرمة أو محرجة أو مخجلة أو بغیضة أو مؤلمة غير مرغوب فيها اجتماعياً، فهو بمثابة عورة لا يكشف أمام الناس وتنشط الذات للحيلولة دون ظهور محتوياته الخطيرة المهددة وفي نفس الوقت تخفق في كبتة في حيز اللاشعور فتظل محتوياته الخطيرة في المنطقة الحديثة بين الشعور واللاشعور. (بلحسن، 2007: 63).

7) 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 فإنه يشعر بالنقص ويكون متشبع بالفشل، كما قد يكون الشعور بعدم الكفاءة والخوف سبباً في بذل الجهد لتغطية النقص.

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 سيئاً 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 (خير الله، 1981: 158).

وإذا أردنا تطوير مفهوم الذات لا بدنا من تغيير التوقعات والمعتقدات وخاصة هذه الأخيرة لأن الإنسان يتحرك في توقعاته وبالتالي تغير السلوك مرهون بتغير التفسيرات والتوقعات، كما أن الخبرات الماضية وميوله واستعداده كلها تساهم في تكوين المعتقدات والخبرات الفاشلة تؤثر على الفرد لأنها تثبطه فلا يستطيع المحاولة.

والفرد ينمو لديه مفهوم الذات الصحي في ظل مواجهته بالحقيقة، وقد يساهم في تكوين مفهوم الذات الصحي أن نتعرف بأهداف الشخص أو كما لا بد أن ندرك أن لكل فعل أو سلوك ورائه له هدف ومغزى. (خير الله، 1981: 158)

8) العناصر المكونة لمفهوم الذات المثالية: أن مفهوم الذات تكوين فرضي وليس

لموس ويتكون من مجموعة من العناصر التي يتفق عليها العلماء وهي:

أ) الوعي بالذات: وهو ما يتعلق بتأثر تأثير الفرد بالآخرين من خلال هذا يتصور دور الفرد في المنظومة الاجتماعية.

ب) قيم الذات: تتبع من الإيمان بالمساواة وبحق الحياة والحرية والسعادة.

ج) 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.

د) 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.

هـ) 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.

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

9) نظريات مفهوم الذات:

أ) المدخل الفرويدي: يرى أصحاب هذا الاتجاه الأفكار تبنى 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.

**ب) 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.

**ج) المدخل المعرفي:** "كيلي، 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).

**د) نظرية وليام جيمس:** يبقى أول العلماء الذين تناولوا مفهوم الذات بالدراسة والتحليل، ولقد أهتم بمعرفة مكونات الذات ومختلف نشاطاتها بالنسبة لمفهوم الذات، حيث يرى أن الطفل عند ولادته لا يعرف شيئاً عن ذاته ولا يستطيع أن يفرق بين الأشياء والمواضيع المحيطة به، كما أن خلال سنوات الطفل الأولى أثناء التنشئة الاجتماعية تحدث عملية وعي الذات بشكل تدريجي ويزداد وعيه بذاته خلال التفاعل الاجتماعي وتعلمه للغة والكلام، وتنقسم الذات عند وليام جيمس إلى:

الذات المادية: وتتكون من الممتلكات المادية.

الذات والاجتماعية وتتكون من نظرة الآخرين إلى الفرد وتختلف باختلاف الجماعات التي يرتبط بها الفرد.

الذات الروحية: وتتكون من الرغبات والملكات النفسية.

الذات الخالصة: ذلك النوع من التفكير الذي يكون إحساس الفرد بهويته الشخصية. (بلحسن، 2008: 48).

هـ) **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 الاستبطانية في المجال الظاهري. (عبد الفتاح دويدار، 1992: 38)

**تعليق:** لكل نظرية من هذه النظريات رأي مخالف للنظرية الأخرى، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أهمية مفهوم الذات في شخصية الفرد، حيث يعتبر من الركائز الأساسية لدراسة الشخصية سواء كانت سوية أو غير سوية، فكل نظرية ألفت الضوء على جانب معين لا يمكن تجاهله كما لا يمكن أن نعتمد عليه لوحده في تكوين مفهوم الذات والسلوك.

فالمدخل الفرويدي يركز يرى أن العمليات العقلية والعاطفية منذ الطفولة هي التي تساهم وتؤثر على تكوين السلوك، كأنه جعل من الفرد وعاء يتم ملئه في الطفولة فقط، فعلق سلوكياتنا ومفهومنا لذواتنا بالطفولة، وهذا ما لا يمكن الاعتراف دون الاتجاهات الأخرى والمخل الانساني، يرى أن الفرد يكافح من أجل تحقيق الذات بشكل فطري متأثراً بالعوامل الاجتماعية ولكن رغم واقعية هذا الاتجاه الا أنه لا ينطبق على كل الأفراد بصفة مطلقة،

والاتجاه المعرفي يرى أن العمليات المعرفية هي المدخل الأساسي لمفهوم الذات، ولم ينتبه إلى الفروق الفردية أو الجانب الاجتماعي والسلوكي، أما اتجاه "وليام جيمس" يتحدث عن التنشئة الاجتماعية حيث تحدث عملية وعي الذات بشكل تدريجي ويزداد وعيه بذاته خلال التفاعل الاجتماعي، ولذلك مفهوم الذات يتكون من خلال التنشئة الاجتماعية، أما اتجاه "سينج وكومبز" يرى أن المجال الظاهري هو الذي يحدد السلوك ويحدد الكيفية التي يتصرف بها الفرد، والسلوك يعتبر نتيجة لهذا العالم الخاص بالفرد.

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

كما تتعلق صورة الذات بالإدراك، التصور، الصورة، وتمثيلات الذات التي ترتبط بمفهوم الذات (Cherif Hallouma ;1996 :12)

وفيما يلي عدة خطوات للاحتفاظ بمفهوم الذات نذكر منها:  
يجب أن تكون أميناً مع نفسك، مقراً 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 متسامح 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. (فهيمي علي، 2010: 182).

**11) صورة الجسم:**

أ) **تعريف صورة الجسم:** تعرفها زينب شقير: بأنها تلك الصورة الذهنية والعقلية التي 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 (شقير، 2002: 60).

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 مجدي، 2007: 420).

وجاء 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 نكوها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيائية والوظيفية واتجاهاته نحو هذه الخصائص على أن صورة الجسم تتبع لدينا من مصادر شعورية ولا شعورية (حسين علي فايد، دون سنة: 125).

### ب) 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، 7).

### ج) تخطيط الجسم ( schema corporel ):

يعرفه شلدر بأنه 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).

**د) اضطراب صورة الجسم:** وهو تشوه للصورة الجسمية للفرد، نتيجة بسبب عدم رضاه عن مظهره الجسمي، تتمثل في رفض أجزاء معينة من جسمه، سواء من حيث الشكل أو الوزن أو الطول والقصر، 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 ويعتبر الانشغال بالمظهر الجسمي أمراً مقلقا لكثير من الأفراد، ويتعرض الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب للقلق والانزعاج. (محمد عادل عبد الله، 2000: 288).

**12) العوامل المؤثرة في الصورة الجسمية:** توجد عدة عوامل تؤثر في صورة الجسم أهمها:

**أ) 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.

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 (محمد الأشرم، 2008: 34).

**(ب) 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 التقييم للطفل من طرف والديه يترك انطباعاتاً في الطفل لتقدير ذاته، كما تعتبر الأسرة المربي الأول للأطفال وبالتالي حتماً يتأثر للطفل والمراهق بالتأثيرات من طرف الوالدين على إدراك صورة الجسم.

**(ج) 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 طویل مع المعلمين من الابتدائية حتى الجامعة. (محمد الأشرم، 2008: 35)

**(د) الأصدقاء والأقران:** إن مرحلة المراهقة مهمة في تكوين جماعة الأقران، وجماعة الأقران مؤثرة جداً، حيث أن الأقران يؤثرون 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 و يبحثون عن الصداقات التي تكون مقبولة من الآخرين، وأي تعليقات بخصوص الوزن والجسم قد تؤثر عليهم مدى الحياة.

**(هـ) الاعلام:** 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.

(و) **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 الى تشكيل التصورات والمشاعر والأفكار عن الجسم (محمد الأشرم، 2008: 36).

كما تتشكل صورة الجسم بالتعامل مع الكبار، فقبل أن يتكلم الطفل فهو يسمع قدراً كبيراً من كلام الكبار، بل ويحس بالمدح والذم والتأييد والرفض، يصفونه بالقوة، والضعف، النشاط، القبح، الذم، فهذه التسميات المبكرة تساهم على تشكيل صورة الذات، ويصعب تغيير صورة الذات للمراهق التي تكونت في السنتين الأولى بأوصاف ظالمة تتعلق بمظهره الجسمي (دسوقي، 2007: 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 بالاستهام وتتكون على أساس الإسقاط والتقمص أي على أساس خيالي ومحركها هو حب واعتراف الغير لنا (بدره، معتصم ميموني، 2010: 45).

**13) العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب صورة الجسم:** منذ 1987 بدأ الباحثون في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج عدم رضا الأفراد عن أجسامهم ومظاهرهم الجسمية

والحركية، ويتضمن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ما بين "8 إلى 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 الجسمي والتي يمكن أن تسبب الضيق والانزعاج والكرب للأفراد، والخطوة التالية في البرنامج قيام الأفراد بتحديد سلم هرمي للجوانب التي تتعلق بمظهرهم الجسمي من ضيق وكرب ... الخ 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 والأفكار والاعتقادات المرتبطة بصورة الجسم وأثرها على سلوكهم وعلى وجدانهم ويسجلوا الأفكار اللاتكيفية حتى يتم تصحيحها، ويتم تنويع تلك المواقف التي تستخدم فيها فنية التعريض وهذا فيما يتعلق بمدى معرفة الفرد بالآخرين ومدى اقترابه منهم جسماً ونمط التفاعلات الاجتماعية كأن يقوم مثلاً بالتحدث أمام مجموعة في مقابل التحدث إلى زميل والتحدث إلى رئيسة مقابل التحدث إلى صديق ، ويمكن استخدام فنية منع الاستجابة للتقليل من سلوكيات تفحص الجسم ليتوقف الفرد عن وزن نفسه أو تفحصه جسمه أمام المرآة باستمرار ( محمد عبد الله عادل، 2000:292 ).

**خلاصة:** تم التطرق 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 كل الجوانب نفسية واجتماعية وجسمية وصحية 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 وأن هذه الاعاقة الحركية تستمر معه في حياته اليومية وفي الأماكن العمومية والأنشطة المعتاد عليها وغيرها.

## الفصل الرابع

### اضطراب القلق

- تمهيد.

(1)- تعريف القلق.

(2)- حالة القلق 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

(10)- تشخيص القلق

(11)- التفسير النظري للقلق

(12)- نتائج القلق

(13)- علاج القلق.

- خلاصة.

## الفصل الرابع

### اضطراب القلق

**تمهيد:** القلق مصطلح قد شاع استعماله فلم يبقى ينحصر على المختصين في علم النفس أو المهتمين، فقد أصبح يستعمل في كثير من المواقف اليومية والمناسبات، إلا أن لهذا اللفظ أو لهذا الاضطراب مدلول علمي، فالقلق يحتاج إلى دراسة معمقة لتفادي أخطاره خاصة وأنه قد يسبب العديد من الأمراض النفسية، كما يشير حسين، "أن 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" (عبد العظيم حسين، 2007: 13).

وسنتناول 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، بل ويكاد يكون سمة في الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، فالقلق مرض العصر كما يعبر عنه بعض الباحثين والمختصين.

#### 1) تعريف القلق :

أ) **التعريف العربية:** 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 إلى تلك الحالة النفسية التي تحدث حيث يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، يكون منطوي على توتر انفعالي مع اضطرابات فسيولوجية (الداهري، 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 (شكشك، 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 (فهمي: 2009، 60).

**التعريف السيكولوجي:** انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وهو كذلك احساس بالتوتر والشدة وخوف دائم لا مبرر له، وغالباً يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول، ويتضمن استجابة مفرطة لمواقف لا تنفي خطر حقيقي. والقلق شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر، ويأتي في شكل نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو ضيق التنفس أو الصداع أو الشعور بنبضات القلب (فهمي، 2009: 61).

**ب) 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 النفسجسدية 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 تترايط 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، ويرى الباحث أن هذا القلق يكون بصفة شبه دائمة عند ذوي الاحتياجات الخاصة، خاصة المعاقون حركياً بسبب الحرج الذي يكون بسبب الاعاقة والنظرة الدونية عن وصف أنفسهم، والنظرة الخاطئة التي تتركب لديهم، وهذا ما سنلاحظه بشكل أوضح في الجانب التطبيقي على مجموعة الدراسة.

**(2) حالة القلق وسمة القلق:** ميز كل من كاتل Cattell & 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 إلى 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 (حسن عبد العظيم، 2007: 19).

أما سمة القلق: تشير إلى الفروق الثابتة نسبياً في الميل إلى القلق وهذه الفروق تنشأ عن اختلاف ردود الأفعال تجاه المواقف المدركة بأنها مهددة (حسن 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 العصائية، 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 عصاب القلق" (سفيان، 2004:178)

### 3) أنواع القلق:

أ) **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.

ب) **القلق غير الطبيعي:** ويعرف بالقلق المرضي أو العصابي وهو ما يتجاوز حده حيث يكون القلق أكثر من السبب فهو عكس الأول، بحيث يضعف القدرة على التكيف ويقل من كفاءة الشخص المصاب به، ويستنفذ طاقته النفسية والجسمية (الداهري، 2005:225).

### 4) مظاهر القلق : Cignitive manifestation

أ) **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.

ب) **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.

(ج) مظاهر جسدية: تمثل تغييراً برود الفعل البيولوجية والفيزيولوجية وتتضمن ضيق التنفس وجفاف الحلق وبرودة الأطراف وارتفاع ضغط الدم، وعسر الهضم... الخ) (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 الوضع 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، 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. (القيسي، 2006: 244).

- ومن الاسباب 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 وفنائه، 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 (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 :

**(أ) 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.

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

**(ج) قلق موقعي:** وهو القلق الذي يثيره موقف خاص، مثلاً الخوف من مرض معين.

**(د) قلق تلقائي:** وهو ذلك القلق الذي قد يشعر به ولكيلا يعطي اعتباراً للظروف الخارجية.

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

**(و) قلق السمة:** وهذا لما يتحول القلق إلى خاصية دائمة في شخصية الفرد مما يساعد على التعرف على الأفراد الذين انزعاجاتهم وتوقعاتهم وانفعالاتهم متطرفة (السمرائي، 2007: 48)

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

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

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

م) **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 تمييزه بوضوح.

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

ك) **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 الى جمع كل قواه لمواجهة المشكل (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 الى 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 الى التأثير السلبي للأعضاء المتصلة به

فتزيد من دقات القلب مثلاً، وتتعرق الأيدي ويجف الفم وتتقبض المعدة ويصعب التنفس وينحبس الصوت.

**الجانب العضوي العضلي:** على المستوى العضلي تتصلب الرقبة وعضلات الذراعين 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 التغييرات التالية:

التغييرات 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.

التغييرات السيكولوجية لمرض القلق: الخوف من شر مترقب، وتوقع المصائب والأذى وفقدان القدرة على التركيز والانتباه، الإنهاك 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. (أديب الخالدي، 2006: 198).

**8) وظيفة القلق:** يعتبر القلق إشارة إنذار بحالة خطر مقبلة حتى يستطيع الانسان ان يستعد لمواجهة هذا الخطر المتوقع، وإن إدراك الفرد للخطر قبل أن يباغته فعلاً أمر مفيد لحفظ حياته، وهو يدل على تقدم مهم في قدرة الفرد على حفظ ذاته.

وشعور القلق الذي يحس به الفرد حينما يتوقع الخطر الأصلي السابق وكأن إشارة القلق تعلم الفرد بما هو آت، وغالباً يتوقع وقوع صدمة، ويتصرف كما لو أن الصدمة وقعت بالفعل بينما لازال يوجد وقت لتجنب هذه الصدمة. (الحويلة، 2010: 37).

كما أن القلق يؤثر سلباً أو ايجاباً على أي أداء يقوم به الفرد.

بحيث يعد القلق المحرك الأساسي لانتاج العديدة من السلوك السوي والمرضي، فمستويات القلق المرتفعة الزائدة من الحد تعيق الأداء، ومستوياته المتوسطة تسهله.

كما يعد القلق من المشكلات التي يمكن أن تؤثر على القدرات العقلية للإنسان.

كما تكمن الخطورة على الفرد في القلق غير السوي الذي يستمر لفترات بعد زوال الموقف المسببة، أو في حالة غياب ما يستدعي القلق، وللقلق النفسي آثار سيئة على الجوانب النفسية والاجتماعية والدراسية بالنسبة للفرد وكذلك اثاره السلبية على الجوانب الاقتصادية ووالاجتماعية بالنسبة للمجتمع بشكل عام.

ووجود درجة معتدلة من القلق أمر عادي ومطلوب خاصة في بعض المواقف مثل التقدم لاختبار ما، أو الاستعداد لمقابلة مهمة، والخطورة في القلق السوي الذي يستمر لفترات طويلة بعد زوال الموقف المسبب.

ويعتبر التوتر والقلق النفسي من المشكلات الشائعة في هذا العصر حيث اشارت الاحصائيات المتعلقة بحجم مشكلة التوتر النفسي بأن 80 بالمئة من جميع الأمراض الحديثة تستمد جزورها من القلق النفسي. (الحويلة،2010: 39).

كما أن بعض الدراسات ترى ان العلاقة بين القلق والأداء ليست علاقة مستقيمة أو علاقة بسيطة، وتشير هذه العلاقة ان القلق حتى حد معين يكون دافعاً جيداً للأداء الجيد وعندما يتجاوز هذا الحد المعين يكون له تأثير سلبي على الأداء، كما خلصت نتائج بعض الدراسات ان القلق حالة وسمة إذا ارتفع على حدود المتوسط والاعتدال فإنه يؤثر تأثيراً سلبياً على كل من التفكير التجريبي والابداعي، كلما ازداد القلق والمعاناة ضعفت المقدرة على تكوين المفاهيم وضعفت الطلاقة الفكرية وازداد التعب وعجز الفرد على الاتيان بالأفكار الطريفة. (الحويلة،2010: 41).

**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  
مراحله الأولى والفارق بين هذين الآخرين هو وجود الادراك والتفكير في الفصام وعدم  
وجوده في القلق، أما فيما يخص القلق والخوف العادي على أساس ما يلي:

#### الجدول رقم (01): يوضح الفرق بين القلق والخوف العادي

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

(السيد فهمي، 2010: 189).

وفيما يلي يذكر لنا محمد قاسم بعض نقاط الاشتراك والخلاف بين القلق والخوف وهي:  
كلاهما حالة انفعالية يستثار عند الشعور بوجود خطر يهدد الشخص ويدفعه للاستجابة  
والسلوك إتجاهه ويرافقه تغيرات نفسية وعضوية.

#### الجدول رقم (2): يوضح وجه الاختلاف بين القلق والخوف

الخوف	القلق	وجه الاختلاف
معروف	غير معروف	المثير
خارجي	داخلي	التهديد والخطر
غير موجود	موجود	الصراع
حاد	مزمن	الاستمرارية



تناسب الاستجابة	مبالغة في خطر وتهديد	تناس الاستجابة
غياب مثل هذا الشعور	شعور بالعجز عن المواجهة	المواجهة والتكيف

(محمد قاسم، 2008: 174)

ويذكر غزوان عدة نقاط التشابه والاختلاف بين القلق والخوف وهي كما يلي:

كل من القلق والخوف حالة انفعالية تنطوي عادة على ضغط وتوتر داخلي.

كل منهما يستثار بشعور بوجود خطر يتهدد 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.

يضيف الشخص من نفسه على المواقف في القلق أكثر مما يفعل في الخوف (غزوان، 2012: 151).

وفيما يخص القلق والاكتئاب يذكر لنا سرحان وآخرون مايلي:

يشارك 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 يخاف مريض القلق من الموت والمرض ونرى المريض بالاكتئاب لا يخاف من الموت.

وشعاع الاختلاط بين هذين المريضين 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 وآخرون، 2008: 50).

### الوحدة 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"

ولوحته 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: مثل التعرق، وسرعة ضربات القلب، وبرودة اليدين، وجفاف الفم والشففتين، والدوخة والصداع، وارتجاف في الأطراف، والتبول المتكرر، والاضطراب في جهاز الهضم، صعوبة في التنفس.

3 الوجس والترقب 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:

أ) **القلق في نظرية التحليل النفسي:** يعتبر 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:

**1القلق 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 استجابة 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 أثناء الخطر (حسين فايد، 2008: 129)

**2 القلق 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: 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 (حسين فايد، 2008: 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. (حسين فايد، 2008: 131).

### ب) 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 لتعلم بالملاحظة في اكتساب السلوك وتطور المرض النفسي، فا وجود صديق قلق قد يؤثر بقوة في الفرد الآخر دون أن يشعر بهذا التأثير، ونظرية التعلم الاجتماعي 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 استجابات جديدة.

كف سلوكيات ممنوعة سلق العقاب عليها.

تسهيل ظهور استجابات تقع في حصيلة الملاحظ.

كما أشار بندورا إلى 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

ج) تفسير أتو 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 انفصلاً عن حضن الأم والذهاب الى المدرسة يثير القلق فهو انفصام عن الأم، وحتى الزواج يثير القلق لأنه انفصام عن الأسرة (ضف الله، 2013: 73)

(د) **تفسير هورني للقلق:** هورني ترى أن طبيعة الإنسان يمكنها أن تتغير نحو الأفضل كما 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 لعزله وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية ، 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 بأنه منبوذ.

(ب) كما أن المعاملة التي يتلقاها الطفل في عائلته وأحضان أبويه وخاصة أمه لها علاقة بشكل كبير ينشأ القلق، فا علاقة الطفل بأمه متسقة 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).

(هـ) **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 بعدم 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 (ضيق الله، 2013: 78).

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

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 إلى المسائر الألية للمجتمع متنازلاً عن فرديته وقد ينزع إلى التدمير والهدم يتشبث بالسلوك التسلطي.

كما يرى أن الطفل يعتمد على أمه ووالديه في غذائه وأمنه وحتى تنقله، وتقود هذه الفترة من الإعتماد عليها إلى الارتباط بقيود أولية فيكشف عجزه عندما يواجه العالم مستقلاً مما يسبب له القلق (ضيق الله، 2013: 79).

(ل) **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 ألا يقوم بها يشعر بالندم على أعمال مارسها الفرد مارسها فعلاً.  
(حسين فايد، 2009: 143).

(م) **القلق في النظرية المعرفية:** يمثل علم النفس المعرفي إتجاهاً قوياً في علم النفس بشكل عام، حيث أثر على العديد من المنظرين من مداؤس مختلفة ومنهم سوليفان من المدرسة التحليلية وباندورا في المدرسة السلوكية، كما تعددت الإتجاهات المعرفية وتعددت أغراضها وبهمنها في هذا المجال هو القلق والاضطرابات النفسية ويعتبر جورج كيلي من العلماء النفسانيين الذين أعطو 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 في الحالة.

ويرى بيك أن القلق انفعال 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 المحدثة 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 تثبيت 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 الأخر 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 إيريك فروم يرى أن الأسرة والمجتمع مسؤولة عن تربية الفرد وأي أساليب خاطئة أو مغالية في التربية فإنه يشعر بالوحدة والعجز والاعتزاز 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 خوف من المستقبل.

### **11 نتائج القلق: أن للقلق عدة نتائج تتجر 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، 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، كما يؤدي القلق إلى الشكوى من ضعف الذاكرة وغياب التركيز، وبسيطر عليه التوتر في بدنه.

. الشعور الكئيب والضعوطات الانفعالية.

. 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، اضطرابات فكرية، وشعور بالذنب والنقص والتشاؤم، والوسواس والشعور بالاضطهاد والضعف (انس شكشك، 2009: 29-30).

## 12: علاج القلق:

أ) **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.

أن أساليب العلاج تكون فعالة طبقاً للمدى الذي يخفض به المكونات المعرفية غير المشجعة، ويمكن القيام بالعلاج السلوكي للمخاوف بالعلاج السلوكي للمخاوف في تخيلات المريض أو في الواقع الفعلي، وقد يتضمن علاج التعريض التدريجي، وكذلك يوجد العلاج بالاسترخاء التدريجي.

ب) **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 الايمبرامين والكلوميبيرامين clomipramine " اللذان يساهمان في ضبط نوبات الهلع، ويعتبر الايمبرامين أكثر ملائمة لعلاج القلق وكذلك البرازولام في حالات التي لا تستجيب للعقاقير السابقة، وينصح الأطباء النفسيون أن ما يفيد في القلق ونوبات الهلع ورهاب 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 المزمنة وخاصة الي يتسبب فيها المحيط والأسرة ومن الصعب علاج المرضى به خاصة الذين اعتمدوا على العقاقير والعلاج النفسي. (القيسي، 2006: 244).

### ج) نظرية العلاج المعرفي السلوكي:

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

ويشير ابراهم عبد الستار ان 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 طريقتة الخاطئة في التفكير وبث القيم والمعتقدات المنطقية على الشخصية الإنسانية لتدفعها للتكامل والتوافق ومواصلة الجهد في العمليات العقلية بدلاً من القيم والمعتقدات اللامنطقية.

وتوضح النظرية السلوكية المعرفية، ان 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 الى سلوك غير متعلق مما يؤدي الى انهزام الذات (مصطفى بظاظو، 2011: 119، 122).

## د) مبادئ خفض وعلاج القلق:

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

ب- **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.

ت- **تغيير الاستراتيجيات** 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 والتراجع عن مطالب الكمال المتوقعة من الفرد تسهم في الارتياح وخفض القلق، كما أن الاسترخاء العضلي، الاسترخاء الذاتي، أساليب التأمل يفيد في علاج القلق. (جميل رضوان، 2002:290)

ويذكر عبد الرحمان العيسوي، بعض المضادات السلوكية للقلق وهي:

مثل الاسترخاء لكل أعضاء الجسم مطرداً للقلق، يكون لكل أعضاء الجسم والأطراف والتدريب على قبضة اليد بالعنف والشدة ثم استرخائها فكها وتركها حرة ثم الشعور بالفارق في حالة الشد والقبض، ثم الاسترخاء التام.

الإسترخاء لا يجتمع مع اضطراب القلق، فالاسترخاء يذيل القلق، كذلك ويضبط الانفعالات، ويساعد في تحقيق الذات وتوكيدها، الشعور والثقة بالنفس، تناول الأطعمة

الصحية، والفواكه الجيدة والحلوى من شأنها طرد القلق، والمناظر الجميلة المريحة والمشية والرياضة البسيطة يفك القلق (العيسوي، 2002:201).

**13 مآل القلق:** ومن العوامل التي تؤدي الى تحسين مآل المرض ما يلي:

تاريخ عائلي سوي، خلوا العائلة من من أعراض عصابية.

شخصية سوية متكاملة قبل المرض، ذكاء فوق المتوسط.

حدة بدء المرضي بمعنى أن الأعراض بدأت فجأة.

عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل المرض. (عكاشة، 2009:148).

**خلاصة:** بعد ما تعرفنا على القلق من حيث تعريفه وأنواعه وأشكاله وأهم النظريات التي

تفسره، وتشخيصه وعلاجه، يتبين لنا أنه ينتشر في كل المجتمعات وفي كل الفئات

العمرية وكلا الجنسين، وكل هذا في الاشخاص العاديين، ولكن الأشخاص الذين ينتمون

إلى ذوي الاحتياجات الخاصة قد يأخذ القلق منحى آخر، من حيث شدته وتأثيره وطول

مدته هذا ما سيقوم به الباحث في الدراسة الحالية، وفي الجانب التطبيقي يستهدف

البرنامج العلاجي اضراب القلق ايضا عند المعاقين حركياً بهدف تخفيض القلق للمجموعة

التجريبية من خلال فنيات معينة مثل الاسترخاء والمراقبة الذاتية والواجبات المنزلية.

## الفصل الخامس

### اضطراب الاكتئاب

-تمهيد

- (2)- تعريف الاكتئاب
- (3)- انواع الاكتئاب
- (4)- أعراض الاكتئاب
- (5)- انتشار الاكتئاب
- (6)- العلاقة بين القلق والاكتئاب
- (7)- علاقة الحزن بالاكتئاب
- (8)- عسر المزاج
- (9)- تفسير النظريات للاكتئاب
- (10)- الاكتئاب والتغيرات الكيميائية
- (11)- الاكتئاب والاستعداد الوراثي
- (12)- علاج الاكتئاب
- (13)- العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

-خلاصة

## الفصل الخامس

### اضطراب الاكتئاب

**تمهيد:** في هذا الفصل نحاول أن نتكلم عن الاكتئاب بداية من التعريفات والأنواع والأمراض، مروراً بالعلاقة بين الاكتئاب والقلق، والحزن، والنظريات المفسرة للاكتئاب ونهاية بالعلاج والمآل، حيث يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات المنتشرة إلى جنب القلق في الأوساط الاجتماعية وفي الحياة اليومية بشكل عام، كما أنه من المواضيع التي اهتم بها الباحثون والدارسون في علم النفس العيادي، لما يشكله من خطر في حياتنا اليومية ومعاشنا، كما أن له علاقة بالقلق وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

#### 1) تعريف الاكتئاب:

يعرفه بيك (1977) بأنه حالة من الاضطراب في التفكير حيث تكون أعراض الاكتئاب طبقاً لفاعلية الانماط المعرفية السالبة، ويرتبط بالوجدان بصفة أساسية مع العنصر المعرفي بين حدث ما، وردة الفعل العاطفي بهذا الحدث على المستوى المعرفي للوجدان الاكتئابي، وبالتالي عندما تكون المعارف المستدعاة مضطربة في تقديرها للحدث فإن المشاعر الواردة ستكون غير ملائمة للحدث أو مبالغ فيها.

ويعرفه ريم (1978) "يفترض وجود تقدير سلبي للذات لدى الاكتئابيين مع انخفاض معدلات التدعيم الذاتي وارتفاع معدلات معاقبة الذات". (الفت كحلة، دت: 11)

وهو مرض عصابي يكون مصحوباً كثيراً من الأحيان بالقلق واليأس والأرق ومشاعر الذنب المبالغ فيها وفقدان الشهية والبكاء المتكرر وانعدام الثقة بالنفس والتأنيب المستمر للذات وتقلص العلاقات الاجتماعية، ويتوقع الشخص مع ذاته ويضعف نشاطه. (عبد الستار، 1980: 36)

ويعرفه انجرام (1994) ان الاكتئاب هو مصطلح يستخدمه الأفراد لوصف انفعالاتهم عندما يشعرون بالحزن والانهايار حيث لا يستطيع الفرد أن يؤدي وظائفه، فهو حالة

مزاجية متدرجة في الشدة تتصف بعدد من الخصائص والأعراض مصحوبة بعدد من الاضطرابات في الجوانب المعرفية والجسدية والاجتماعية (عيد مصطفى، 2009: 41) نستنتج مما سبق أن الاكتئاب مصدره الرئيسي طريقة تفكير الفرد، فالاضطراب يكون على مستوى التفكير، وينعكس سلباً على الوجدان والانفعالات والسلوكيات، ويرتبط بالقلق والحزن في الغالب، مما يجعل المكتئب لا يستطيع تأدية دوره في المحيط نظراً للانعكاسات السلبية للاكتئاب التي تجعل الفرد منعزل عن المحيط متخبطاً في تفكيره السلبي الغير متوائم مع الأحداث من حوله.

## 2) انواع الاكتئاب: توجد عدة أنواع من الاكتئاب وهي كما يلي:

أ) الاكتئاب الخفيف: عند الإصابة بهذا النوع من الاكتئاب يعاني الفرد من تعكر المزاج من حين إلى آخر، وعادة ما يبدأ المرض بعد حدث مرهق فيسيطر القلق على المريض والإحباط ومن أسباب هذا النوع تغيرات أسلوب الحياة.

ب) الاكتئاب المتوسط: وفي هذا النوع من الاكتئاب بشكل دائم، ويحتاج المكتئب إلى مساعدة طبية الاكتئاب الشديد: والاكتئاب الشديد يعتبر مرض يهدد حياة الإنسان ويترك على الجسم أعراض شديدة ويشعر بها وتراود المكتئب توهمات وهلوسات، وهنا ضرورة مراعاة الطبيب تقادياً للخطر (كوام مكنزي، 2013: 36).

كما يوجد تصنيف اخر من الاكتئاب من جانب الشدة والمدة والموقف وهو كما يلي:

ت) الاكتئاب العادي: وقد يصيب هذا النوع من الاكتئاب الأغلبية من الناس حيث يعبر عن استجابة تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة أمل أو فقدان شيء معين أو مهم وهذا النوع من الاكتئاب يصيب الفرد لفترة قصيرة اقصاها أسبوعين.

ث) الاكتئاب الاستجابي: هذا النوع من الاكتئاب يرتبط ببعض الأحداث المأسوية كموت عزيز أو كارثة مادية تحل بالفرد حيث الاستجابة ترتبط بشكل واضح بموقف محدد ومعين، والمكتئب يمارس حياته بشكل عادي.

(ج) الاكتئاب المرضي: وهو ما يتميز بأربع مميزات وهي، يكون الاكتئاب أكثر حدة، كما يستمر لفترات طويلة، كما يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته ووجباته المعتاد عليها، كما تكون أسبابه غير واضحة عند الغالبية من الناس.

(ح) الاكتئاب الداخلي: وهذا النوع ينظر اليه الأطباء على أنه أخطر من الاكتئاب الاستجابي، ويحد في حياة الشخص دون وجود سبب خارجي واضح.

(خ) اضطراب الهوس والاكتئاب (الاكتئاب الدوري): وهو أن يأتي الاكتئاب في شكل دورات تسبقها دورات من الاهتياج والهوس والنشاط الزائد، وهذا النوع خطير لأنه لا يصيب عواطف المريض ومشاعره فقط، بل يتعدى ذلك فيصيب كثير من قدراته الأخرى كال تفكير وعلاقته الاجتماعية وتشويه ادراكه لنفسه وللعالم المحيط به، وهنا يصبح المريض في حالة خطر على نفسه بسبب اهماله لنفسه، أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقاء ضارة كالانتحار.

(د) الاكتئاب الموسمي: وهذا النوع قد يشيع عند بعض الأشخاص في بعض الشهور خاصة في فصل الشتاء وعادة ما يأتي في رغبة الانعزال والميل للحزن مع ميل شديد للأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات، وأسباب هذا النوع من الاكتئاب غامضة (عبد الستار، 1998: 17).

(ذ) الاكتئاب العيادي: مرض خطير والمصاب به قد يقضي عدة أيام في الفراش زيادة الى مشاعر الضيق والحزن، وهذا النوع من الاكتئاب يسبب العجز بشكل أكبر من عديد من الأمراض العضوية المزمنة الكبيرة، كما تزداد التكلفة الاقتصادية لهذا النوع من الاكتئاب عن أي مرض آخر نظراً للأداء الضعيف ووقت العمل المهدر، كما يؤثر هذا النوع من الاكتئاب على أنماط تفكيرنا ومزاجنا، ومشاعرنا وعلى صحتنا البدنية، فهذا النوع أكثر شدة من مجرد الحزن، كما توجد في حالات الانتحار (ديفيد هيندز، 2008: 116).

بالنسبة إلى هذه الأنواع من الاكتئاب ليست مراحل يمر بها كل مكنئب وليس بالضرورة تكون متوفرة في شخص واحد يمر بها بمراحل، كما أن هذه الأنواع قد لا تكون واضحة



في شخص ما، لان الاكتئاب في الغالب يصاحبه بعض الاضطرابات الأخرى مثل القلق والحزن، وتختلف هذه الأنواع من بيئة إلى أخرى لأن الاكتئاب انعكاس التفكير والتأويل للأحداث وهذا التفكير والتأويل للأحداث منبعه المحيط والعائلة وغيرها من المؤثرات الخارجية التي تساهم في تركيب طريقة التفكير.

### (3) أعراض الاكتئاب:

للاكتئاب علامات تميزه ومنها التضرر الحاصل في المزاج والانقباض، وفقدان المتعة والفرغ الانفعالي وفقدان الدافع والاهتمامات وكثرة الشكاوى الجسدية، ويتصف بالحزن والانقباض وتعكر المزاج وفقدان الطاقة وانخفاض الدافعية والتشتت وفقدان القيمة والإحساس باللامعنى والتي تترافق في الأغلب مع القلق (جميل رضوان، 2016: 177). توجد للاكتئاب أعراض نفسية وجسدية، ومن الاعراض النفسية أن الاكتئاب يصيب الذهن والجسم وطبيعتها تختلف من شخص إلى آخر كما تظهر واضحة على البعض ومخفية على البعض الآخر، ومن الاعراض النفسية تعكر المزاج وفقدان الاهتمام بالامور المعتادة، كما يظهر القلق وفقدان القدرة على الاحساس، والتفكير الكئيب، كما تظهر بعض المشكلات في في التفكير والذاكرة، والتوهم والهلوسة، وايضا تظهر على المكتئب أفكار انتحارية.

كما توجد أعراض جسدية وتتمثل في مشكلات في النوم، وصعوبة النوم والاستيقاظ في الوقت العادي، بطيء وجسدي، والتعب، فقدان او افراط الشهية، فقدان الاهتمام بالعلاقة الجنسية، امسك عدم انتظام الدورة الشهرية بالنسبة للإناث (كوام مكنزي، 2013: 6).

(4) انتشار الاكتئاب: الاكتئاب منتشر بشكل واسع، خاصة في الأونة الاخيرة، وبالخصوص فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين " 20-30" سنة وتظهر الدراسات انتشاره في البلدان المتقدمة أكثر، كما يحتمل أن يصاب به الانسان في مجرى حياته اليومية (جميل رضوان، 2016: 179).

ويصيب الرجال والنساء، إلا أن الرجال المصابون بالاكتئاب يفصحون عادة عن الاعراض البدنية للاكتئاب أكثر من افصاحهم عن الاعراض النفسية والمشاعر المرتبطة بها، وهذا قد يكون سبباً في صعوبة التشخيص عند الرجال، وبالعكس المرأة تفصح بالاكتئاب (ديفيد هينر، 2008: 129).

ويرى هوفمان، أن ما يميز الأفراد المكتئبين من غير المكتئبين ليست خبرات الضغوط ذاتها ولكن كيفية وطريقة استجابتهم للضغوط التي يتعرضون لها، فيعتبر الاكتئاب هو نتيجة استراتيجيات المجابهة اللاتكيفية للضغوط، مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم والمستقبل والتركيز على المظاهر السلبية للمثير (مراد علي عيسى، 2012: 168) ويكون الاكتئاب في أشد حالاته عند الاستيقاظ في الصباح ويستحسن في النهار وهذا له علاقة بالنوم وطبيعته، فقد وجدت الدراسات عن النوم بمعهد في المملكة المتحدة أنك إذا كنت تعاني من الاكتئاب فأنت تميل إلى أن تحلم أكثر من الذين لا يعانون وهذه الاحلام تستغرق وقت كبير من النوم (كارينك يرييس، 2010: 26).

**5) العلاقة بين القلق والاكتئاب:** يعد القلق والاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً، وتوجد العديد من الدراسات التي حاولت أن تربط بين هذين الاضطرابين لترى الفرق بينهما وامكانية الفصل بينهما مثل دراسة كلارك وستير وبيك 1994، ودراسة ويكار وكراسكي 1997 (دانيا الشبؤون، 2011: 621).

كما أن القلق والاكتئاب يحدثان في نفس الوقت، وأكثر مرضية مشتركة بالاكتئاب تحدث مع القلق، واقترانها يزيد من حدوث الانتحار وهي متساوية بين الجنسين، وبينت البحوث ان التداخل كبير بين الاكتئاب والقلق (عبد الخالق، 1994: 243)

والقلق كعاصفة رئيسية في حياة البشر وعاملاً مشتركاً في معظم الاضطرابات والأمراض النفسية، وهذا ما ينطبق على الاكتئاب، حيث يظهر كاستجابة ثانوية للقلق المرضي، ومن النادر أن يكون القلق المرضي استجابة ثانوية للاكتئاب السابق، كما أن هناك من يرى أن عوامل الطفولة والتربية من مؤهلات الاقتران كل من اضطرابي القلق

والاكتئاب، وهناك من يرى أن ظروف الحياة وشدائدها تحتوي على كل أنواع الخسارة والفقْدان، وهذا في حد ذاته سبيل للاكتئاب، وتحتوي على عناصر الخطر وهذا سبيل للقلق، وهنا يكمن سر الارتباط.

وفي عيادة الطب النفسي والطب العام ملاحظات تشير إلى نسبة كبيرة من تشخيص يتعارف بالقلق الاكتئابي لدى المرضى. (وليد سرحان وآخرون، 2008: 158)

والقلق يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، ونجد أن تفكير المكتئب يتجه إلى الماضي والأحزان الماضية، ولكن في الغالب نجد القلق والاكتئاب مرتبطان (عبد الستار، 1980: 36)

**6) علاقة الحزن بالاكتئاب:** يعتبر الحزن من الانفعالات الغالبة في الاكتئاب ويكون مصحوباً في الغالب بالقلق واليأس والأرق ومشاعر الذنب المبالغ فيها، وانعدام الثقة وفقدان الشهية والتأنيب المستمر للذات، والاتجاه نحو الماضي والحزن على ما فات. (عبد الستار، 1987: 426).

كما يعتبر الاكتئاب نتيجة حتمية للحزن والحداد والشعور باليأس، كما يعتبر غضب موجه إلى الذات مع القلق النفسي والشعور بالذنب، والاكتئاب استجابة انفعالية معقدة نتيجة لفقدان ما، فتصبح الحياة لا معنى لها وقد يتمنى في بعض الأحيان الموت (عبد الرزاق عمار، 2009: 62).

وهناك من يرى أن الحزن والاكتئاب لفظان بمعنى واحد يختلفان في الشدة والمدة الزمنية، والحزن أحد صور العاطفة والمشاعر الانسانية الفطرية، وهو ضد الفرح، فالحزن شيء فطري ينتاب كل البشر عندما تقابلهم متاعب الحياة والحزن يحصل لكل الناس لكنه مؤقت فإذا استمر صار اكتئاباً (الخاطر عبد الله، دون سنة: 15).

بالنسبة للحزن كل فرد قد تنتابه لحظات أو أيام أو أسابيع من الحزن والنكد، ومشاعر الحزن بحدوث معين وتتصاعد معه ثم تتلاشى تدريجياً من ساعات إلى أيام وأسابيع وربما أشهر، كما أنه لا يعطل حياة الانسان ولا يستمر بنفس الشدة.

ولكن الاكتئاب يختلف في النوع والكم وحتى التطور، قد يبدأ جزئاً عادياً ثم يتطور إلى اكتئاب، ويتطور إلى اكتئاب إذا كان الشخص عنده استعداد اكتئابي.

والحزن يعود إلى طبيعته إذا زال السبب، أما الاكتئاب حتى وإن زال السبب يطور الأفكار الاكتئابية ويستمر معه عدة شهور، خاصة إذا كان الفرد عنده استعداد اكتئابي.

الحزن الطبيعي مبرر، والاكتئاب غير مبرر، والحزن يكدر حياة الانسان مؤقتاً، كما يعتبر الاكتئاب مرض ويحتاج للعلاج، وتطول مدته (سرحان وآخرون، 2008: 25)

فالإكتئاب ليس مجرد حزن مؤقت ناتج عن فقدان عزيز أو فشل ما، أو الاحساس بالوحدة انما يشمل العديد من الأعراض النفسية التي تمثل اضطراباً بما فيها تعكر المزاج والتشاؤم والشعور بالهبوط وبطيء العمليات المعرفية مثل التفكير والذكريات الحزينة ولوم الذات مع استمرار الأعراض عدة شهور (محمد عيد مصطفى، 2009: 21)

فالحزن يتميز بما يلي:

مدته قصيرة، ساعات أيام، كما لا يعطل الحياة، ويستطيع الفرد أن يتغلب عليه بنفسه.

والحزين يحب أن يتحدث عن مشاكله ويناقشها، كما أنه يستطيع أن يقابل الآخرين.

يعاني من أعراض جسدية محددة جداً ولا يحتاج إلى تدخل طبي.

والإكتئاب يتميز بما يلي: مدته طويلة تصل إلى عدة (أسابيع، أشهر، أعوام).

يسبب تعطيلاً واضحاً للحياة، لا يستطيع التغلب على الاكتئاب بنفسه بل يحتاج المساعدة.

يفضل السكوت بدلاً من التحدث عن مشاكله، ينغلق على نفسه ويميل الى العزلة.

يعاني من أعراض جسدية كثيرة ويحتاج لمساعدة طبية (الشامي محمد، 2002: 12)

رغم بعض الاختلافات بين الحزن والاكتئاب ولكن هذا لا يعني أن وجود أحدهما ينفي

وجود الآخر، فيعتبر المكتئب بالضرورة أو أغلب الأحيان يكون مصحوب بالحزن، وهذا

الاختلاف بين المهتمين يعود إلى وجهة نظر كل باحث، هناك من يرى الاكتئاب نتيجة

حتمية للحزن، وهناك من يرى أن الحزن نفسه الاكتئاب والاختلاف في الشدة والمدة

والتأثير، وهناك من يرى غير ذلك، ولكننا نرى أنه ليس من الضرورة أن يرتبط الحزن بالاكئاب في كل المواقف، ويبقى في الحالة العامة يرتبطان حسب طبيعة الفرد.

**7) عسر المزاج:** كان يسمى سابقاً اكتئاب القلق أو الاكتئاب العصبي أو عصاب الاكتئاب أو شخصية اكتئابية، وفي التصنيف الدولي للأمراض والاضطرابات النفسية العاشر يعرف عسر المزاج بأنه تعكر مزاجي اكتئابي مزمن لا يختلف عن الاضطراب الاكتئابي ويشعر المصابون به بالتعب والاكتئاب لعدة أشهر ولكنهم يعرفون أطوار لعدة أسابيع يشعرون بأنهم في حالة عادية.

ويمكنهم الاستجابة لمطالب الحياة اليومية رغم القصور الذاتي الذي يشعرون به والاضطراب في النوم وفقدان الرغبة والسعادة والشعور بعدم التمكن من مواجهة ومواكبة الحياة، ويميزهم التعكر المزاجي الاكتئابي المستمرة لفترة طويلة الذي يظهر في سن مبكر من سن الرشد أو اليافع الذي ممكن أن يرهق لعدة سنوات وربما طوال الحياة.

وفي الدليل التشخيصي الرابع فقد تم التفريق بين الديستيميا والاكتئاب، مع العلم أنه تم اقتراح ما يسمى بالاكتئاب المزوج، وفيه يتم تشخيص وجود اكتئاب مزدوج عندما يضاف إلى عسر المزاج اكتئاب بيولوجي، والذي كانت تطلق عليه سابقاً اكتئاب داخلي المنشأ ونفسه يطلق على الاكتئاب الثانوي، أو الشكل الخفيف من الاكتئاب والتي تتم معالجته بشكل غالب من الأطباء العاميين، والبعض يعده شكل خفيف من المجرى في إطار نوبات اكتئاب متكررة في حين أن الآخرين يعدونه عسر مزاج لأنه في الغالب يستمر لوقت طويل (جميل رضوان، 2014: 478)

#### **8) تفسير النظريات للاكتئاب:**

**أ) اكتشاف بيك للاكتئاب:** يعد بيك المكتشف الأول للعلاج المعرفي، حيث كان مهتماً باختبار وجهة نظر فرويد الخاصة بالاكتئاب والتي ترى أنها حالة غضب متجهة نحو الذات، حيث افترض بيك أن أحلام المكتئبين تكون مصحوبة بالغضب والانتقام ومن ثم حيل الدفاع الخاصة بالدفاع ضد الغضب سوف تقوم بعملية تسوية خلال النوم، وعكس

توقعاته، فوجد بيك أن أحلام مرضى الإكتئاب تتصف بفكرة رئيسية تمثل حالة الضياع وال فشل بنفس الطريقة التي يعبرون فيها وهم في حالة وعي أثناء جلسات العلاج. فقرر بيك اختبار حالة الوعي الخاصة بالعفوية والتعبير اللفظي للمرضى خلال عملية التحليل النفسي لأشكال الضياع والفشل والملل.

ومن تم لاحظ بأن الاكتئاب يتصف بالتحيز السلبي في رسم الحقيقة، وقد أرجع التحيز إلى التلوث السلبي والمتمثل فيما يلي: اظهر الذات بشكل سلبي، الخبرات، المستقبل. ولذلك المرضى المكتئبين يرون أنفسهم بأنهم فاشلون، وخبرتهم لا تجد التقدي، وأن مستقبلهم مليء بالتعاسة والكآبة.

كما لاحظ بيك أثناء العلاج أن المكتئبين يعبرون عن فشلهم بطريقة سلبية ضمن تعريف معرفي محدد والذي وصفه بالأفكار التلقائية. (شعبان محمد فضل، 2008: 24).

أن الاكتئاب يخلف اثار مختلفة منها السلوكية والمعرفية والفيزيولوجية، ويؤدي الى الاحساس بالحزن واليأس زيادة على كفه للأنشطة الحركية، كما يؤدي إلى الفشل الدراسي والعزلة الاجتماعية وانعدام الثقة وتآنيب الذات باستمرار، خاصة في الجوانب المعرفية السلبية، فالفرد يفسر الأحداث بطريقة لاعقلانية مما بسبب اعاقه الفرد في التفاعل الاجتماعي الناجح التي تؤدي به الى حالة عدم التوافق النفسي (كحلة، دت: 7).

### **(ب) نظرية التحليل النفسي:**

من أوائل النظريات التي اهتمت بالاكتئاب هي نظرية التحليل النفسي، والتي صاغت عدة مفاهيم ترى أنها ذات صلة بالاكتئاب، حيث ترى أن هناك ارتباط بين الاكتئاب والمرحلة الفمية والعلاقة بالموضوع والنرجسية والتناقض الوجداني، اضافة إلى الارتباط المنظم بين الأنا الأعلى والعدوان والشعور بالذنب، اضافة الى طبيعة الدفعات الغريزية.

وتتمثل الصدمة في حالة الاكتئاب في فقدان الموضوع "الحب" فتؤدي الأحداث الضاغطة التي يعيشها الطفل في السنوات الأولى دوراً أساسياً في تكوين الاستعداد للإكتئاب، وتكون

هذه الصدمات استعداداً للاكتئاب، وتقع في المرحلة الفمية كما يرى رواد هذا الاتجاه مثل فرويد 1917، وجاكوبسون 1971.

حيث يرى فرويد الاشباع الزائد والاشباع الضئيل خلال المرحلة الفمية يولد شخصية تابعة، وعندما يتعرض لفقدان شيء يحبه كموت من يحب أو رفض لشيء ما، يولد للطفل غضب لا شعوري ومن ثم يتحول من غضب من الذات وفي النهاية إلى اكتئاب، وبالتالي حسب فرويد إذا واجه الفرد بعد ذلك أي ضغوطات مشابهة لضغوط الطفولة فإنه ينهار وتظهر عليه أعراض الاكتئاب. (معمرية، 2012: 115)

ت) **النظرية السلوكية:** المدرسة السلوكية تحاول تفسير الاكتئاب في ضوء التعميم المفرط للمنبه والاستجابة في الفرد المكتئب يبالغ في الاستجابة مثال ذلك أنه يفقد الاهتمام بخلق الأنشطة وينخفض تقديره لذاته ويفقد شخصيته وهذا رداً على منبه معين فقدان وظيفة مثلا أو غير ذلك. (زيري ابراهيم السيد، 2006: 44)

كما يفترض السلوكيون أن الاكتئاب هو انخفاض معدل السلوك الناجح وما يرتبط به من قلق وعدم الراحة، ينتج عن انخفاض معدل التعزيز أو الارتفاع لمعدل الخبرات المؤلمة، فالفكرة الأساسية عند السلوكيون عن الاكتئاب هو ما يحدث نتيجة لمجموعة من العوامل تتضمن انخفاض مهارات الفرد في تفاعله مع بيئته وانخفاض تأكيده لذاته مما ينجر عنه حرمانه من النتائج الايجابية (معمرية، 2012: 119).

### ث) النظرية المعرفية:

المعرفيون يرون ان السلوك اللاسوي ينشأ ويتطور حسب أفكار ومعتقدات الأفراد الخاطئة عن المحيط وعن أنفسهم وبترسخ الأفكار والمعتقدات البعيدة عن العقلانية والتفكير السليم.

ويرى بيك ان الاكتئاب اضطراب في التفكير وليس في الوجدان وطريقة تفكير الفرد وتعامله مع ما يراد من معلومات وما يعتقد وكيف يفسر الاحداث، وصنف مظاهر الاكتئاب إلى: المظاهر الانفعالية: مثل فقدان القدرة على الاستماع والابتهاج.

المظاهر المعرفية: مثل التقليل من قيمة الذات والشعور باليأس والشعور بالعجز، وتضخيم المشكلات.

المظاهر الدافعية: مثل نقص الإرادة والاتكالية والرغبة في الهروب والموتوفقدان الدافعية. المظاهر الجسمية: مثل سرعة النعب والأرق وارتخاء العضلات، ويرى بيك أن مظاهر الاكتئاب المعرفية لها الأسبقية في حدوث الاكتئاب، وينتج الاكتئاب من ميل الفرد للنظر إلى نفسه والعالم والمستقبل نظره تشاؤمية غير معقولة وهذا ما يطلق عليه بيك الثالث السلبي اذا كلما كان أكثر سيطرة على تفكير الفرد كان أكثر اكتئاباً، ويرى بيك أن الأسلوب المعرفي المميز للاكتئاب يتضمن ما يلي: الاستدلال الخاطئ وهو وصول الفرد الى استنتاج دون وجود دليل، التجريد الانتقائي وهو أن يبنى الفرد استنتاجاته على العناصر السلبية للموقف، التضخيم والتقليل، لوم الذات (معمرية، 2012: 124)

### ج) الاكتئاب والتغيرات الكيميائية:

فقد كشفت الابحاث عن وجود تغيرات كيميائية في الجهاز العصبي تصاحب حدوث الاكتئاب مثل نقص بعض المواد ك "السيروتونين" و"النورانبرين"، ومن المؤكد أن الانفعالات تؤثر على كيمياء المخ وتؤثر على حالة الاتزان النفسي، وتوصل الطب النفسي أن مزاج الانسان وسلوكه يرتبط بكمياء الجهاز العصبي (الشربيني، 2003: 53).

ان الوظائف العقلية مثل التفكير والمشاعر والحالة المزاجية لها علاقة مباشرة بمستوى مواد كيميائية معينة داخل المخ يطلق عليها الموصلات العصبية، وهي مواد توجد في الجهاز العصبي، تؤدي وظيفة الاتصال بين الخلايا العصبية وكشفت الدراسات وجود علاقة مباشرة بين الحالة المزاجية وهذه المواد مثل " نورابنفرين " و"السيروتونين" وتبين أن هذه المواد تنقص بصورة ملحوظة في حالات الاكتئاب النفسيين كما لوحظ أن بعض الأدوية الكميائية المضادة للاكتئاب والتي تقوم بتعويض هذا النقص تؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية واختفاء أعراض الإكتئاب (الشربيني، 2001: 63).



ح) **الاكتئاب والاستعداد الوراثي:** دلت بعض الابحاث أن حالة التوأمين المتماثلين اصابة احدهما بالاكتئاب فإن نسبة احتمال اصابة الاخر تتعدى 70 بالمئة ومع التوأمين غير المتماثلين تكون النسبة حوالي 25% كاحتمال الاصابة بالاكتئاب كعامل وراثي، وهي نفس النسبة لاصابة هؤلاء التوائم بالاكتئاب مع الاقارب الاخرين، كما أجرى الباحثين على جانبي المحيط الاطلنطي بحوث على مجموعتين من الافراد المتبنين، هؤلاء الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالاكتئاب وهؤلاء الذين لم يعانون من الاكتئاب فاكتشفوا أن أقارب الشخص المتبني المصاب بالاكتئاب تزداد معدلات احتمال اصابتهم بمرض الاكتئاب العيادي أكثر مقارنة بأقارب هؤلاء الذين لم يعانون بالاكتئاب (ديفيد هيندز، 2008: 40).

**التعليق على النظريات:** كل هذه النظريات انطلقت من جانب وركزت عليه وكأنه كل شيء بالنسبة للاكتئاب وتجاهلت الجوانب الأخرى المكونة للفرد، ولكن في المقابل كل نظرية لها دليلها، رغم الاختلاف من الناحية الواقعية، فلا يمكن أن ننكر تأثير الجانب الوراثي على الفرد فقد يكون الاكتئاب وراثياً، ولكن يبقى على شكل استعداد قد ينفجر ويتكون الاكتئاب للفرد في حالة وجود الأسباب الأخرى، كما لا يمكننا أن نتجاهل التغيرات الكيميائية للجهاز العصبي فالدراسات دلت على وجود علاقة بين الاكتئاب والتغيرات الكيميائية، قد تكون مساعدة على زيادة الاكتئاب في حالة الاختلال في السوائل الكيميائية على مستوى الجهاز العصبي، وأيضاً لا يمكن أن ننفي ما جاءت به النظرية السلوكية التي تركز على ما يحدث في الاكتئاب يكون نتيجة لمجموعة من العوامل التي تتضمن انخفاض مهارات الفرد في تفاعله مع بيئته وانخفاض تأكيده لذاته، حيث رجحت الجانب السلوكي على المعرفي ولم تذكر الجانب الوراثي نهائياً ولا الجانب الكيميائي، وأيضاً لا يمكن أن نغفل على ما جاءت به النظرية المعرفية، التي ترى أن الاكتئاب إضطراب في التفكير، وترى أن السلوك اللاسوي يتطور حسب معتقدات الفرد الخاطئة

عن ذواتهم وعن المحيط، فمن الملاحظ لا توجد نظرية متكاملة من بين هذه النظريات المفسرة للاكتئاب.

**(9) بناء العلاقة مع المكتئب:** غالباً يكون الاكتئابيون متشائمين جداً ولهم قناعة راسخة بأنه لا يمكن لشيء أن يساعدهم، وبعضهم يكون غارق في مزاجه الانفعالي الحزين الذي يصعب التفاعل معهم، فهم يحتاجون إلى الصبر والهدوء، ولذا يحتاجون إلى بناء ثقة والطأنينة والأمل وهذا عبر الاصغاء والضمانات المهدئة والاستفسار المهتم الملموس والتوضيحات المتكررة والنشاطات والتوجيهات والتنظيم "وهذا توجه نحو المشكلة" وقد تكفي جلسة واحدة وهذا لدى الأغلبية من المرضى الاكتئابيين (جميل رضوان، 2016: 202)

**(10) علاج الاكتئاب:** يستمر الألم عندما نستمر في التركيز على أفكارنا واستعادة الماضي المؤلم والجراح بطريقة مستمرة، والتهويل من شأن مظالمنا وتظلماتنا كما يزيد شعورنا بعدم الراحة عندما نستجيب للمضايقات الصغيرة عندما لا يتلائم مع حجمها. كما أن تعلم كيفية التحكم في أسلوب تفكيرنا وإيجاد طريق فعالة لكسر حدة أفكارنا المريرة وتعديلها، سوف يعطي لكمياء المخ فرصة تحقيق الشفاء من الأضرار التي لحقت بنا في الفترة الماضية (ديفيد هيندز، 2008: 47).

**أ) العلاج بالقران والسنة:** أن في القران والسنة الوقاية والعلاج لحالات الحزن والاكتئاب وخاصة ما كان منها لاسباب خارجية، ومن جانب العقيدة اثر كبير في الوقاية والعلاج للاكتئاب، كما أن للعقيدة أثر كبير على مشاعر الانسان وسلوكه، وفي القضاء والقدر عقيدتنا تمنعنا من الحزن الشديد وقد جاء في الحديث الصحيح الذي رواه الترميزي عن ابن عباس رضي الله عليهما جاء فيه " واعلم أن الامة لو اجتمعت على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك الا بشيء قد كتبه الله لك، وان اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك" للالباني 308/2

فعندما يعلم الانسان أن الامور مكتوبة فإنه لا يحزن، لانه يعلم أن هؤلاء البشر الذين حوله لا يستطيعون أن يضره أو ينفعوه، الا بقدر الله وبالتالي لا يقلق كثيرا ولا يحزن حزناً شديداً. (عبد الله الخاطر، دون سنة: 34)

**ب) العلاج الغذائي:** هناك بعض الطرق الغذائية يمكنها أن تساعد على التخلص من الاكتئاب ونذكر منها مايلي:

تناول الخضروات والفاكهة عدة مرات في اليوم.

أن يكون النظام الغذائي المتناول يشمل على الكثير من الفاصوليا والعدس والبقول.

تناول الخبز المصنوع من القمح كامل الحبة بكميات كبيرة والشوفان والشعير.

تناول السمك الدهني عدة مرات في اليوم مثل "السلمون، والسردين".

تجنب الدهون المشبعة مثل اللبن كامل الدسم، والجبن، واللحوم المعالجة، الوجبات

السريعة، لأنها يمكن أن تسهم في زيادة مستويات الكولسترول.

تجنب الكحوليات بكل أنواعها.

محاولة التقليل من الأملاح، وذلك بالتقليل من الحساء المعد مسبقاً، ومرق اللحم الذي

يستخدم في الطهو والأغذية السريعة.

التقليل من عادة رش الملح على الأطعمة فوق مائدة الطعام (ديفيد هيندز، 2008:

269).

**ت) العلاج الدوائي للاكتئاب:**

يعتبر الهدف الاول لمضادات الاكتئاب هو القضاء على الاعراض الاكتئابية، واستعادة

الفاعلية الوظيفية للمريض، والوقاية من الانتكاسات والنوبات المتكررة، وقد أقرت مجموعة

من المراكز العلمية البحثية وجمعيات علمية دولية، مثل الرابطة البريطانية للأدوية

النفسية، وهيئة بحوث وسياسات الرعاية الصحية، والمراكز التعاونية للصحة العقلية

بمنظمة الصحة العالمية، مجموعة من التوصيات منها:

يجب أن توصف مضادات الاكتئاب حسب الجرعة المقررة والموضحة والموصى بها حتى يكون العلاج فعالاً.

أن يستمر تناولها على الأقل لمدة أربعة أشهر بعد الاختفاء المبدئي للأعراض.

يجب أن يسبق وصف مضادات الاكتئاب من فئة (اس اس أر اي) كاختبار أول للعلاج

وذلك لأنها أكثر كفاءة من مضادات الاكتئاب الأخرى (عيد مصطفى، 2009: 23).

**ث) العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:** هناك عدة نقاط يمكن أن يلتقي فيها العلاج المعرفي السلوكي بالاكتئاب، ويذكر بيك أهمها فيما يلي:

يشير بيك أن العلاج السلوكي المعرفي يقلل من الأعراض الإكتئابية عن طريق تعديل العمليات المعرفية للمصاب بالاكتئاب.

كما أن التدخلات المعرفية تحاول أحداث تغيير في التفكير، وفي نفس الوقت لا تغفل الخبرات السابقة للفرد، فالطريقة التي يفسر بها الفرد الأحداث والمواقف هي التي تحدد استجابته، فالتفكير له دور أساسي في تجديد السلوك وإثارة الانفعالات، كما أن التفكير يتأثر بالمزاج.

فتعتبر النظرية المعرفية أن التفكير يؤدي دوراً أساسياً، عند تفاعله مع الأحداث في نشأة بعض الاضطرابات النفسية.

العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تعليم المريض كيفية تحديد وتعديل الأفكار السلبية والسلوك الذي ينتج هذه الأفكار، كما يمكن أن يستخدم العلاج المعرفي السلوكي في كثير من الحالات كبديل للعلاج الدوائي، كما أن للعلاج المعرفي السلوكي القدرة على حماية المرضى من الانتكاس (محمد عيد مصطفى، 2009: 33).

نستنتج أن كل هذه العلاجات تشترك في الهدف الأساسي وهو محاولة مساعدة الفرد ليعيش في محيطه مثل الآخرين، وتخفيف من الاكتئاب لدى الفرد، وتختلف في الطريقة التي يعالج بها المكتئب، حسب اتجاه ومبادئ كل نظرية، والعلاج يبني على كيفية حدوث الاكتئاب، ومن بين هذه العلاجات العلاج المعرفي السلوكي والذي يهتم بجانب السلوك

والتفكير الوجدان معاً، ولذلك كان انجح وهذا ما يثبتته الواقع والدراسات السابقة سواء كانت عربية أو أجنبية، وفي الدراسة الحالية اعتمد الباحث على بعض الفنيات والأساليب المعرفية السلوكية للتخفيف من الاكتئاب.

**(11) مآل العلاج:** بعض الحالات في الاكتئاب تتحسن تلقائياً دون علاج، وفي حالات قليلة مقارنة بالحالات التي يستمر ويتفاهم فيها الاكتئاب وقد يصل إلى محاولات الانتحار.

ومع العلاج أكثر من ثلثي المرضى يتم شفاؤهم وهذا بعد مرور سنة، كما أن هناك نسبة قليلة لا تتجاوب مع العلاج وهذا قد يكون ضمن فئة الاكتئاب المزمن، وعلى مدى خمس سنوات من بداية المرض يكون احتمال الانتكاس، عند النصف من الأفراد الذين أصيبوا بالاكتئاب، إلا أن المصاب بعد الإصابة الأولى تكون له التجربة في التعامل مع الاكتئاب (وليد سرحان وآخرون، 2008: 28)

كما أن مخاطر الانتكاس بناءً على فترات متباعدة من عام إلى عامين كانت 25 % بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي، بينما بنسبة الانتكاس كانت 60 % بعد تلقي العلاج الدوائي المضاد للاكتئاب، كما تشير بعض البحوث إلى أن المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي فقط من غير المحتمل أن ينتكسوا بعد العلاج مقارنة بالذين يتلقون العلاج الطبي (عيسى مراد، 2012: 177).

**خلاصة:** حاول الباحث الاختصار على بعض العناصر المهمة في الاكتئاب، ومن خلال هذا الفصل نلمس أن الاكتئاب له علاقة بالقلق كما له علاقة بالحزن، كما أن الاكتئاب يمكن أن يكون بعدة أشكال حسب استعداد الفرد وسبب الاضطراب، كما أنه منتشر بشكل كبير خاصة في عصرنا الحالي، وفي دراستنا الحالية سنتطرق إلى الاكتئاب عند المعاق حركياً، وسبل التخفيف من شدته عن طريق البرنامج العلاجي المقترح والمكون من العلاج المعرفي السلوكي، لأن التفكير وطريقة تفسير المعاقين حركياً للأحداث والمواقف في الحياة اليومية من بين أسباب اكتئابهم.

## الفصل السادس

### الإعاقة الحركية

-تمهيد

- (2) - مفهوم الإعاقة
  - (3) - نظريات علم النفس حول الإعاقة
  - (4) - تعريف الإعاقة الحركية
  - (5) - أسباب الإعاقة الحركية
  - (6) - احتياجات المعوقين حركياً
  - (7) - المشكلات المترتبة من الإعاقة الحركية
  - (8) - التطور التاريخي لتربية وتأهيل الإعاقات الجسمية
  - (9) - خصائص المعاقين جسدياً
  - (10) - القانون الجزائري لحماية المعوقين
  - (11) - التقييم النفسي للإعاقات الحركية
  - (12) - ردود فعل الوالدين نحو الإعاقة الحركية
  - (13) - علاج وتأهيل المعوقين حركياً
- خلاصة

## الفصل السادس

### الإعاقة الحركية

**تمهيد:** تعتبر الإعاقة الحركية من بين الإعاقات المنتشرة في المجتمع، حيث تنتشر في كل الأوساط وبين الجنسين كغيرها من الإعاقات، وتحتاج إلى رعاية خاصة سواء من العائلة أو المحيط، من أجل التخفيف على المعاق حركياً، من الناحية النفسية والصحية والعملية والاجتماعية، خاصة في ظل نقص المراكز التأهيلية والفضاءات الخاصة بهذه الشريحة، فما هي الإعاقات الحركية وما هي أسبابها، وما هي الاحتياجات الأساسية للمعاقين حركياً؟ وما هي التأهيلات والعلاجات التي ينبغي أن توجه لذوي الإعاقات الحركية والصحية والجسمية وغيرها، ليكون المعاق مؤهلاً من جميع النواحي، ليحس بأنه جزء من المحيط الذي يعيشه؟

**1) تعريف الإعاقة الحركية:** هي عجز وقصور في جسم الانسان يؤثر على الفرد في حركته وتقلاته، وتوافقه والشخصي وتناسقه في الجسم، كما يساهم هذا العجز في الحد من التواصل مع الآخرين، والتعلم (كوالحة، فواز، 2010: 289)

و"الشخص المعوق حركياً نعني 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 الاعاقة 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" (فهمي، 2008، 17: 18).

وهي قصور أو تدهور في جهاز أو أكثر من أجهزة الجسم تؤدي الى عدم قيام هذا الجهاز أو الجزء من الجسم بوظائفه كاملة فهي قصور جسمي 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 (عبد الكافي، 2005: 36)

والشخص المعاق حركياً 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 وإلى برامج خاصة حتى يتمكن من استخدام أقصى ما يمكن من قدراته ومواهبه (الكبيسي، 2000: 28).

نستنتج أن المعاق هو كل شخص لا يستطيع التنقل دون مؤهلات أو مساعدات من طرف الغير بشكل عادي، بسبب إصابة أو تعطل جهاز ما، والإعاقة الحركية كل إعاقاة 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 والقيام بنشاط معين، وفي الدراسة الحالية لدينا مجموعة من المعاقين حركياً تنطبق عليهم هذه الأوصاف والتعاريف (انظر الفصل الثامن)

**2) مصطلحات الإعاقة الحركية والجسمية:**



لا يخلو أي مجتمع من المجتمعات مهما كان تقدمه أو تخلفه من وجود نسبة لا يستهان بها من أفرادهم ممن يواجهون صعوبة الحياة، وقد أصيبوا بنوع أو بآخر من الإعاقات الحركية أو الحسية أو النمائية أو العقلية أو العصبية أو النفسية (المشرفي، 2009: 3) توجد العديد من المصطلحات التي تطلق على ذوي الإعاقات الحركية والجسمية والصحية ومن أهم هذه المصطلحات مايلي:

### الجدول رقم (03): يوضح مصطلحات الإعاقة الحركية

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
Physically handicapped	المعاقون جسماً

(جمال الخطيب، 1998: 12).

تختلف هذه التسميات حسب اختلاف المناطق والثقافات، فيختلف الدال أو التسمية ولكن المدلول أو المفهوم يبقى نفسه، وفي نفس الحين هذه التسميات والمصطلحات عامة ولكن تختلف نسبياً في بعضها مثلاً إذا قلنا " المقعدون " نفهم بصفة عامة إعاقة شديدة تقعد الفرد الفراش، ولكن إذا قلنا "الضعاف صحياً" قد نفهم لدى الفرد بصفة عامة ضعف في جسمه وصحته حتى وإن كانت إعاقة حركية فليست بالشديدة ولا تقعد صاحبها الفراش. كما نلاحظ غياب بعض المصطلحات الشائعة في هذا الجدول، مثل مصطلح الإعاقة الحركية ومصطلح ذوي الإعاقات الحركية.

### 3) أسباب الإعاقة الحركية:

للإعاقة الحركية عدة أسباب وعوامل، حسب كل مرحلة وما تقتضيه:

\_ 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 وقاية الجنين.

1. حالة تسم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم، ارتفاع ضغط الدم، وجود كمية البروتين في البول من شأنها هذه العلامات أن تسم 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 لبتز الأطراف لأن هناك بعض الإعاقات لا يتم تكتشف الا بعد فترة زمنية (الصفدي، 2007: 19، 20).

وفيما يلي جدول يوضح أسباب الإعاقات الجسمية وطرق الوقاية منها:

**الجدول رقم (04): جدول يوضح أسباب وطرق الوقاية من الإعاقة**

بعض طرق الوقاية	الأسباب
حزام الأمن، المقاعد الخاصة بالأطفال، واقيات الرأس لسائقي الدراجات النارية	حوادث المرور
إجراءات السلامة المتعلقة بالسباحة والغوص، الاشراف المناسب، توفر أدوات العوم والسباحة.	حوادث السباحة والغوص
التوعية مثل دورات التحسيس	الحوادث الناتجة عن الأخطاء النارية
التدريب الجيد، أماكن اللعب والرياضة الآمنة.	الإصابات الرياضية
تدريب الوالدين ودعم الأسرة.	إساءة معاملة الأطفال
ابعاد المواد السامة عن تناول العامة والأطفال	التسمم
الإرشاد الوراثي.	الأسباب الجينية
العقاقير الطبية.	النوبات التشنجية
العناية الطبية والعملية الصارفة.	استسقاء الدماغ

(الصفدي، 2007: 22)

نستنتج من خلال الجدول أن هناك صنفين من الأسباب في مجملها، في الصنف الأول أسباب تتعلق بالعامل البشري والتحكم فيها يكون بالتوعية والأخذ بالاحتياطات اللازمة ويمكن أن تسمى هذه الأسباب مكتسبة، أما في الصنف الثاني أسباب تتعلق بالوراثة والدماغية والجينية وهي صعبة التحكم فيها، كما أن العلاج والتأهيل يكون في الصنف الأول، ويبقى حسب شدة الإعاقة نوع الإصابة ومكانها، يمكن أن تكون أنواع أخرى من الأسباب تؤدي إلى أنواع أخرى من الإعاقات الحركية غير المذكورة في

الجدول، وعموماً تبقى الوقاية والتوعية من جميع الجوانب تقلل احتمالية الإصابة بالإعاقة بصفة عامة.

#### 4) احتياجات المعوقين حركياً:

##### 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 تبعاً للمستوى المهاري.

##### 2. احتياجات اجتماعية:

- توثيق المعوق بمجتمعه وتفاعله معه.

- الخدمات المساعدة مثل الإعفاءات الضريبية والجمركية وتسهيل الانتقال.

##### 3. احتياجات مهنية:

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

- إصدار تشريعات بمحيط تشغيل المعوقين وتوفير العمل المناسب (غزال، 2008: 210).

#### 5) المشكلات المترتبة من الإعاقة الحركية:

- المشكلات النفسية:

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

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

ب) الشعور الزائد بالعجز فيحاول استعطاف الآخرين، ويجد في عاهته حجة للتصل.

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

د) الإسراف في الوسائل الدفاعية، والنكوص السلوكي واعتماده على الغير وكذلك الكبت يستخدم ميكانيزمات غير توافقية بالإسقاط وتحويل الانفعالية غير السوية، والسلوك التعويضي والانكسار الذي يختفي خلف العناد والإصرار على سلوك صعب.

المشكلات 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.

مشكلات تعليمية: يثير عالم المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغاراً أو مشكلة أهلهم إذا كانوا كباراً خاصة أنه لا يستطيع مشاركة الآخرين في أفكارهم ومشاعرهم وحرص في الاتصال فضلاً عن مظهره مما يجعله يفضل نفسه على الآخرين.

مشكلات طبية: عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة، ارتفاع تكاليف العلاج

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 & 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 والانعكاسات 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، فشلل الأطفال عرف منذ أكثر من خمسة آلاف سنة، إلا 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. ثم طور برونسون كروثرز Grother بعض الأساليب لمعالجة الشلل الدماغية.

وأسس فيليبس أول مؤسسة خاصة لتأهيل الأشخاص الذين يعانون من الشلل الدماغية. 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 والصحية 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 الأبواب وغيرها (جمال الخطيب، 1998: 37).

## 7: الخصائص المميزة للمعاقين حركياً

### الخصائص العقلية:

نقص في الإدراك وهذا بسبب عدم خروج وتحرك المعاق حركياً مما يجعل ادراكاته ناقصة أما من حيث القدرات العقلية فقد يعود إلى 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 إلى 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 فصاحب الإعاقة البسيطة تأثرها بسيط ويعاني صاحبها من مشكلات بسيطة ومحدودة كصعوبة القفز والوثب وممارسة الرياضة أما الحالات الشديدة وخاصة المتعلقة بالدماغ فيكون تأثرها أقوى كالمشي والوقوف العادي مما يضطر صاحبها إلى العكاز أو الكراسي وغيرها. (عبد الفتاح عبد المجيد، 2011: 437).

## 8) القانون الجزائري وحماية المعوقين:

في الفصل الأول من الجريدة الرسمية الجزائرية، أحكام عامة فيما 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 لضمان 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 وحمايتهم

الاجتماعية على الخصوص ما يأتي:

تحصي المصابين بعجز وراثي أو مكتسب القاطنين في البلدية وتساعدتهم على

الصعيد الإداري للحصول على بطاقة عجز أو إعانة اجتماعية.

توجه المعوقين على اختلاف أنواعهم الذين يمكن إعادة تأهيلهم بالعمل إلى المصالح

المعينة 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).

حقوق المعوقين من خلال الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 3447 (0-30) المؤرخ في 09 ديسمبر 1975م:

**تشير إلى بعض المبادئ:** وتشيد بالحريات وحقوق الإنسان ومبادئ السلم وكرامة الشخص وقيمه والقيمة الاجتماعية المعلنة في الميثاق، كما تشير إلى مبادئ الاعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهدين الدوليين الخاصين بحقوق الإنسان وإعلان حقوق الطفل ومجموعة من الحقوق مثل حقوق الطفل والإعلان عنها والإعلان عن حقوق المتخلفين. كما تشير إلى قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي 1921(د-58) المؤرخ في 6 ايار 1975 بشأن الوقاية من التعويق وتأهيل المعوقين، كما تشوه بإعلان التقدم والإنماء في المجال الاجتماعي نادى بالضرورة حماية المعوقين جسماً وعقلياً وتأمينهم وتأهيلهم. كما تهتم بالوقاية من التعويق الجسماني والعقلي وتلح بضرورة مساعدة المعوقين على انماء قدراتهم في ميادين النشاطات وإدماجهم في الحياة العادية (مسعودان، 2005: 89).

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

هناك من المعاقين من تتعدد إعاقاتهم مما تجعل صاحبها يعاني أيضاً من القدرات المعرفية ولذا لابد 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 والصحة، والمهارات الأكاديمية والاجتماعية والنفسية والشخصية أيضاً.

كما تكون مهمة الفريق الطبي تشخيص الاضطرابات 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 وتطبيقاً.

كما أن النفسانيون وأخصائيون اضطرابات الكلام والاجتماعيون كلهم يتدخلون في عملية التقييم اعتماداً على طبيعة مشكلة المعاق حركياً (الجوراني، محمود، 2013: 84)

### 10) ردود 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، وهذه 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 وبسيطر عليها أكثر من الرجل وبالتالي الشعور بالذنب والكآبة (عصام الصفدي، 2007: 152).

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 المزمن وفي هذه المرحلة يبحث الأهل عن الخدمات وبرامج التربية الخاصة وبالتالي تكون الأسرة في وضع نفسي جيد (عصام الصفدي، 2007: 153).

#### 11) نظريات علم النفس حول الإعاقة:

أ) نظرية آدلر: أن الكفاح من أجل التفوق بالنسبة لآدلر يؤكد الإتساق في الشخصية والسلوك من أجل تحقيق الذات وهذا الكفاح فطري بل هو الجوهر الحياتي الي يحرك الإنسان من مرحلة لأخرى.

#### ب) 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.

ت) 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 توضيح 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.

**ث) 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 مبدأين 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).

## 12) علاج وتأهيل المعوقين:

### تعريف التأهيل الطبي للمعوقين حركياً:

فهو عبارة عن اجزاء اضطراري أو اختياري هدفه تخفيف حالة المعوق حركياً عن طريق اصطلاح أو تعديل نسبة العجز الحركي لديه، من أجل ممارسة حياته من دون أن يكون عالة على الآخرين.

هنا التأهيل يساعد الفرد ليسترد بعض الأجزاء الحركية التي كان يقوم بها قبل وقوع الإعاقة الحركية فيكون على الأقل استخدم نسبي لعضو من أعضاء الجسم كان معطل لوظيفته الحركية، وله عدة أهداف منها: مساعدة الفرد ليمارس حياته بما تبقى له من أعضاء سليمة ومنحه أجهزة تعويضية يكون من شأنها التقليل من نسبة العجز الحركي،

منع الإعاقة من الزيادة، وضع تصور نهائي للحالة المرضية، تبصر المعوق ذاته بحاله وما يطلب منه للمحافظة على ما تبقى من أعضاء سليمة (فهيمى، 2008: 325).

**البرامج النفسية التأهيلية العلاجية:** البرنامج عند المعاقين بدنياً يجب أن يتعاون في تنفيذه الأخصائي الاجتماعي والنفسي والأولياء والعلمين ومن في مقامهم.

وبداية بالدراسة: أن يقوم الأخصائي النفساني بقياس الذكاء والقدرات والاستعدادات و الميول بمختلف أنواعها وسمات الشخصية لدى المعوق بدنياً، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بدراسة الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة وعلاقته بعائلته وزملائه، ويجب أن يشمل البرنامج على معرفة أثر العوق على الصورة الجسمية ومفهوم الذات لدى المعوق بدنياً، ومستويات طموحه، رسم خطة تقوم على عدة عناصر سواء للمعوقين حركياً أو لأسرهم (الجوراني، محمود، 2013: 116).

وفيما يخص المعوقين حركياً:

أ) تغيير فكرته عن ذاته والإيحاء إليه بأنه في وسعه التعريض عن العجز البدني في المجالات الأخرى.

ب) مساعدة المعوق بدنياً حركياً على إشباع الدوافع كالحاجة الى الانتماء كالزواج وتكوين أسرة والحاجة إلى انجاز خاصة في مجال الذي تسمح به قدراته، والحاجة الى تحقيق الذات، والحاجة إلى الأمن الجسمي والنفسي والأمن الاجتماعي

ج) علاج الاضطرابات السلوكية ويشمل عدة نقاط منها:

- أن لا يلجأ لإلقاء اللوم على الآخرين لإخفاقه في تحقيق أهدافه.
  - أن لا يلجأ الى كبت رغباته ويتقبل الموقف بطريقة مرضية.
  - ولا يلجأ الى السلوك الانسحابي والهروب من الواقع.
  - أن لا يجعل الإحساس بالإحباط يفرضي به الى أي شكل من أشكال العدوانية.
- (الجوراني، محمود، 2013: 117).

بالنسبة إلى هذه البرامج النفسية والطبية وحتى الاجتماعية وغيرها ليست متاحة في كل الاماكن وليست متاحة لكل المعاقين، وإذا أسقطنا الأمر إلى واقع الدراسة الميدانية في ولاية أدرار، فإننا لا نلمس الا الشيء القليل من هذه الإمكانيات من حيث التأهيل الفيزيائي غير متاح لكل المعاقين نظراً لاقتصاره في مركز الولاية وغير متواجد تماماً في معظم مناطق الولاية، والأمر تماماً بالنسبة للتأهيل النفسي رغم وجود الاخصائين لكن غير مخصص لتأهيل المعاقين حركياً، وأن وجد يكون للمعاقين عقلياً، وبالنسبة إلى العلاج الاجتماعي فغير موجود بصفة منظمة على حسب معلومات الباحث.

**خلاصة:** تعرفنا في هذا الفصل على الإعاقة الحركية، كما تعرفنا عن 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، والاحتياجات في كل الجوانب النفسية والثقافية والاجتماعية والطبية، كما تعرفنا التأهيل والعلاجات للتقليل من الأثر السلبي والحد من الزيادة لدى المعاقين، وهذا التأهيل يكون على عدة مستويات، النفسي والاجتماعي والطبي ليكون العلاج والتأهيل ناجحاً، وخاصة إذا كان التكفل العلاجي والتأهيل المبكر، وفي هذه الدراسة يحاول الباحث تطبيق بعض الفنيات المكونة لبرنامج علاجي على مجموعة من المعاقين حركياً بهدف التخفيف من القلق والاكتئاب، والتحسين من مستوى مفهوم الذات.

# الجانب التطبيقي

- (1) الفصل السابع: منهجية البحث وأدواته
- (2) الفصل الثامن: الدراسة الأساسية
- (3) الفصل التاسع: مناقشة فرضيات الدراسة

## الفصل السابع

### منهجية البحث وأدواته

- تمهيد

(2)- الدراسة الاستطلاعية

(3)- خطوات اعداد البرنامج العلاجي

(4)- محتوى البرنامج

(5)- القاعدة العلمية لفتيات البرنامج العلاجي

(6)- الصورة الأولية للبرنامج

(7)- الصورة النهائية للبرنامج

(8)- جانب ضبط العينة والزيارات الميدانية

(9)- المشاكل المطروحة والطموحات المستقبلية

(10)- عينة الدراسة وشروط اختيارها

(11)- أدوات الدراسة

(12)- اختبار مفهوم الذات

(13)- اختبار القلق

(14)- اختبار الاكتئاب

(15) صعوبات الدراسة



## الفصل السابع

### منهجية البحث وإجراءاته

**تمهيد:** لا يخلو أي بحث علمي من منهجية يسير وفقها، حتى يكون في الطريق الصحيح، وبما أن دراستنا هذه تتدرج تحت البحوث العلمية، توجب علينا اتباع منهج نسير وفقه للوصول إلى النتائج بطريقة علمية، وتختلف المناهج والطرق العلمية باختلاف نوعية البحوث والمواضع والعينة، وكل بحث أو دراسة لها منهج معين تسير عليه، وبما أن موضوع دراستنا ينطوي تحت برنامج علاجي يطبق على مجموعة من المعاقين حركياً، فقد اخترنا المنهج الشبه التجريبي وهو المنهج المناسب للدراسة، باستخدام مجموعة من الأدوات.

**(1) تعريف المنهج:** هو الأسلوب الذي يسير على نهجه الباحث للوصول إلى هدف بحثه والمتمثل بالدرجة الأولى في الإجابة على أسئلته

وبما أننا اخترنا المنهج شبه التجريبي باعتباره الانسب لمثل هذه الدراسات، حيث تقام الدراسة على مجموعتين: المجموعة التجريبية وهي التي يطبق عليها البرنامج العلاجي المقترح، أما المجموعة الضابطة فتشترك مع المجموعة التجريبية في الاختبارات النفسية القبلية والبعدية من أجل المقارنة بين النتائج المتحصل عليها قبل البرنامج وبعد البرنامج بين هاتين المجموعتين، وقبل ذلك علينا أن نبدأ بالدراسة الاستطلاعية.

**(2) الدراسة الاستطلاعية:** وهي أول خطوة يلجأ إليها الباحث حيث تعرف على ميدان بحثه والظروف التي سوف يجري فيها البحث والإمكانيات المتوفرة، وجمع معلومات عن مجتمع البحث والتقرب منه أكثر، كما تهدف إلى التحقيق من وجود عينة البحث في الميدان وتجريب أدوات البحث للتأكد من الخصائص السيكومترية.

وتمثلت الدراسة الاستطلاعية في عدة نقاط وهي: خطوات إعداد البرنامج العلاجي المقترح، والتعريف بأدوات الدراسة المتمثلة في الاختبارات النفسية من حيث صلاحيتها أي صدقها وثباتها، وخطوات جمع البيانات واختيار العينة أو حالات الدراسة وذلك بعد

النزول إلى مديرية النشاط الاجتماعي للحصول على الإحصائيات والمعلومات المتعلقة بالمعاقين حركياً، والتراخيص بإجراء الدراسة على العينة بأدرار، وفروعها المتواجدة في بلدية رقان التي تبعد عن مركز الولاية بـ (150 كلم) وبلدية زاوية كنتة التي تبعد عن مركز الولاية بـ (75 كلم)، كما تم التوجه إلى مديرية الصحة الجوارية بركان والفروع التابعة لها، من أجل الموافقة على تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مجموعة الدراسة في المراكز الصحية القريبة من كل المعاقين حركياً.

### 3) خطوات إعداد البرنامج العلاجي المقترح:

1- في البداية كان لابد من الإلمام بالجانب النظري، والدراسات السابقة حول الموضوع، وذلك بالاطلاع على مجموعة من البرامج النفسية العلاجية المعرفية السلوكية والإرشادية، والجوانب النظرية والأدبية لإعداد الدراسة الحالية، ومن بين هذه الدراسات مايلي:

أ) - دراسة حسين أديب عماد حول "الفرق بين المعاقين حركياً والعاديين على مقياس ماسلو للأمن النفسي"، كلية التربية جامعة دمشق، 2015م.

ب) - دراسة كحلة ألفت حسين حول "العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب"، السعودية، 2011

ج) - دراسة معطوب القحطاني سارة حول "دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية الحركية"، بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين بالطائف، السعودية، 2009م

د) - دراسة فرج سهيل حول "أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض التلاسيميا". فلسطين، 2011.

هـ) - دراسة البجاري أحمد يونس حول " أثر برنامج إرشادي في تعديل مفهوم الذات للطلبة الذين لهم تقدير ذات منخفض" العراق، 2010.

و) - دراسة سامية حجازي إدريس، في جامعة الخرطوم حول " فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن" السودان، 2007.

احتواء البرنامج على عدة جلسات كل جلسة متناسقة مع الجلسة التي قبلها. مراعاة التدرج في جلسات البرنامج.

المرونة في تنفيذ البرنامج على أفراد الدراسة

**2- محتوى البرنامج:** العلاج السلوكي المعرفي يهتم بالعمل حيث يبحث في خلل الوظائف المعرفية، وتهدف التدخلات العلاجية به إلى تغيير الأخطاء المعرفية، لأن العلاج المعرفي السلوكي يرى أن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية، و الاضطرابات تعتمد إلى حد كبير على وجود معتقدات فكرية خاطئة يكونها الفرد عن نفسه وعن بيئته والعالم المحيط به، 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 الرحمن، 2009: 204).

ويشمل الاساليب والتقنيات المستعملة في البرنامج، والمتكونة أساساً من أساليب معرفية وأساليب سلوكية وأساليب إنفعالية، وتتمثل فيما يلي: فبعد مطالعة بعض الدراسات السابقة والرسائل التي تهتم بالبرامج العلاجية السلوكية المعرفية والتي اهتمت بمتغيرات الدراسة، فقد اخترنا بعض الفنيات من منظور ثلاثي الابعاد، يهتم بالناحية السلوكية والمعرفية، والانفعالية وهي: فنية إعادة البناء المعرفي، وفنية المراقبة الذاتية، وفنية الاسترخاء، وفنية الواجبات المنزلية، وفنية الحوار والمناقشة.

**4) القاعدة العلمية لفنيات البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي:** حاول الباحث أن يبرهن على كل فنية يتم استعمالها في البرنامج بدليل علمي، لملائمة الفنية بمتغيرات الدراسة.

أ) الاسترخاء: " ان التدريب على الاسترخاء يؤدي الى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم، فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة في النفس" (عبد الستار، د سنة:167).

ويقول (شكشك أنس، 2009: 87) " يمكن لمريض القلق أن يستفيد من التدريب على الاسترخاء الى القدر الذي تتضاد فيه استجابة الاسترخاء مع استجابة القلق، ويمكن التدريب على الاسترخاء في العيادة ثم يمارسه المريض كواجب منزلي".

ويقول (عبد الستار ابراهيم، 2011: 124)، يستغرق التدريب على الاسترخاء العضلي المنظم، ست 06 جلسات في العيادات النفسية، بحيث كل جلسة لا تقل عن 20 دقيقة، ويطلب من المريض أن يمارس التدريبات 15 دقيقة يومياً بنفسه حسب الارشادات العلاجية، ويجب أن نعطي تصوراً عاماً للمريض عن اضطراب القلق، ونبين له أن الاسترخاء العضلي طريقة للتخفيف من التوترات النفسية والقلق.

وفي دراستنا نعتمد على محاولة تطبيق الاسترخاء التدريجي، حيث نطبق في الجلسة الأولى للاسترخاء على الجانب العلوي من الجسم، الرأس والذراعين واليدين، وفي جلسة ثانية نطبق الاسترخاء على المناطق الوسطى للجسم الكتفين والصدر والبطن، وفي جلسة أخرى يطبق على المناطق السفلية للجسم والمتمثلة في الفخذين والساقين والقدمين، وفي جلسة رابعة يطبق الاسترخاء العام للجسم كله، كما يكلف المعاق بالتدريب عليه في المنزل كواجب منزلي.

#### ب) الواجبات المنزلية:

تقدم الواجبات المنزلية في شكل تعاقد بين العميل والمعالج، حيث يستخدم العميل ما تعلمه من أنماط ومهارات في جلسات العلاج لجعله أكثر جرأة وشجاعة في مواجهة القلق والغضب، وتكون في الغالب ابتداءً من الجلسة الثانية، وعلى العميل أن يدون ملاحظاته أثناء الأداء من حيث النجاحات والإخفاقات والصعوبات التي تعترضه عند قيامه بها. (طه عبد العظيم حسين، 2008: 183).

من خلال هذه الفنية يحاول العميل الخروج بما اكتسبه من إدراك جديد حول الافكار التلقائية، ويحاول تعديلها في بعض مواقف الحياة اليومية بين العلاجات اليومية (محمد السيد عبد الرحمان، 2014: 103).

وفي دراستنا تكون الوجبات المنزلية، على شكل تنفيذ في المنزل أو غيره كل ما يتعلمه المعاق حركياً في الجلسة من مهارات وسلوكيات، تتمثل هذه المهارات في الاسترخاء والمراقبة الذاتية للأفكار التلقائية، والمواقف التي يتعرض فيها للقلق والاكتئاب، والأحداث المؤلمة من حوله، والقيام ببعض المهام لوحده كالخروج من المنزل الى الساحات العامة، حيث تحدد الواجبات نهاية كل جلسة، وتتم مناقشتها وتقييمها في بداية الجلسة الموالية.

**ج) المراقبة الذاتية:** هو أن الفرد يكلف بمراقبة نفسه بنفسه، حيث يطلب منه تسجيل المواقف التي ينتابه القلق في كراس أو كناش وكيف كان موقفه منها، في مواقفه وسلوكياته اليومية.

فيما يخص المراقبة الذاتية أكدت عدة دراسات أن للمراقبة الذاتية أهمية كبيرة لمدى نجاح المهارات الأخرى ومن بين هذه الدراسات دراسة هاركل 2000، ودراسة ميتشنيوم 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 (معطوب 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" (شقيير زينب، 2002: 216).

وفي دراستنا نطلب من كل حالة أن يكون عنده دفتر صغير يسجل فيه كل المواقف في الحياة اليومية التي يتعرض فيها إلى قلق أو اكتئاب، أو احباط، وكيف كان حاله

وإحساسه وشعوره، وكيف تعامل مع هذه المواقف، ثم في الجلسة الموالية تتم مناقشتها، وكيفية التعامل معها.

(د) **الحوار والمناقشة:** يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع الجلسة بين الباحث وأفراد العينة من جهة، وتبادل الحوار والمناقشة بين أفراد المجموعة مع بعضهم البعض، وبالتالي تسهم هذه الفنية في إعادة البناء المعرفي وتعديل الخطأ، وتعزيز التواصل بين أفراد المجموعة (فرح سهيل، 2011: 114).

والحوار هو طريقة يتم استخدامه من خلال إدارة الحديث من قبل الباحث والمشاركين ويتم إتاحة الفرصة للمشاركين بالحديث المتبادل عن أفكارهم وأرائهم بطريقة ينظمها ويسهلها الباحث لهم من أجل التوصل إلى تنمية الفكرة المناسبة لهم (يحي النجار، 2012: 574)

وفي دراستنا تتم المناقشة والحوار حول القلق والاكتئاب من حيث الأسباب والأنواع وكيفية التعامل معه ومحاولة التغلب على ضغوط الحياة، وكيف يؤثر على شخصية المعاق حركياً.

(هـ) **فنية إعادة البناء المعرفي:** وهي إحدى الفنيات التي تساعد المريض على تغيير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته غير المنطقية وغير المقبولة، إلى أفكار واتجاهات عقلانية مقبولة وواقعية جديدة، وهذه الفنية لألبرت اليس وهي من أهم الفنيات التي تستعمل في العلاج المعرفي في تصحيح الأفكار.

وتعمل هذه الفنية على إعادة تقويم رؤية المسترشد غير الواقعية لمواقف الحياة، مما يساعده على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة، والتهديد المحسوس بشكل خطأ على أنه خطر، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة الحالة على اكتشاف أن أفكاره غير الواقعية هي السبب في إحساسه بشدة الضغط، وليست المواقف والأحداث وهذا ينمي قدرة الحالة على التفكير العقلاني المنطقي (فرح سهيل، 2011: 114).

وفي دراستنا نحاول تطبيق فنية إعادة البناء المعرفي، وذلك بالتركيز على الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية للمعاق حول إعاقته الحركية، ومفهوم الذات واستبدالها بأفكار عقلانية منطقية، ومقبولة في الواقع.

### 5) الصورة الأولى للبرنامج العلاجي المقترح قبل التحكيم:

تقدير عدد جلسات البرنامج العلاجي المقترح بـ 14 جلسة.

**الفئة المستهدفة:** مجموعة من المعاقين حركياً، وعددهم خمسة أفراد، مسجلين في مديرية النشاط الاجتماعي في بلدية زاوية كنتة وبلدية رقان، لولاية أدرار، وكلهم من الذكور وتتراوح أعمارهم من 20 سنة إلى 38 سنة.

**الجلسة الأولى:** يتم فيها إقامة علاقة بين الباحث والمعاقين حركياً، وقد تكون فردية، وقد تكون جماعية حسب المعطيات المتوفرة في الميدان.

ويتم التطبيق القبلي للاختبارات النفسية والتمثلة في اختبار سمة القلق لسبيريلجر، واختبار بيك للاكتئاب تقنين "بشير معمرية"، ومقياس مفهوم الذات من إعداد مينسونتا تقنين الدكتور "بشير معمرية".

**الجلسة الأخيرة** يتم التركيز فيها على تقييم البرنامج والفنيات، ورؤية الحالات حول البرنامج ومدى الاستفادة من البرنامج والجلسات العلاجية، ومدى التغيير والانطباع حول القلق والاكتئاب والنظرة إلى الذات، والإعاقة الحركية.

كما يتم القياس البعدي، وذلك بتطبيق الاختبارات النفسية المتمثلة في مقياس القلق، ومقياس الاكتئاب ومقياس مفهوم الذات بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية.

أما باقي الجلسات بعد الجلسة الأولى وقبل الأخيرة، فتطبق فيها الفنيات المكونة للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وتكون كما يلي:

التدرج في فنيات البرنامج العلاجي، تكون جلستين في الاسبوع على الأكثر، كما أن فنية الواجبات المنزلية تعطى في نهاية كل جلسة، وتراجع في بداية الجلسة الموالية.

الجدول رقم (05) يوضح الصورة الأولية قبل التحكيم لاستعمال فنيات البرنامج العلاجي.

المدة الزمنية	عدد الجلسات	الاهداف من الفنية المستعملة	المحتوى وطريقة الاستعمال	الفنية العلاجية
45 دقيقة لكل جلسة	أربع جلسات	تعليم العميل كيفية التعرف على الأفكار غير الواقعية وغير العقلانية. محاولة تغيير الأفكار اللاعقلانية إلى افكار مقبولة وعقلانية. إعادة تقويم رؤية المعاق تصحيح الأفكار.	التعرف على الأفكار والاعتقادات التي يتشبع لها العميل وتحديدها. محاولة تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول الاعاقة الحركية. التعرف على الافكار اللاعقلانية والتلقائية.	1 إعادة البناء المعرفي
15 د في الجلسة داخل القاعة	06 جلسات داخل القاعة وباقي أيام الأسبوع في المنزل	التغيير في مفاهيم المرضى كما يشير عبد الستار ابراهيم زرع الثقة في النفس التخلص من الضغوطات	يستعمل بشكل تدريجي، في عدة جلسات، الجزء العلوي منطقة الرأس والرقبة، ثم منطقة الذراعين، ثم منطقة الصدر والبطن، ثم منطقة الفخذين والساقين، وحصتين للاسترخاء العام	2 الاسترخاء



		التحرر الفيزيولوجي للفرد	للجسم كله. أثناء الجلسة، وباقي أيام الاسبوع يقوم العميل بما تعلمه في الجلسة في المنزل.	
45 دقيقة لكل جلسة	يتم تسجيل الأفكار والملاحظات في كل أيام الأسبوع، الا أن تكون مناقشتها في الجلسة مرة في الاسبوع	التقدم نحو الهدف. انتباه الفرد لمواقف القلق، والأفكار السلبية التي تنتابه. الاحتفاظ بما تعلمه الفرد في الجلسة. المساهمة في تقبل الذات للفرد. تعليم العميل كيف يتعامل مع المواقف والأفكار.	استعمال كراسة عند العميل، يسجل فيها الأفكار التي تنتابه في المواقف اليومية. ويسجل فيها كيف تعامل مع المواقف المقلقة أثناء القلق والاكتئاب والشعور بالضيق. عادة تستعمل كواجب منزلي للموقف اليومية وتناقش في الجلسة مع الأخصائي.	3 المراقبة الذاتية
40 دقيقة في كل جلسة	من ست جلسات إلى ثمان جلسات	تعزيز التواصل بين المعاقين والباحث. تصحيح الأفكار حول القلق والاكتئاب.	حوار ومناقشة مع المعاقين حركياً لمناقشة القلق والاكتئاب. قد يكون الحوار فردياً أو جماعياً حسب طبيعة الجلسة.	4 الحوار والمناقشة

		يتعلم المعاق كيف يتعامل مع الإعاقة من أجل التكيف في مواقف الحياة اليومية. تسهم في إعادة البناء المعرفي	مناقشة كيف يتم التعامل مع الإعاقة الحركية. يستعمل في مناقشة الواجبات المنزلية والأفكار المسجلة أثناء المراقبة الذاتية	
20دقيقة الأولى من كل جلسة تناقش الواجبات المنزلية	حوالي 10 جلسات	تساهم في تحسين مفهوم الذات للأفراد. عند القيام بالواجبات المنزلية يشعر الفرد بنوع من التقبل، وأنه مثل الآخرين. يتحرر من جانب النقص تنشط فيزيولوجية المعاقين التحرر من الضغوط اليومية.	تستعمل في تقنية الواجبات المنزلية وتستعمل في التدريب على الاسترخاء في البيت بعد التعليم أثناء الجلسة. في نهاية كل جلسة يكلف ببعض المهام يقوم بها في المنزل مثل الاسترخاء ويناقش في بداية الجلسة الموالية.	5 الواجبات المنزلية

6) مرحلة تحكيم البرنامج العلاجي: عرض الباحث الصورة الأولية للبرنامج العلاجي على مجموعة من المحكمين مختصين في علم النفس العيادي والصحة النفسية يوضحه الملحق رقم (2).

حيث تمت الإشارة إلى توضيح بعض النقاط والملاحظات في البرنامج من طرف المحكمين، فكانت التعديلات كما يلي:

أ) طريقة الاسترخاء حيث تم اعتماد طريقة الاسترخاء التدريجي، من الأعلى إلى الأسفل، في جلسة يتم تعلم استرخاء الأجزاء العلوية المتمثلة في الرأس والذراعين واليدين، وفي جلسة أخرى يتم استرخاء الأجزاء الوسطى المتمثلة الصدر والبطن، وجلسة أخرى يتم فيها استرخاء الأجزاء السفلية الساقين والقدمين، وجلسة خاصة بتطبيق الاسترخاء العام للجسم كله، كما يتم تكليف المعاق حركياً بالتطبيق في المنزل ما تعلمه في القاعة إلى غاية الجلسة القادمة.

ب) عدد الحصص الضرورية لطريقة العلاج في إعادة البناء المعرفي: حيث تم توضيح عدد الحصص كما هي في الجدول النهائي، وهذا حسب كل فرد والمعطيات التي تتوفر لديه.

ج) محتوى البرنامج هل يمكن أن يحقق أهدافه؟ وهنا اعتمد الباحث على اختيار الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية، حسب ما تحتاجه متغيرات الدراسة والمتمثلة في القلق والاكتئاب ومفهوم الذات، استناداً إلى الدراسات السابقة، والجانب النظري لكل فنية علاجية.

د) تمت الإشارة إلى الحصة الأولى حصة العقد: حيث وضحنا في جدول الصورة النهائية كيف تسير الحصة الأولى.

هـ) حصر عدد جلسات البرنامج وفق جدول: حيث حددها الباحث ب 14 جلسة.

و) إعادة ترتيب جلسات البرنامج من جلسة العقد إلى الجلسة الأخيرة، حيث تم الترتيب التدريجي لجلسات البرنامج بالتفصيل، وتوضيح فنيات وهدف كل جلسة، مع الوقت المقدر.

م) توضيح فنية الواجبات المنزلية: بالنسبة إلى هذه الفنية، الباحث يكلف في نهاية كل جلسة عمل يقوم به المعاق حركياً في المنزل، بما تقتضيه الجلسة، مثلاً في جلسة المراقبة الذاتية يكلف المعاق بواجب منزلي يسجل فيه كل المواقف التي ينتابه القلق أو الاكتئاب، وكيف تصرف مع هذه الموقف، وفي جلسة الاسترخاء يكلف المعاق بتطبيق ماتعلمه في الجلسة العلاجية، وهذا ينطبق على كل الفنيات المتبقية.

**ملاحظة:** المحكم الوحيد الذي أعطى رأيه من خارج الوطن، هو الدكتور "محمد السيد عبد الرحمن، من مصر أستاذ الصحة النفسية بجامعة الزقازيق، حيث كان رأيه أن يكون للقلق برنامج خاص، وللاكتئاب برنامج خاص، ولتحسين مفهوم الذات برنامج خاص، أو يحذف أحد المتغيرات من الدراسة، ولذلك كانت فنيات البرنامج بعضها

الجدول رقم (06): يوضح الصورة النهائية للبرنامج العلاجي بعد التحكيم

رقم الجلسة	الهدف الرئيسي من الجلسة	الفنيات المستخدمة وملخص الجلسة	طبيعة الجلسة	الوقت المستغرق
01	تعزيز الثقة وإقامة علاقة مع المعاقين حركياً الحصول على المعلومات الأولية عن الفرد.	فنية الحوار والمناقشة: حيث نقوم بحوار مفتوح، الترحيب، التذكير بالهدف من الدراسة، إعطاء صورة على البرنامج، التأكيد على سرية المعلومات والغرض من الدراسة يندرج في إطار البحث العلمي. تقديم استمارة جمع المعلومات في الأخير تم الاتفاق على الوقت والموافقة على البرنامج والمدة المحتملة التي تقدر بشهرين ونصف	جماعية	ساعة ونصف
02	تقديم الاختبارات النفسية توضيح الإعاقة الحركية	تقديم الاستبيانات الخاصة بمفهوم الذات واختبار القلق والاكتئاب عن طرق الحوار والمناقشة نعرف الإعاقة الحركية وأسبابها وكيف يتم التعامل معها.	فردية	ساعة ونصف
03	توضيح القلق معرفة كيفية مراقبة الفرد	عن طريق الحوار والمناقشة نتعرف عن القلق وأسبابه وكيف يؤثر على الفرد. تعريف المراقبة الذاتية:	فردية	45 د

		عن طريق فنية المراقبة الذاتية يتعلم الفرد كيف يراقب ذاته في الأماكن التي يقلق فيها اعطاء واجب منزلي عن القلق والاكتئاب بتحديد الأماكن التي ينتابه القلق والضيق وكيف تعامل المعاق معها.	لذاته.	
45 د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي. عن طريق الحوار والمناقشة نوضح الاكتئاب أسبابه وأخطاره في تشويه أفكار الفرد، وكيف يمكن تجنبه. نعطي واجب منزلي عن القلق والاكتئاب، بتحديد الأماكن التي ينتابه فيها الشعور بالقلق والاكتئاب.	مناقشة الواجب السابق توضيح الاكتئاب المراقبة الذاتية للمواقف والأحداث	04
50 د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي عن القلق والاكتئاب التعرف على فنية إعادة البناء المعرفي للأفكار التلقائية وكيف نتخلص من الأفكار السلبية المسببة للقلق والاكتئاب والمسببة في تدني مفهوم الذات. اعطاء واجب منزلي للأفكار التلقائية للمواقف المختلفة في الحياة اليومية.	مناقشة الواجب السابق إعادة البناء المعرفي. كيف يحسن الفرد من مفهوم ذاته.	05
60 د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تحديد بعض المواقف المسجلة، وتتم	مناقشة الواجب السابق	06

		معالجتها عن طريق إعادة البناء المعرفي (تحديد الأفكار التلقائية من الموقف المؤثر ومحاولة استبدالها بأفكار منطقية ومقبولة) واجب منزلي	للمواقف السابقة المزج بين المراقبة الذاتية وإعادة البناء المعرفي	
45 د	فردية	مناقشة الافكار المسجلة والمواقف المحرجة والاستمرار في إعادة البناء المعرفي إعطاء واجب منزلي في تسجيل المواقف المؤثرة والافكار التلقائية	مناقشة الواجب المنزلي مزج المراقبة الذاتية وإعادة البناء المعرفي	07
		مناقشة الواجب المنزلي للأفكار التلقائية عن طريق اعادة البناء المعرفي كيفية التغلب على الافكار السلبية وإخضاعها للمنطق واجب منزلي	كيفية التغلب على الأفكار السلبية والتلقائية	08
40 د		بعد مناقشة الواجب المنزلي عن طريق الحوار والمناقشة نتكلم عن الاسترخاء وفوائده للقلق والاكتئاب وللجانب الجسمي والراحة وفي الجانب الثاني من الحصة نتعلم الاسترخاء على المناطق العلوية الاسترخاء التدريجي، بحيث نركز على الرأس والذراعين.	درس عن الاسترخاء تعلم الاسترخاء على الأجزاء العلوية من الجسم	09

		إعطاء واجب منزلي عن استرخاء المناطق العلوية حصة في كل يوم إلى غاية الجلسة القادمة		
45د	فردية	مراجعة الواجب المنزلي عن استرخاء المناطق العلوية وهل كانت صعوبات في التطبيق في البيت أو مشاكل تعلم الاسترخاء للمناطق الوسطى منطقة الصدر والبطن إعطاء واجب منزلي في استرخاء الصدر والبطن	تعلم الاسترخاء على المناطق الوسطى	10
40د	فردية	مراجعة الواجب المنزلي للاسترخاء تعلم الاسترخاء للفتحين والساقين والقدمين	تعلم الاسترخاء للمناطق السفلى	11
40د	فردية	مراجعة تطبيق الواجب المنزلي للاسترخاء تعلم الاسترخاء العام إعطاء واجب منزلي عن الاسترخاء العام	تعلم الاسترخاء العام	12
50د	فردية	مناقشة الواجب المنزلي في الاسترخاء العام والمواصلة في الاسترخاء العام. فتح المجال للتعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة بالقلق والاكتئاب. التوهام المستقبلية الأسرية والاجتماعية.	اعادة البناء المعرفي للأفكار المتعلقة بالمستقبل. تعلم معالجة الافكار	13



		<p>التعرف على نظرة المعاق لذاته.</p> <p>إعطاء واجب منزلي في الاسترخاء العام.</p> <p>وتسجيل كل الافكار السلبية المتعلقة بالحياة، والمواقف اليومية لمناقشتها في جلسة أخرى.</p>		
ساعة ونصف	جماعية	<p>مناقشة النقاط المسجلة عن طريق (فنية المراقبة الذاتية)</p> <p>محاولة إعطاء السبب في تشوه الافكار وكيف نستطيع التحكم فيها</p> <p>واستبدالها بأفكار معقولة ومنطقية (إعادة البناء المعرفي)</p> <p>الجانب الثاني في الحصة هو تقديم الاختبارات النفسية للقلق والاكتئاب ومفهوم الذات (القياس البعدي).</p> <p>نطلب من كل فرد إعطاء الرأي الخاص لتقييم البرنامج والفوائد المتعلمة</p> <p>إعطاء نصائح عامة.</p> <p>التوصية بالمحافظة على ماتعلمناه والتطبيق المستمر للفنيات العلاجية المتعلمة وتدريبات الاسترخاء.</p>	<p>14</p> <p>التطبيق البعدي</p> <p>للاختبارات النفسية</p> <p>ومقارنة بعض</p> <p>الملاحظات لكل فرد في</p> <p>المجموعة</p>	

## 7) ضبط العينة:

الزيارات الاستطلاعية: القيام بعدة زيارات للمؤسسات والمصالح الخاصة بالمعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة، لمحاولة التعرف على خصائص عينة الدراسة.

أ) الديوان الملحق لأجهزة المعاقين بأدرار: قام الباحث بزيارة يوم 2018/05/08 الى

المؤسسة المكلفة بأجهزة ولواحق المعاقين حركياً بأدرار، حيث تحصلنا على مايلي:

- الدليل الوطني للمعاق: عبارة عن كتيب توصف فيه القوانين التي تكفل المعاق، والقوانين الادارية والقانونية والوظيفية.

- صور لواحق وأجهزة المعاقين حركياً، التي تستعمل للمساعدة في مختلف الأعضاء

- مقابلة مفتوحة تم التطرق فيها إلى أهم المراكز التي يلجأ إليها المعاقون حركياً، وكيفية مساعدة المعاقين ببعض الأدوات الضرورية للمشي، مثل الأرجل الاصطناعية، وبعض الضمادات، كما تم أخذ بعض المعلومات الأولية عن الواقع في ولاية أدرار.

### ب) فرع مديرية النشاط الاجتماعي بزواوية كنتة:

وفي شهر ماي 2018م، تم زيارة مسؤول النشاطات الاجتماعية في بلدية زواوية كنتة المكلف بالمعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم الحصول على بعض المراسيم، مثل مرسوم الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 83، به مجموعة من المواد وكل ما يتعلق بالمعاقين، وكيفية التكفل بهم من الناحية الصحية والمالية والتعويضات، وكيفية حيازة بطاقة المعاق.

وبتاريخ الأحد 22 سبتمبر 2019م تمت زيارة مسؤول النشاطات الاجتماعية في بلدية زواوية كنتة السيد: "عبد الرحمن سليمان" حيث كان الهدف من الزيارة الحصول على القائمة الخاصة بالمعاقين حركياً، حيث استلم الباحث قائمة المعاقين حركياً الأقل من 90%.

حيث استفاد الباحث من الاطلاع على الملفات والتعرف على الوضعيات المختلفة للمعاقين حركياً، وقد لاحظ عزلة الأغلبية وانعدام التأهيل لجلهم، أما المتكفلين بهم

وأوليائهم كما اتضح للباحث أن السواد الأعظم منهم مستواه التعليمي لا يتعدى مرحلة التعليم المتوسط، كما أن جل المعاقين مستواهم التعليمي محدود، كما تبين للباحث من خلال تناوله ملفات المعاقين أن أكثر من 50 مسجلاً في الإعاقة الحركية من تتراوح نسبة الإعاقة لديهم من 50% إلى 90%.

#### ج) مديرية النشاط الاجتماعي بولاية أدرار:

يصنف المعاقون حركياً لدى مديرية النشاط الاجتماعي إلى فئتين: المعاقون حركياً فئة 100 %، ويقدر العدد الإجمالي 1085 حالة، عدد الذكور 596، وعدد الإناث 489. أما المعاقون حركياً الأقل من 100 %، يبلغ 2141 فرداً، عدد الذكور 1386، وعدد الإناث 755.

الاماكن الأكثر تضرراً: بصفة عامة بمختلف الإعاقات تصنف منطقة رقان المتضرر الأول وهذا يعود للظروف الخاصة لمخلفات القنبلة النووية، ثم يليها مركز الولاية وهذا نظرا لحجم السكان مقارنة بالمناطق الأخرى في الولاية.

#### د) أهم المطالب: من المطالب المتكررة من المعاقين حركياً مايلي:

التغطية الاجتماعية من حيث السكن والزواج وتكاليف العلاج، ومن حيث الزيادة في المستحقات المالية التي يتقاضاها المعاقون حركياً. بعض الأجهزة الطبية مثل الأفرشة الطبية.

بعض الأجهزة المساعدة على الحركة والتنقل وهي كرسي متحرك عادي، كرسي متحرك آلي، سيارة مكيفة، عكاز، دراجة نارية. وهذه الأجهزة حسب وضعية كل معاق ودرجة الإعاقة التي يعاني منها.

#### و) فرع النشاط الاجتماعي بلدية رقان:

#### نسبة الإعاقة المسجلة في بلدية رقان:

كل المعاقين في بلدية رقان مسجلين بالمكتب البلدي للنشاط الاجتماعي، حسب درجة الإعاقة وحسب الاختلاف في الدرجة تكون المنحة الجزافية للتضامن.

نسب الإعاقة في بلدية رقان: مجموع عدد المعاقين لكل أنواع الإعاقة لبلدية رقان تتمثل في 300 حالة، من أصل عدد سكان البلدية 20781.

**المعاقون حركياً فوق 18 سنة:** بالنسبة إلى الإعاقة الحركية أقل من 100 بالمئة عددهم 47 حالة، ونسبة 100 بالمئة عددهم 42 حالة.

**المعاقون حركياً أقل من 18 سنة:** عدد المعاقين حركياً 100 بالمئة 16 حالة.  
**الإعاقات الأخرى أكبر من 18 سنة:**

المصابون بالإعاقة البصرية نسبة 100 % 30 حالة.

المصابون بالإعاقة السمعية نسبة 100 % 46 حالة

الإعاقة العقلية ما بين 60 و 90 % 40 حالة، و 39 حالة من نسبي 100 %.

**الإعاقات الأخرى أقل من 18 سنة:**

إعاقة بصرية لحالة واحدة بنسبة 90 %

الإعاقة السمعية 24 حالة بنسبة 100 %

الإعاقة العقلية 15 حالة بنسبة 100 %

**الطموحات المستقبلية للمعاقين برقان:** هو فتح مركز بيداغوجي للمعاقين يكون تابعاً لمديرية النشاط الاجتماعي، وخاصة الصم البكم، لأن بعض المعاقين يزاولون دراستهم في مركز الولاية أدرار، نظراً لبعدها المسافة والمقدرة 150 كلم، لتخفيف الأعباء والمعاناة عن المعاقين وعن أوليائهم، والمساهمة في تحقيق طموحاتهم.

**المشاكل المطروحة من طرف المعاقين:**

- التسهيلات لذوي الاحتياجات الخاصة من كل النواحي وخاصة التأهيل والعلاج.
- التسهيلات في الحياة الاجتماعية خاصة من ناحية القدرة الشرائية من أجل حياة أفضل
- الزيادة في الأجور، لأن عشرة آلاف دينار جزائري غير كافية للحاجيات الدوائية والمضمدات ووسائل التنظيف المستعملة كل يوم، وهذا بغض النظر عن الغذاء والكساء.

- أما من حيث وسائل التنقل، تختلف حسب وضعية كل معاق حركي، هناك من يحتاج العكاز من أجل تخفيف الضغط على القدمين، وهناك من يحتاج الكرسي المتحرك العادي، وهناك من يحتاج الكرسي المتحرك الكهربائي لتسهيل عملية التنقل إلى قضاء انشغالاتهم، وهناك من يحتاج السيارة المخصصة للمعاقين.

**ملاحظة:** بعد الاستماع إلى مشاكل المعاقين حركياً، اتضح لنا أن معظمهم لم تلب مطالبه، كما أن هناك من لا يعرف الإجراءات التي يتم من خلالها تكوين ملف لأخذ الجهاز، حتى أن بعض المعاقين يبقون في الانتظار لأكثر من سنتين، دون تلبية مطالبه وحاجاته.

**8) عينة الدراسة وشروط اختيارها:** بعد الحوار والمناقشة وتعريف المعاقين بالهدف من الدراسة، يتم التطبيق القبلي لاختبار القلق والاكتئاب، ومفهوم الذات على كل المعاقين الذين تم استدعائهم، المسجلين في مديرية النشاط الاجتماعي، الحاملين لبطاقة المعاق حركياً، حيث تمت الدراسة الأساسية على مجموعة من 10 أفراد، تم اختيارهم عن طريق المعاينة، وذلك وفقاً للمواصفات والشروط التالية:

- أن تتجاوز نسبة القلق ونسبة الاكتئاب في الاختبارين النسبة العادية.
- أن لا يقل العمر عن 20 سنة ولا يتجاوز 40 سنة.
- أن لا تقل نسبة الإعاقة عن 100 بالمئة المسجلة في بطاقة المعاق.
- أن تكون عنده موافقة مبدئية بتقبل البرنامج أو الدراسة والتجاوب مع المعطيات.
- حالات من مناطق مختلفة تفادياً للاكتظاظ في ظل جائحة كورونا من بلدية رقان وزاوية كنتة وأدرار.

- كما اعتمد الباحث في اختيار أفراد المجموعة التجريبية على اساس القرب من المراكز الصحية المرخصة لتطبيق البرنامج العلاجي.

- كما تجدر الإشارة إلى أن الباحث اعتمد في الدراسة على جنس الذكور فقط، نظراً لأن الدراسة تحتاج مدة تتجاوز الشهرين للبرنامج العلاجي، كما أن التنقل سيكون مكلفاً وشاقاً

لجنس الإناث، كما أن للإناث حساسية أكثر بالموضوع لأنه يتعلق بالجسم وصورة الذات والجمال وغير ذلك.

### (9) أدوات الدراسة:

أولاً) اختبار مفهوم الذات:

(1) تعريفه: أعد قائمة مفهوم الذات عام 1965 السيكولوجي الأمريكي وليام فيتس W.

fitts، بجامعة تينيسي université of Tennessee

تتكون القائمة من 90 بنداً موزعة على خمسة ابعاد هي:

الذات الجسمية، الذات الشخصية، الذات الاجتماعية، الذات الاسرية، الذات الأخلاقية

ويقاس كل بعد ب 18 بنداً احادية البعد بحيث لا يتكرر أو يستعمل البند الواحد في قياس

أكثر من بعد واحد.

### جدول رقم (07) يوضح ابعاد مفهوم الذات وارقام البنود التي تقيس كل بعد

الأبعاد	أرقام البنود التي تقيس كل بعد
الذات الجسمية	6،*1،11،*16،*21،*26،*31،36،*41،*46،*51،*56،*61،*66،*71،*76،*81،*86.
الذات الشخصية	2،*7،*12،*17،*22،*27،*32،*37،*42،*47،*52،*57،*62،*67،*72،*77،*82،*87.
الذات الاجتماعية	3،*8،*13،*18،*23،*28،*33،*38،*43،*48،*53،*58،*63،*68،*73،*78،*83،*88.
الذات الأسرية	4،*9،*14،*19،*24،*29،*34،*39،*44،*49،*54،*59،*64،*69،*74،*79،*84،*89.
الذات الأخلاقية	5،*10،*15،*20،*25،*30،*35،*40،*45،*50،*55،*60،*65،*70،*75،*80،*85،*90.

يجاب على البنود ضمن ثلاثة بدائل هي: لا، قليلاً، كثيراً. وتعال الدرجات متدرجة: من صفر إلى 2، أما البنود التي تحمل أرقامها نجمة فتصحح في الاتجاه العكسي. أي تتدرج من 2 إلى صفر، وتتراوح الدرجة الكلية على القائمة من صفر إلى 180، وعلى كل بعد من صفر إلى 36. ويعني ارتفاع الدرجة ارتفاع مفهوم الذات أي مفهوم الذات موجب والعكس إذا انخفضت الدرجة (بشير معمرية، 2012: 89)

### الخصائص السيكومترية لقائمة مفهوم الذات على عينات جزائرية:

لقد قام بشير معمرية بحساب الصدق بطرق عديدة منها:

-**الصدق الاتفاقي:** لحساب هذا النوع من الصدق، تم تطبيق قائمة مفهوم الذات مع قائمة توكيد وقائمة فعالية الذات وقائمة تقدير الذات بشير معمرية، حيث كان مستوى الدلالة كما يلي:

**\*\*** دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 ، \* دالة إحصائياً عند 0,05.

يتبين من معاملات الصدق الاتفاقي في الجدول أن قائمة مفهوم الذات تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

**الصدق التمييزي:** على عينة الذكور، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات اعينة الذكور، حجم كل عينة 43 مفحوصاً، حيث كانت قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0.001.

### جدول رقم (08): يبين مستويات مفهوم الذات

مستويات مفهوم الذات	الدرجة المعيارية التائية	الدرجة الخام الكلية
منخفض	من 01 إلى 39	من 103 إلى 25
متوسط	من 40 إلى 60	من 144 إلى 104
مرتفع	من 61 إلى 78	من 180 إلى 145

كما تم حساب الثبات بطريقتين هما: طريقة إعادة تطبيق الاختبار وطريقة معامل ألفا كان حجم عينة الذكور التي تم استخراج معاملات الثبات لقائمة مفهوم الذات عليها يساوي 174 فرداً.

وحجم عينة الإناث التي تم استخراج معاملات لقائمة مفهوم الذات عليها يساوي 203 فرداً.

مستوى الدلالة: \*\* دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

(معمرية، 2012: 103)

ثانياً: اختبار سمة القلق:

**1) تعريفه:** هو اختبار موضوعي ل spielberger وزملائه، وهو عبارة عن أداة لدراسة القلق لدى البالغين منهم، الأسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسيه أو عضوية، ينقسم إلى شقين حالة القلق وسمة القلق، وهو واسع الاستعمال وله صورتين، صدرت الصورة الأولى 1966 وعدلت 1970، ثم صدرت عنها الصورة الثانية عام 1983، وقد ترجمت الصورة الأولى في العديد من الدول العربية، كترجمة محمد علاوي، وأحمد عبدالرقيب البحيري من مصر، والباحثة كاظم أمينة من الكويت، وفيليب الصايغ من لبنان، كما تمت ترجمة الصورة الثانية في العديد من الدول مثل ترجمة أحمد عبدالخالق من مصر.

ثبات المقياس تم حسابه بعدة طرق منها:

- في الكويت طريقة إعادة الاختبار: بعد ماطبق على عينة 1820 فرداً، أعيد على العينة بفاصل 15 يوماً، وحسب معامل الارتباط ليبرسون بين النتائج التطبيقية وكان معامل الثبات بهذه الطريقة 0,88 وهي قيمة موثوق بها.

أما عن طريق التجزئة النصفية حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردى - الزوجي) فقد أعطت معامل ثبات يساوي 0.73، كما أعيد الاختبار بفاصل 14 يوماً



وحسب نتائج بيرسون بين نتائج التطبيقين وكان معامل الثبات يساوي 0.72 (ممدوح مختار، 2001: 99).

- وفي الجزائر: تم حساب ثبات المقياس ككل عن طريق معادلة الفا كرونباخ حيث كان معامل الثبات 0.91، ومعامل ثبات سمة القلق لوحده 0.19 (عبد السلام نايت، 2018: 277)

بالنسبة إلى مستويات القياس لسمة القلق تقدر كما يلي:

الدرجة (20) لا يعاني المفحوص من القلق.

من (21 إلى 40) وجود قلق خفيف.

من (41 إلى 60) وجود قلق حاد.

من (61 إلى 80) وجود قلق شديد (محاضرات الأستاذ مكي محمد في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، عام 2012 / 2013).

ثالثاً) اختبار الاكتئاب: تم اقتراح قائمة بيك للاكتئاب، والتي تتضمن 21 مجموعة، تمثل عدة أبعاد مختلفة لأعراض الاكتئاب، وكل مجموعة تتضمن أربعة بنود، يختار المفحوص البند الذي ينطبق عليه.

**\*تقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب:**

قم تم تقنين مقياس بيك للاكتئاب في العديد من الدول العربية مثل مصر والكويت والأردن والجزائر وغيرها

تم تقنين هذا المقياس في الجزائر من طرف الدكتور بشير معمري، حيث تكونت عينة التقنين من "998" فرداً، منها "743" ذكوراً و "525" اناثاً، أعمارهم بين (18 و 49) سنة، حيث تم سحب العينتين من جامعة الخضر بباتنة، متكونة من طلبة وموظفين وأساتذة ومراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي.

جدول رقم (09): يوضح مستويات قياس الاكتئاب

الدرجة الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات الاكتئاب
من 0 إلى 16	من 0 إلى 50	لا اكتئاب
من 17 إلى 24	من 51 إلى 60	اكتئاب خفيف
من 25 إلى 32	من 61 إلى 70	اكتئاب متوسط
من 34 إلى 63	من 71 فأكثر	اكتئاب شديد

(بشير معمرية، 2010: 100).

\*الخصائص السيكومترية:

**الصدق التمييزي:** حيث استعمل طريقة المقارنة الطرفية بين عينتين حجم كل عينة يساوي

100 مفحوص، حيث كانت قيمة "ت" للذكور دالة إحصائياً عند مستوى 0.001

**الصدق التعارضي:** تم تطبيق قائمة بيك الثانية مع قائمة توكيد الذات من إعداد

أرنولد لازاروس وجوزيف وولب، واستبيان قياس السعادة لمايسة أحمد النيال، ماجدة خميس

"1995"، واستبيان لقياس التفاؤل أحمد محمد عبد الخالق "1998". ويتبين من معاملات

الصدق التعارضي، أن قائمة بيك الثانية "البيك" تتصف بمعاملات صدق مرتفعة وكانت

دالة إحصائياً على المستوى 0.01

أما من حيث الثبات فقد تم حسابه بعدة طرق ومنها:

طريقة إعادة الاختبار، معامل الفا: حيث كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01،

حيث يتبين من معامل الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية

للاكتئاب تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، كما يشير

الدكتور بشير معمرية أنها صالحة في مجال البحث النفسي أو التشخيص العيادي.

(بشير معمرية، 2010: 101).

## 10 صعوبات الدراسة: تلقى الباحث مجموعة من الصعوبات أهمها:

- بعد المسافة بين المناطق التي أجريت فيها الدراسة، حيث تبعد بلدية رقان عن مركز الولاية أدرار بمسافة تقدر بـ 150 كلم، كما تبعد بلدية زاوية كنتة عن رقان حوالي 75 كلم، وعن مركز الولاية بمسافة 75 كلم ايضاً.
- وجود بعض التحفظات من بعض المعاقين حركياً فيما يتعلق بالجانب الشخصي لهم.
- عدم وجود مكان مخصص للتأهيل في تلك المناطق النائية لعلاج الإعاقات الحركية بل حتى مراكز العلاج الحركي قليلة، وقد تكون بعيدة عن الكثير من المعاقين حركياً.
- تحديد بعض الأيام بالعيادات التي اجريت فيها الدراسة والجلسات مع المعاقين حركياً مما صعب القيام بالمهام من طرف الباحث.
- صعوبة التنقل بالنسبة للمعاقين حركياً خاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد 19).

## الفصل الثامن

### الدراسة الأساسية

- (1) - تمهيد
- (2) - وصف مجموعة الدراسة الأساسية
- (3) - جلسات البرنامج العلاجي
- (4) - تقديم نموذج للمعاق (بل ع) في الاختبارات القبلية والبعديّة
- (5) - عرض ومناقشة نتائج نموذج (بل ع)
- (6) - النتائج القبلية والبعديّة للاختبارات النفسية للمجموعة التجريبية
- (7) - النتائج القبلية والبعديّة للاختبارات النفسية للمجموعة الضابطة
- (8) - توضيح حول نتائج القياس التتبعي
- (9) - تعليق

## الفصل الثامن

### الدراسة الأساسية

**تمهيد:** بعد ما تعرفنا في الفصل السابق على الدراسة الاستطلاعية وعلى عينة الدراسة وكيف يتم اختيارهم، والأدوات المستخدمة في الدراسة وفتيات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، نتطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الأساسية والتمثلة في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والتطبيق القبلي للمجموعتين للاختبارات القلق والاكتئاب ومفهوم الذات وبعدها يتم تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية، وفي الأخير يتم التطبيق البعدي للاختبارات النفسية والتمثلة في اختبار سمة القلق وقائمة بيك للاكتئاب ومفهوم الذات.

**(1) لقاءات جامعة للمعوقين حركياً بمراكز الولاية:** الهدف منه الحصول على المعلومات الأولية لكل الأفراد، وتعزيز الثقة معهم.

هذا اللقاء كان جماعياً بحضور ممثل النشاط الاجتماعي لبلدية رقان السيد "عبيدي" والمنسق لذوي الاحتياجات الخاصة بقطاع رقان، أما ببلدية زاوية كنتة فقد استلمنا قائمة بعض المعاقين حركياً الذين تتوفر فيهم الشروط مثل القرب من العيادة المتعددة الخدمات لزاوية كنتة ونسبة الإعاقة 100%، أما في بلدية أدرار فقد تم الاجتماع في قاعة تابعة لمركز النشاط الاجتماعي بحضور ممثل القطاع "عبد السلام عبد الله" المكلف بالإعاقات والأمراض المزمنة في النشاط الاجتماعي.

محتوى اللقاء: عن طريق الحوار والمناقشة قام الباحث بحوار مفتوح مع المعاقين وتدخل ممثلوا القطاع من أجل التوضيح أكثر لمهمة الباحث والهدف من الدراسة وأن اللقاء خاص بمذكرة تخرج ولا يتعلق بمطالب واحتياجات بخصوص مديرية النشاط الاجتماعي، فبعد الترحيب، وتوضيح الهدف الرئيسي للدراسة، تم ملئ الاستمارة المخصصة للمعلومات الأولية الضرورية كما يوضحه الملحق رقم (01).

وحتى تكون الصورة واضحة للمعاقين حركياً الذين سيتم اختيارهم، تم التعريف بالبرنامج العلاجي والمدة التي قد تستغرق شهرين ونصف لتطبيقه، حيث استمعنا للمطالب والحاجيات الضرورية للمعاقين الحاضرين، كما وضحنا أن الدراسة خاصة بمذكرة تخرج للباحث ولا تتعلق بمديرية النشاط الاجتماعي.

وتم فرز 10 معاقين حركياً، تتوفر فيهم شروط الدراسة وعملنا على تجزئتهم إلى مجموعتين عن طريق المعاينة، حيث تم درج 05 أفراد الأقرب إلى المراكز المرخصة في المجموعة التجريبية، و05 أفراد الآخرون تبقى كمجموعة احتياطية أو ضابطة.

وبعدها تم الاتفاق على مكان العمل، أي القاعات المرخصة التابعة للقطاع الصحي بالنسبة للمجموعة التجريبية أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فهم غير معينين بالحضور أثناء مدة جلسات البرنامج العلاجي، ويقتصر حضورهم فقط عند استدعائهم لتطبيق الاختبارات النفسية القبلية والبعدية.

**(2) وصف مجموعة الدراسة الأساسية (المجموعة التجريبية):** فيما يلي مجموعة من النقاط التي تهتم بالتعريف بمجموعة الدراسة، دون التطرق إلى بعض الجزئيات التي يمكن أن تمس شخصية الحالة أو قد يتم التعرف عليه مباشرة، ولذلك أعتمدنا على بعض النقاط المسموح بها في وصف العاهات والإعاقات.

**(أ) (بل ع ر):** 37 سنة، من بوعلي زاوية كنتة أدرار، المستوى الدراسي مرحلة التعليم المتوسط، درجة الإعاقة حسب بطاقة الأولوية 100 بالمئة، درجة قرابة الأبوين: زواج الأقارب.

مكان الإعاقة: بالنسبة إلى (بل ع ر) لدية إعاقة في الرجلين والذراعين، وعلى مستوى الحوض، وهو طريح الفراش منذ أكثر من 13 سنة، يعاني من الأوجاع ويتناول الأدوية خاصة المسكنة للألم، حيث تم عرضه في عدة قنوات تلفزيونية، وبعضها موجود في اليوتيوب.

كما لا يمكنه أن يجلس لوحده، ولا يمكن أن يلبس إلا بمساعدة أحد أقربائه يرتدي الحفاظات ويتألم عند قضاء الحاجة، لا يستطيع ضم رجليه مع بعضهما، كما يعاني من ألم فيهما بشكل متكرر خاصة في الشتاء، كما أنه لا يستطيع الوقوف على رجليه، يحتاج أكثر من خمس عمليات، ولديه تقارير طبية، تنقل بين عدة مستشفيات وطنية، لا يكفي بتعاطي الأدوية لتسكين الألم، بل يعتمد على بعض الأعشاب أيضاً.

يحتاج دائماً إلى المساعدات المالية من أجل شراء الحفاظات والأدوية الأساسية اللازمة له، حالياً يتردد كثيراً إلى مركز العلاج الفيزيائي في مركز ولاية أدرار.

أما من حيث الأدوات المستعملة في البيت حالياً: لديه سرير هوائي طبي ينام عليه، حتى يقلل من الأم الظهر وبعض الانعكاسات الأخرى، كما أنه يملك كرسيًا كهربائيًا متحركاً، من إهداء "جمعية بن جلول الخيرية" من ولاية البليدة.

يستعمل بعض المعدات الرياضية المعلقة في سريره تعينه على القيام، وتعينه على تقوية العضلات وحمايتها من الضمور.

من حيث الشهادات: لديه شهادة نجارة معدنية.

يحتاج حالياً إلى سيارة خاصة لتسهيل تنقلاته.

كما يلح على الزواج، من أجل الإعانة في بعض الأمور الخاصة، مثل الدخول إلى الحمام، وقضاء الحاجة، والمساعدة في اللباس... الخ، حيث قال " اللي باغيها تكون مقتتعة بي" يقصد تكون متقبلة بالإعانة الحركية ووضعيته الصحية والمالية.

" الأطباء كانوا ينصحونني بالزواج " تشوف أقرانك بولادهم تبغي تكون كيفهم"

ملاحظة: بالنسبة إلى هذه الحالة معظم الحصص كانت في البيت في غرفته الخاصة بسبب الحرج الكبير في التنقل، كما أن سريره الطبي المكيف بفرش هوائي يجد فيه الراحة أكثر من السرير العادي الموجود في القاعات العلاجية في القطاع الصحي.

عند الحالة رغبة قوية في تقبل الجلسات أكثر من جميع الحالات، وهذا قد يرجع إلى المعاناة التي يعاني منها.

(ب) بد ع: تاريخ الميلاد .. /05/1993، من رقان ولاية أدرار، المستوى الدراسي الرابعة متوسط، درجة الإعاقة حسب بطاقة الأولوية 100 بالمئة، درجة القرابة للأبوين: أبناء العم.

مكان الإعاقة: الرجلان ملتويتان بشكل يجعل المشي بطيئاً، كما يوجد خلل في اليد بطيئة التحرك.

يجد صعوبة في الجلوس، كما يجد صعوبة في لبس الحذاء، كما يجد صعوبة أثناء الدخول إلى الحمام، وعند قضاء الحاجة، وهذا بسبب الإعاقة الحركية، حيث قال: " من الصعب تدخل رجلي في سروالي، دائماً بحذاء يتعوج ويتقطع " " تجيني الرعشة أثناء الجلوس في المراض".

لا يستطيع ضم الرجلين مع بعض، كما يوجد لديه ألم في الرجلين بشكل مستمر، لا يستطيع المشي لمسافة طويلة، حيث يرهقه المشي في مدة نصف ساعة تقريباً. أما من حيث الاختلاف فكان يحس بأنه ليس مثل الآخرين منذ الصغر.

يحتاج إلى دراجة نارية مكيفة، أو سيارة خاصة لذوي الاحتياجات الخاصة، كما يحتاج إلى حزام يساعد السائقين على المشي.

من حيث الرغبة في الجلسات يسأل عن موعد الجلسة المقبلة، من قبل بشكل كبير لما يسأل عن بعض المواقف كيف يتصرف فيها أثناء البرنامج، وبعد انتهاء البرنامج.

(ج) م ن رقان: من مواليد 1991، من رقان ولاية أدرار، المستوى الدراسي الرابعة ابتدائي ودرجة الإعاقة حسب بطاقة الأولوية 100 بالمئة، درجة قرابة الأبوين: متباعدان ومن عائلات مختلفة.

مكان الإعاقة: من حيث الرجلين يوجد قصور في رجليه بشكل يجعله يمشي أعرجاً، كما يوجد خلل في اليد بشكل بسيط، لديه بدانة متوسطة، ومشيته بطيئة، وطريقة كلامه ثقيلة. يجد صعوبة في الجلوس، كما يجد صعوبة في لبس الحذاء وعند قضاء الحاجة بسبب الإعاقة الحركية، لا يستطيع المشي لمسافة طويلة، حيث يرهق للمشي لمدة طويلة.



من مطالبه دراجة نارية مكيفة، أو سيارة خاصة لذوي الاحتياجات الخاصة، لديه حرفة صنع النعال بالجلد ينشغل بها بعض الأحيان.

يطلب على سيارة خاصة للمعاقين، يحتاج طبيب للتخيص له بسيارة المعاقين، يجد صعوبة في التنقل.

(د) ق ف: 20 سنة مستواه الدراسي الثالثة ثانوي، درجة الإعاقة 100 بالمئة.

- مكان الإعاقة في الرجلين معاً، التواء في الرجل اليمنى والأخرى قصيرة، بطيء في المشي، يعاني من البدانة.

- الأدوات المساعدة: لديه عكازين يمشي بهما، كما يحتاج بعض الأحيان للمرافقة خاصة أثناء الذهاب للمدرسة لحمل المحفظة، يجد صعوبة في القيام من مكانه، لديه تحدي للإعاقة، ويرى أن إعاقته الحركية لا يمكنها أن تمنعه من الدراسة.

يعاني من بعض الصعوبات أثناء الدخول إلى الحمام، وعند قضاء الحاجة نظراً للإعاقة الموجودة في الرجلين.

من مطالبه الدراجة الخاصة للمعاقين لتسهيل عملية الدراسة، والتنقل بها لقضاء بعض أغراضه، لكن إلى حد الآن لم يحصل عليها، كما يفكر في الزواج المبكر لتسهيل عملية الأغراض الخاصة، مثل اللباس والمساعدة في الحمام.

(هـ) م ك: مستواه الدراسي الثالثة متوسط.

درجة قرابة الوالدين ليسا من نفس العائلة، يسكن على بعد (03) كم من مركز البلدية. درجة الإعاقة حسب البطاقة 100 %، الإعاقة على مستوى الرجلين بشكل أكبر، وعلى مستوى اليد اليسرى، مع الارتجاف في اليدين.

طريقة المشي مائلة، لا يستطيع المشي دون مساعدة أو استراحة، لديه دراجة نارية خاصة للمعاقين حركياً لتسهيل عملية التنقل لقضاء أغراضه.

يجد صعوبة أثناء اللباس، وأثناء الجلوس، والقيام، وأثناء الدخول إل الحمام.

يشكو من الألم قليلاً.

بالنسبة للجلسات العلاجية كان له بعض الصعوبات مثل عدم الحضور في الوقت المناسب في القاعة بالضبط المخصصة لنا قد يعود للدراجة النارية التي لم يتم تعويضها بعد ما احترقت، كما أنه لم يلتزم كثيراً بالقيام بالواجبات المنزلية في البيت على مدار الأسبوع حسب الاتفاق، كلامه متقطع، وبعض الأحيان أقرب إلى التأتأة.

سجلنا عليه غيابين في الجلسات العلاجية، وحاولنا إدراكها بدمجها ببعض الجلسات.

### 3) جلسات البرنامج العلاجي:

**الجلسة الأولى:** الهدف الرئيسي من الجلسة: تقديم الاختبارات النفسية للحصول على النتائج القبلية لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، وتعزيز الثقة في مع المعاقين طبيعة الجلسة: حسب القاعات المخصصة ثنائية بالنسبة إلى (بدو ج) و(من رقان) في عيادة رقان، أما عيادة زاوية كنتة بالنسبة للمعاق (م ع)، أما بالنسبة إلى المعاق (بل ع) و(ق ف) في عيادة زاوية الشيخ.

تم تقديم الاختبارات النفسية كتطبيق قبلي والمتمثل في اختبار سمة القلق لسبيريلجر واختبار بيك للاكتئاب وقائمة تينسي لمفهوم الذات، وتم توضيح الهدف من هذه الاختبارات، بأنها تساعد الباحث بعض المعلومات التي تمكنه من التعامل مع الحالة، كما تعطي قيمة تقريبية للحالة الخاصة بكل معاق حركي لبعض الجوانب من شخصيته. مدة الجلسة: ساعة ونصف تقريباً.

### الجلسة الثانية: الهدف من الجلسة هو التعريف بالإعاقة الحركية.

في الجلسة تم التطرق إلى الإعاقة الحركية، حيث تم تعريفها وتم توضيح الأسباب المؤدية إلى وقوعها وأنواعها من حيث الإعاقة الحركية المكتسبة والوراثية والمشاكل المترتبة عنها. كما وضحنا في الأخير بأن الإعاقة لا تمنع من الوصول إلى الأهداف إذا كانت الإرادة موجودة عند المعاق حركياً، فإنه بإمكان المعاق التوظيف، والحق في السكن، والقوانين التي تنص على ذلك، والمستحقات المادية، وحتى الأولوية أي دون اللجوء إلى انتظار الدور في الطوابير، سواء في المستشفيات أو في البريد لسحب الراتب أو المنحة.

وقد فتحنا المجال للإجابة على تساؤلات المعاقين، والتي دلت على الرغبة في المعرفة أكثر عن هذه الاضطرابات، كما دلت على الهاجس النفسي ومن هذه الأسئلة نذكر: ماهو الوهن؟ ماهو الشلل الحركي الدماغي؟ ماهو اضطراب العمود الفقري؟ في نهاية الحصة يتم الإتفاق على موعد في الأسبوع القادم ومواقيته. المدة المستغرقة: ساعة تقريباً، في كل مركز حسب تفاعل المعاقين وتجاوبهم مع الحوار.

**الجلسة الثالثة:**

الهدف من الجلسة: التعرف على القلق، التعرف على فنية المراقبة الذاتية. الفنيات المستعملة ومحتوى الجلسة: عن طريق الحوار والمناقشة تتم مناقشة اضطراب القلق، حيث يتم تعريفه وأسبابه وأعراضه البدنية والنفسية وكيف يؤثر القلق على المعاق وعلى أفعاله وسلوكياته.

من بين العبارات التي سجلناها في هذه الجلسة أثناء مناقشة القلق (والله هاد الكلام ينطبق علي)، (كي دخلت للطبيب تقلقت حشمت منو)

في الشطر الثاني من الجلسة: تم التعرف على فنية المراقبة الذاتية، بمعنى أن تراقب نفسك بنفسك وتسجل الأماكن والظروف التي ينتابك فيها القلق أو الاكتئاب أو الحزن في مواقف الحياة اليومية، وكيف تعاملت مع هذه المواقف، من أجل التصحيح في الجلسة الموالية.

وفي الأخير تم إعطاء واجب منزلي، حيث كلفنا المعاق بتسجيل أي موقف تعرض فيه للهرج والإزعاج والقلق وكيف تصرف وكيف كانت حالته النفسية.

### **الجلسة الرابعة:**

الهدف من الجلسة: مناقشة الواجب المنزلي، التعرف على الاكتئاب. الفنيات المستعملة ومحتوى الجلسة: في الشطر الأول من الجلسة تمت مناقشة الواجب المنزلي فيما يخص المراقبة الذاتية أهم الأمثلة المسجلة في هذه الجلسة مايلي:

(1) **الموقف:** تعرض المعاق إلى موقف من طرف شخص آخر في قوله "أرقد رجلتك مالك

تمشي على جهة، والنعالة تمشي على جهة"

- في هذا الموقف يقول المعاق، ما عرفت واش ندير، تفلقت من الكلام، "مانعرف واش

ندير كي نتقلق"

- وضح الباحث في هذا الموقف للمعاق أن رد في الموقف ذاته من أجل التفريغ دون أن

يكبت، ولا تتعجل بالرد بحيث يكون منطقياً وفي الموضوع ذاته، دون أن ترتجف

وبابتسامة، كما وضحنا للمعاق أن مثل هذه المواقف ليست متكررة بشكل كبير وبالتالي لا

نجعل تفكيرنا منصب حول هذه الكلمات لأننا كلما أنشغلنا عنها بالتركيز على مهامنا

وأدائنا الايجابي كلما كنا في أحسن حال.

(2) موقف عند دخول المعاق إلى زيارة طبيب الأشعة يقول (كي دخلت عند طبيب

الراديو حشمت منو .... حتى توقفت المشية)

- في هذا الموقف وضحنا للمعاق بأن الطبيب المختص لن ينتبه أصلاً لعيوب الناس

ومهمته تكمن في القيام بعمله ولا علاقة له بإعاقتك، كما وضحنا أن الحالات التي تدخل

للطبيب متنوعة، ومتفاوتة في درجة المرض وأنت واحد من العشرات.

(3) "الناس يتسلطو علي يقلقوني .... نقول واش درت ليهم "

(4) الموقف آخر (مالك تمشي مع (بدوي ج)

(5) (نتقلق كي نكون ذاهب للحنوت ... ما ندخلش ليه).

**توضيح وتفسير:** بالنسبة إلى هذه الأمثلة من الموقف ليست بالضرورة كلها محرجة

وليست كلها تستدعي القلق، ولكن عدم تصرف المعاق بتصرف عقلائي أو منطقي هو

الذي يجعل الموقف غير عادي بالنسبة للمعاق حركياً، حيث تتدخل الدونية، والتأويل

الخاطئ في تفسير المواقف، على سبيل المثال الموقف الخامس (نتقلق كي نكون سالك

للحنوت) هنا يعود القلق بالدرجة الأولى إلى التوقعات الخاطئة، حيث يتوقع أن الناس

يسخرون منه ومن إعاقته، وهنا يتجلى بوضوح التفكير اللامنطقي الذي يفكر به المعاق

وبالتالي العلاج المعرفي السلوكي يصحح الأفكار اللامنطقية واللاواقعية لأنها السبب وراء السلوكيات الخاطئة والشاذة.

- وفي الشطر الثاني من الجلسة تم التطرق إلى اضطراب الاكتئاب، تعريفه من الناحية النظرية، وأسبابه وكيف يؤثر على أفعال ومعاش الفرد المعاق حركياً، حيث وضح الباحث خطر التفكير في السلبيات، والماضي الحزين وضحنا للمعاق كلما كنت أكثر تفكيراً في الماضي ومصائبه، والأحداث تكون أكثر اكتئاباً وحزناً لأن الماضي تتحسر على مافات وتلوم ذاتك وهذا مايجعل التفكير سلبي وقيمة الذات منخفضة.

وفي الأخير تم تكليف المعاق بواجب منزلي في مواصلة التدريب على فنية المراقبة الذاتية بتسجيل الأماكن والمواقف التي يتعرض فيها إلى القلق أو الاكتئاب أو الحرج وكيف يتعامل معها.

**الجلسة الخامسة:** مناقشة الواجب المنزلي، تعلم كيف يحسن الفرد من ذاته الفنيات المستعملة: الواجبات المنزلية، إعادة البناء المعرفي.

في بداية الجلسة مناقشة الواجب المنزلي للحصة السابقة أمثلة عن بعض النقاط المسجلة: (مثال 1) صرات لي مشكلة مع الإمام وقالي " دايماً وأنت تتبع في أمور الناس " ماكنت متصور الامام يقول لي هذا الكلام، هنا تفلقت ويومين وأنا في صالتي، .... وقلت حسبي الله ونعم الوكيل "

(مثال 2) " كي يكونوا معايا اخوتي يبدلوا الطريق، يحشموا يمشوا معي وأنا معاق " أمام الناس .

في الشطر الثاني من الجلسة نتكلم على كيف يحسن الفرد من مفهوم الذات لديه.

حاولنا أن نقنع المعاق بأنه مثل الآخرين والإعاقة لا تمنع من الوصول إلى الأهداف، هناك من هم في وظائف محترمة رغم الإعاقة أسانذة في الجامعة، منهم الأعمى ولأعرج لهم الحق في النشاطات الاجتماعية والرياضية والدليل المسابقات الخاصة بهذه الشريحة في الرياضة في المسابقات الوطنية والعالمية والمشاركة في الألعاب الأولمبية.

تقديم نموذج للتفكير السلبي في المسابقة لأحد المعاقين: هنا نسرد القصة باختصار

كمحاولة ذكر النقاط المهمة من حيث الأفكار التلقائية والمشوهة

الحادثة: " كانت عندي مسابقة في ولاية إليزي، بقيت تفكر نمشي او نبطل، ممكن نشقى

وما ننجح في المسابقة، ومن كثرة التفكير النوم ما كنت نرقد، كنت تفكر أني معاق وهما

في صحة أحسن مني.... وكي رحنا إلى المسابقة البحة في صوتي كي نقرا، وكي يقرأ

اي متسابق تلقى صوتوا خير مني، نقول في نفسي ما نربح.

بقيت نتكلم وحدي مع نفسي، كل واحد ينظر الي بنص عين وكأني غريب، شعرت

بالسخانة والحمى.

أثناء الأسئلة: "تبدلت نبضات قلبي وعيني خرجوا، وحسيت بالرعدة في رجلينن تقلقت

وماعرفت كيف تفكر، وطاح لي المرار وما قدرت تكمل"

-**نستنتج:** من خلال هذه الحادثة المختصرة لأحد المعاقين أثناء الجلسة العلاجية،

نلاحظ مجموعة من الأفكار التلقائية التي تتبادر إلى المعاق والمتمثلة في التفكير السلبي

والتي كانت على مستوى التفكير ولوم الذات والشعور بالدونية والنقص، مثل شعوره بنقص

الاعاقة والمتسابقون أفضل منه، وإحساسه بالضعف عند مقارنة صوته بالآخرين، كما

تبادرت إلى ذهنه بعض الأفكار السلبية بأنه لن ينجح في المسابقة

كما يتضح من خلال الحادثة ملاحظة أعراض القلق والاكتئاب، منها الفيزيولوجية مثل

زيادة نبضات القلب وارتفاع درجة الحرارة، والنفسية مثل القلق والخوف الذي كان يشعر به

أثناء المسابقة، والتلعثم في الصوت.

وفي آخر الجلسة قمنا بتكليف واجب منزلي للمعاقين حركياً، فيما يخص الأفكار التلقائية

التي تأتي في المواقف المختلفة المحرجة والتي تتكرر ويتضايق بها الفرد في حياته.

جائتي فكرة الانتحار أثناء الحديث عن حادثة

الجلسة السادسة والسابعة: مناقشة الواجب المنزلي السابق، مناقشة الأفكار السلبية

والتلقائية، كيفية التغلب على الأفكار السلبية.

الفنيات المستعملة ومحتوى الجلسة: في هذه الجلسة تمت مناقشة الأفكار السلبية المشوهة عن طريق إعادة البناء المعرفي، والحوار والمناقشة، تقديم مثال:

### جدول رقم (10) يوضح مثال لمعالجة الأفكار التلقائية

الموقف والحادثة	الأفكار التلقائية للمعاق	المعالجة للأفكار السلبية
ضياح مفتاح البيت للمعاق	"ممكن يجي واحد يدخل على وأنا راقد" "ممكن يسرقوا لي وكي نخرج من الدار يسرقني"	1) كي ضاع منك المفتاح واش درت واش تبادر إلى ذهنك؟ 2) خرجت نبحث عليه في الليل، ما قدرت نترقد توسوست. 1) علاش ما قدرت ترقد على أجل المفتاح؟ 2) بقيت نحمم بزاف قلت ياخذة طفل، سارق، حتى بقيت نتكلم مع روجي 1) وعلاش بالضبط خمنت في السارق وماذا يفعل بمفتاح، وكيف يعرف المنزل، وعلاش غير أنت يسرقوك، معاكم الجيران..... 2) كل يوم السرقة في المنطقة، عندنا جماعة الدخان وينزلوا على الضعفاء والمطلقات... 1) وهل ترى نفسك عادي كي توسوس وما ترقد عدة أيام، وحتى درجة تتكلم مع نفسك، بدلا من كثرة الأفكار السلبية أليس عليك بالحلول البسيطة والمريحة 2) نعم يا أستاذ، ولكن ما عرفت. هذا المشكل

<p>زادني الهم والتوسويس</p> <p>1) أنت تعترف بأن تصرفك زادك الهم والتوسويس، هل تعتقد أن تصرفك صحيح؟</p> <p>2) لا تصرفي كان خاطئ، كان من اليوم الأول كي مانلقاه نبذل القفل، بدلاً من التفكير في السارق والوسوسة</p>		
---	--	--

**الجدول رقم (11): يوضح بعض الأحداث والأفكار التلقائية المشوهة للمعاقين**

الأحداث والمواقف	الأفكار التلقائية والسلوكيات
1) الموقف الذي تعرض له في الطريق "أرقد رجليك مالك تمشي على جهة، والنعاله تمشي على جهة"	كي يتكلم معي واحد هكذا، لساني ينشد، نحس بأني مانيش كيفهم
2) تعرض لمحاولة السرقة في الليل في المنزل "نزل علينا السارق في الليل"	نبات نخم، مانرقد نتوسوس، ممكن يسرقنا مرة أخرى، عدم النوم لعدة أيام ترقب وقلق في الليل
3) موقف إخوته من الصدقة لأحد المعاقين "علاش تشري للناس، دراهمك ماشيين غير في الصدقة، أنت تدير الخير"	ما بغاونيش نعاون الناس كي نقوم بأي شيء مانقول مالذي فعلت ما نعرف واش نقول إلى حد الآن نتفكر في الحادثة



وفي الأخير يتم تكلف المعاقين بالواجب المنزلي في المراقبة الذاتية، وفي الأفكار التلقائية والتعامل معها بمنطق دون تهويل للأحداث.

**الجلسة الثامنة: الهدف من الجلسة: كيفية التغلب على الأفكار السلبية.**

فنية الحوار والمناقشة، إعادة البناء المعرفي.

بعض الأحيان تكون الأفكار السلبية والخاصة بشكل لا يستطيع الفرد التحكم فيها رغم معرفة السبب بشكل جزئي، لأنه يجهل التعامل معها بشكل ايجابي، وهنا نكتفي بذكر حادثة لأحد المعاقين حركياً بعدها فكر في الانتحار وكان يشعر بالذنب.

(أ) المعاق: حيث يقول المعاق فكرت في الانتحار عدة مرات بعد حادثة وقعت لي.

(ب) الباحث: احكي القصة بكل راحة، ليس عندك ما يمنعك.

(أ) المعاق: نزل أحد الأشخاص "سارق" إلى المنزل أثناء النوم في الليل، وكان يحمل معه سكين، وكان ملثم، ولكن كنت ندافع عن نفسي لم أستطيع التحكم في أعصابي، كنت خائف يقتلني، قمت بطي ذراعه التي يحمل فيها السكين على رقبتة دون أن أشعر، سار الدم ما عرفت واش ندير، وبعد الصراخ من اخوتي البنات وأمي في المنزل، تم نقله للمستشفى وبعدها توفي، يقول المعاق: (من هذه الحادثة وأنا نفكر في الانتحار...تبت إلى الله من هذا الخطأ)

(ب) الباحث: هل يمكنك أن تذكر الأفكار التي كانت تراودك في تلك الأيام، وماذا فعلت؟

(أ) المعاق: كنت حائر وما عرفت واش ندير"نقول في نفسي ممكن يقتلونني"، "كي نمشي في الشارع ننقلب ونرجع للدار" "أصبحت نخاف من الناس وما نخرج من البيت" " نفكر بأن الناس ترميني بالحجارة في الشارع وناقتت في كل الاتجاهات " طول الليل مانرقد ونخم مع روجي "توسوست" ..... الخ

أثناء سرد القصة كان المعاق يتحدث بحسرة، وبصوت منقطع والخوف على ملامحه.

(ب) هنا حاول الباحث تعليم المعاق كيف يتصرف مع هذه المواقف، وحاوله تصحيح

بعض الأفكار حتى لا تسيطر على ذات المعاق وذلك بمجموعة من الخطوات وهي:

- محاولة اقناع المعاق بأن الخطأ غير متعمد، كما كان في الأصل الدفاع عن النفس من أجل التقليل من لوم الذات والحسرة التي يشعر بها.

- وضحنا أن المسؤولية على عاتق السارق الذي كان يحمل السكين، ليطمئن المعاق.

- كما بين الباحث خطر الابتعاد عن الناس والمتمثلة في زيادة الوسوسة والتفكير السلبي وتأويل كلام ونظرات الناس إلى الأسوء، وزيادة القلق والخوف، والتفكير في الماضي والحادثة يجعلك أكثر اكتئاباً، وبالمقابل طلبنا منه التقرب للناس والأماكن العمومية حتى يكسر حاجز الخوف ويندمج بشكل مقبول ويخرج من دائرة القلق والتقليل من الذات.

أ) الباحث: كما أنتقل إلى تصحيح بعض الأفكار السلبية مثل التفكير في رمي الحجارة:

- هل اعتاد الناس أن ترمي الحجارة في الشارع، عليك أو على غيرك؟

ب) المعاق: لا، لم يحصل هذا.

أ) الباحث: إذا توهمت، وأنت تعترف بعدم وجود هذه الأفعال عندكم، يعني ليس لها أساس من الصحة.

ب) المعاق: صحيح، ممكن الخوف خلاني أفكر في هذه الأمور.

أ) الباحث: هذه الأفكار هي التي تزيد من القلق وتجعلك تبتعد عن الخروج للناس وتبقى تدور في دوامة من الوسوس والاكئاب والحزن من كثرة التفكير في الماضي... الخ.

- كما وضح الباحث للمعاق أن الانتحار لن تجني منه فائدة، بل تزيد المشكل لأصدقائك، وتترك أحلامك دون تحقيقها، كما تترك اخوتك وأمك وكل عائلتك طول حياتهم في ضيق وحر، ومن الناحية الدينية فهو حرام وغير مقبول.... الخ.

- كما تكلمنا عن تبرئته من الناحية القضائية، وأن الناس كلهم سمعو القصة وتعاطفوا معك، وعلموا أن الضحية هو الظالم الذي حاول الاعتداء على المنزل حاملاً السكين بعد سماع الصراخ.... الح.

ملاحظة: لم يتردد المعاق حيث كان يحكي كأنه يحتاج إلى من يصغي اليه، وكان يحتاج إلى تفريغ المكبوتات التي يخترنها في قلبه، وحاولنا الاصغاء للقصة لإحساس المعاق

بالاهتمام، وفي نفس الحين بعد تفريغ المكبوتات يشعر الفرد بالراحة النفسية، وبعد الراحة النفسية يمكن أن تتعامل بمرونة مع الأفكار التلقائية التي يكونها عن نفسه ويفسر بها الأحداث من حوله خاصة وأن الحادثة تتعلق بالحياة مما يجعلها مؤلمة.

- **بعض المقاطع الحوارية الأخرى للمعاقين:** حاول الباحث أن يناقش ويصحح بعض الأفكار التلقائية الخاطئة التي تصدر عن بعض المواقف والأحداث:

(1) ("بلادي ما شافت في" " ماكانش اللي واقف معايا" 18 سنة وأنا مريض لم أجد مساعدة لا من الجمعيات الخيرية ولا حتى اطارات بلادي، ماكانش اللي يوصل رسالتي)  
(2) (البنات في الزواج يشوفوا غير في المادة، قبل مايزيد المرض كنت على وشك الارتباط بفتاة وبعد ما تزوجت، بقات في خاطري، فكرت فيها مدة طويلة) (عندي عقدة من الزواج لا توجد من تقبل بي)

(3) (كي تلقى من يصغى ليك ترتاح)

(4) (أوقات الفراغ يكون الألم أكثر)

(5) (كي نحتاج المساعدة أثناء النزول من الكرسي، أو خدمة، أو إرسال ملف... نحس بالناس متهرية مني، هنا نحس بالنقص)

(6) (لم أتحمل المرض، كثرة الأمراض المستعصية والجروح، المرض زاد قلقي، وترددت على المختص النفسي)

(7) (كي طلب مني الدراهم قريت ليه الآية " **إنما الصدقات للفقراء** ... " قلت ليه وبين تصنف روحك قالي "أصبحت تعرف تكلم مع الناس")

**استنتاج:** من خلال هذه المقتطفات على لسان المعاقين نستنتج أن المعاق يشعر بالنقص والدونية في المجتمع الذي يعيش فيه، كما أنه يحتاج إلى المساعدة من الآخرين في الأمور العادية في الحياة، ويحتاج إلى من يصغى إليه، كما أن التأويل يكون منصب على الجانب السلبي.

**الجلسة التاسعة:** الهدف من الجلسة التعريف بالاسترخاء وفوائده، التدريب على استرخاء المناطق العلوية من الجسم.

محتوى الجلسة والفنيات المستخدمة: بعد مناقشة الواجب المنزلي في بداية الجلسة، مباشرة تكلمنا عن فنية الاسترخاء، حيث استندنا في تعريفه على الجانب النظري، وذكرنا فوائده في التخفيف من القلق والاكتئاب، ومساعدته في إزالة الضغوط والمعاناة، بحيث يصبح المعاق أكثر سيطرة على عضلاته، ويشعر بالراحة النفسية بعد الاسترخاء.

وبعدها بدأنا في التدريب حيث طلبت منهم الباحث ملاحظته وهو ممدود على السرير الموجود في القاعة، من أجل تجريب الاسترخاء، ثم طلب من المعاق أن يقلده قائلاً: أستلق على الأريكة على ظهرك كما كنت تشاهدي، حاول أن تستريح تتنفس جيداً لمدة دقيقتين قبل البدء في العملية، ثم أطلب من المعاق أن يطبق ما يسمعه مني، "حاول أن تقلص عضلات وجهك ورقبتك وذراعيك لمدة خمس ثوان، ثم أرخ وتنفس بعمق لمدة عشر ثوان، حاول مرة أخرى" في هذه الجلسة طلبنا من كل معاق القيام بتمرين الاسترخاء من خمس مرات إلى سبع مرات حسب استجابة ولياقة كل معاق.

تقليداً للاسترخاء التدريجي لجاكسون، مثال: شد قبضة اليد اليمنى مع الضغط لمدة 05 ثوان ولاحظ التوتر، ثم أرخ القبضة لمدة 10 ثوان، كرر المحاولة مع غلق العينين، قم بالأداء نفسه في اليد اليسرى.

وفي الكتف مثلاً: نقول ارفع كتفك وكأنك تحاول لمس أذنك بهما لمدة 07 ثوان لاحظ التوتر ثم ارجع ببطء إلى الوضع الطبيعي واثبت عليه لمدة 15 ثانية ولاحظ كيف تشعر نكر التمرين عدة مرات حسب استطاعة كل معاق.

وفي الأخير قدمنا الواجب في الاسترخاء للمناطق العلوية من الجسم، على أن يقوم بنفس التمرين في كل يوم إلى غاية الأسبوع القادم، مع تسجيل الصعوبات.

**ملاحظة:** بالنسبة للاسترخاء وجد الباحث صعوبة في تدريب كل المعاقين في البداية خاصة الذراعين، وهذا قد يعود إلى بعض الأصابع التي لا يتحكم فيها بعضهم، كما أن

هناك من ذراعه ملتوية، لكن الصعوبة بدرجات متفاوتة بين المعاقين، كما شعر المعاقون بالتعب أثناء الجلسة عند محاولة التدريب على الإسترخاء.

**الجلسة العاشرة: الهدف من الجلسة:** مناقشة الواجب المنزلي، التدريب على استرخاء البطن والصدر.

محتوى الجلسة: في البداية تمت مناقشة الواجب المنزلي عن استرخاء المناطق العلوية، وقد طرحنا سؤالين وهما: هل وجدت صعوبة في تمرين الاسترخاء؟ وكم عدد الأيام التي تم فيها تطبيق التمرين؟ وهنا كلهم أجمعوا على احساسهم بالتعب بعد التمرين في اليومين الأول والثاني، وبعدها أصبح الأمر عادياً.

في الجزء الثاني من الجلسة، يتم التدريب على الصدر والبطن، بتطبيق على السرير الموجود في القاعة من طرف الباحث أولاً، وبعدها نطلب من المعاق تطبيق التمرين، من خمس إلى سبع محاولات.

وفي الأخير نكلف المعاق بتطبيق التمرين في البيت كما طبقه معنا في القاعة إلى غاية الجلسة القادمة.

**الجلسة الحادية عشر: الهدف من الجلسة،** التدريب على الاسترخاء للأجزاء السفلية.

في البداية مناقشة الواجب المنزلي في الاسترخاء للأجزاء الوسطى من الجسم، والصعوبات التي يمكن تلقيها أثناء التدريب، وقد أظهرنا صعوبة التحكم في تقلص عضلات الصدر أثناء التمرين.

وبعدها مباشرة التدريب على الأجزاء السفلية من الجسم، بمحاولة الباحث أولاً تقليص الساقين والقدمين بضع ثوان ثم بسطهم، بنفس الطريقة في استرخاء الأجزاء العلوية، ثم نطلب من المعاق المحاولة في القاعة.

وفي الأخير نكلف المعاق بتطبيق التمرين في البيت كما طبقه معنا في القاعة إلى غاية الجلسة القادمة.

**الجلسة الثانية عشر: الهدف من الجلسة:** مناقشة الواجب المنزلي، تعلم الاسترخاء العام

في نفس الجلسة قدمنا الاسترخاء العام، والذي يتعلق بالجسم بأكمله بدلاً من جزء من الجسم كما سبق في الجلستين السابقتين، تطبيق الباحث للتمرين أولاً بقبض الجسم كله ثم البسط لوضع ثوان، ثم نكرر المحاولة عدة مرات، وبعدها يطلب من المعاق تنفيذ التمرين فيما يخص الاسترخاء العام.

وفي الأخير تكليف المعاق بواجب منزلي بتطبيق التمرين المتعلق بالاسترخاء العام لمدة أسبوع إلى غاية الجلسة القادمة.

كما وصينا بتحضير بعض الأسئلة سواء بالبرنامج أو بالقلق أو الاكتئاب، أو ما يتعلق بالذات والتوهّمات المستقبلية.

**الجلسة الثالثة عشر:** مناقشة الواجب المنزلي، مناقشة الأفكار المتعلقة بالقلق والاكتئاب والتوهّمات.

محتوى الجلسة: في بداية الجلسة تتم مناقشة الواجب المنزلي المتعلق بالاسترخاء العام من حيث التنفيذ والسهولة، وكانت إجابة الأفراد تختلف من فرد إلى آخر، هناك من ينفذ طوال أيام الأسبوع، وهناك من يكتفي يومين أو ثلاث أيام. ثم مواصلة الاسترخاء العام. **ملاحظة:** بالنسبة إلى المعاقين في مجملهم كانت لهم بعض التساؤلات في خصوص بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية، من بينها مايلي:

- 1) ما هو القلق الاجتماعي، ماهو الوسواس القهري، ما معنى الوهم؟
- 2) القلق من الخوف، عرفني باضطراب الوسواس القهري؟
- 3) ما معنى الهلع، ما معنى الرهاب؟
- 4) لماذا نشعر بالمصائب قبل وقوعها؟
- 5) ماهي طرق علاج القلق؟ ماهو الاضطراب النفسي والجسدي الذي يسببه القلق؟
- 6) ما معنى إدمان الكحول؟
- 7) هل يشفى المريض من القلق النفسي؟

**الجلسة الرابعة عشر:**

الهدف من الجلسة: تقديم الاختبارات النفسية من أجل الحصول على نتائج القياس البعدي، تقييم البرنامج بالنسبة إلى المعاقين حركياً.

في النصف الأول من الجلسة توزيع الاختبارات النفسية والمتمثلة في اختبار سمة القلق وقائمة بيك للاكتئاب، واختبار مفهوم الذات وهذا من أجل المقارنة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للاختبارات النفسية.

وفي النصف الثاني من الجلسة كان التقييم بشكل عام للبرنامج العلاجي، وفيما يلي بعض الأسئلة التي طرحت بشكل مباشر على الافراد ونعرض نموذج لمعاق واحد:

- 1) كيف حالك من الناحية النفسية والجسمية؟ تحسنت أحسن من السابق.
- 2) هل أنت مرتاح لهذا البرنامج؟ نعم مرتاح.
- 3) هل تعلمت أشياء هل استفدت من التدريب؟ استفدت كثيراً، ومن حيث الاسترخاء (ما كنت نرقد مليح وبعد ما تعلمت معاك الاسترخاء أصبحت نرقد)
- 4) من حيث تصورك للإعاقة، كيف أصبحت تنظر إليها؟ عادي ما بقات تقلقني.
- 5) هل انت مستعد لمواصلة ما تعلمته قدر الإمكان؟ إن شاء الله.
- 6) هل أصبحت ترى إعاقتك سبب المشاكل؟ لا.
- 7) هل أنت مرتاح في جسمك؟ نوعاً ما.

**ملاحظة:** أثناء تقييمنا للبرنامج: عبر المعاقون بارتياح نحو ما تعلموه، خاصة " بد ج" و"بل ع ر"، بالنسبة إلى بدو يسأل عن زيادة الجلسات، ومن كلماته عن الاسترخاء (أصبحت نخرج مع الناس، نفكر قبل ما نتكلم....)، أما "بل ع ر" ذهب إلى مقر الولاية لاستكمال التأهيل الحركي.

4) تقديم نموذجين للمعاقين حركياً (بل رح) (بد ج): في الاختبارات النفسية القبلية والبعديّة أنظر الملحق رقم (1).

1-4) عرض ومناقشة نتائج نموذج (بل رح):

من خلال المقارنة بين النتائج القبلية والبعديّة، يتضح لنا وجود انخفاض في مستوى القلق والاكْتئاب، وتحسن في مستوى مفهوم الذات وهذا بشكل عام، حيث كان معدل القلق في القياس القبلي (63) وهذه الدرجة تتدرج في مستوى بداية القلق الشديد، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (55) والتي تتدرج في مستوى القلق الحاد، وهذا الانخفاض يشير إل تحسن بسيط للمعاق.

ومن حيث الاكْتئاب تحصل (بل رح) في القياس القبلي على الدرجة (31) وهي تتدرج في مستوى نهاية الاكْتئاب المتوسط، وفي القياس البعدي تحصل على (20) وهذه الدرجة تتدرج في مستوى الاكْتئاب الخفيف والفرق بين القياسين معتبر من الناحية العامة. أما من حيث مفهوم الذات كان عند الدرجة (92) وهي تنحصر في مجال مفهوم الذات المنخفض بحيث أصبح في القياس البعدي في الدرجة (123) وهي تنحصر في مجال مفهوم الذات المتوسط، تحسن بفارق معتبر بشكل عام.

ويفسر الباحث هذا التحسن القلق والاكْتئاب بشكل متوسط فقط، وهذا يرجع إلى المعاق الذي يعاني من الألم والمرض، حيث يقول: "بعض الأدوية هي اللي كملت علي" ويقول أيضاً: "التقرحات من كثرة الجلوس في السرير، والحك في الجلد خاصة في الشتاء" "لا توجد لدي رغبة في الأكل"

ومن حيث مفهوم الذات تحسن بشكل واضح وهذا يرجع إلى أثر الجلسات العلاجية والتي كان في أمس الحاجة إليها حيث لمسنا رغبة قوية كان يسأل عن موعد الجلسات بحفاوة أثناء البرنامج وبعده.

ورغم رغبته في التعلم والتدريب وتقبل البرنامج الا أننا وجدنا معه مشكل التدريب على الاسترخاء نظراً لشدة الإعاقة الحركية قعيد الفراش أكثر من 15 سنة، يحتاج إلى أكثر من خمس عمليات جراحية، لديه مشكل في مستوى الحوض، والركبتين والقدمين، واليدين ملتوية احدهما، وفي المقابل من حيث الخروج من المنزل كان يخرج، ولكن يبقى في



الكرسي المتحرك الكهربائي، كما يحتاج المساعدة في السلام والأماكن المنعرجة، حيث قال "كي نخرج نلقى روعي خير من الجلوس في الدار"

وبشكل عام هذا التحسن يرجع إلى الفنيات العلاجية، التي أستطاع من خلالها صرف تفكيره عن إعاقته، وعدم تهويل وتضخيم الإعاقة، كما كانت الجلسات فرصة لتفريغ المكبوتات التي كانت تضايقه ومنها مشكلة الزواج والتي تكلم عنها بكثرة، حيث قال (عندي عقدة الزواج، باغي اللي تكون مقتنعة بي، الرغبة في الزواج تأتي خاصة في أيام الأعراس....)

كما أظهرت الحالة التفريغ بشكل جلي على الجانب الروحي، لأنه بعض الأحيان يذهب للمدرسة الدينية وهي قريبة من البت الذي يسكنه، وشيخ الزاوية يرسل له من يتكفل به معظم الأحيان، ينتقل على الكرسي الكهربائي، حيث قال (الراحة نلقاها في المسجد)، كل يوم يقرأ القرآن، (ويسمع الدروس في الصباح في المدرسة القرآنية).

#### 4-2) عرض ومناقشة نتائج (بد ج):

من خلال المقارنة بين النتائج القبلية والبعدي للاختبارات النفسية يتضح لنا مايلي:  
من حيث القلق وجود انخفاض واضح في درجات القلق، حيث تحصل على الدرجة (66) في مقياس سمة القلق في الاختبار القبلي، وهذه الدرجة تنحصر في مستوى القلق الشديد وفي المقابل تحصل في القياس البعدي في على الدرجة (43) وهذه الدرجة تدخل في مجال بداية القلق الحاد، مما يعني انخفاض معتبر في مستوى القلق بفارق 23 درجة، وهذا ما تفسره الرغبة الشديدة للبرنامج وعدم التأخر في الجلسات العلاجية، وهذا يشير أيضاً إلى الاستفادة من البرنامج بشكل كبير.

ومن حيث الاكتئاب نلاحظ انخفاض في درجات المفحوص، إذ تحصل في القياس القبلي على (36) والتي تنحصر في مستوى الاكتئاب الشديد، وفي المقابل تحصل في القياس البعدي على الدرجة (27) والتي تتدرج في مستوى الاكتئاب المتوسط وهذا الانخفاض يشير إلى تحسن في بعض الجوانب لشخصية المعاق بشكل عام.

ومن حيث مفهوم الذات تحصل المفحوص في القياس القبلي على الدرجة (121) والتي تتدرج في المستوى المتوسط، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (130) وهي أيضاً تتدرج في نفس المستوى، حيث كان التحسن على مستوى الدرجات بفارق 11 درجة خام. نلاحظ التحسن في كل من القلق والاكتئاب ومفهوم الذات بالنسبة إلى المفحوص ولكن بنسب مختلفة، وحسب هذه النتائج فإن المفحوص استفاد بالدرجة الأولى في تخفيض القلق ثم الاكتئاب ومفهوم الذات، وبشكل عام يفسر الباحث هذا الانخفاض في القلق والاكتئاب والتحسن في مفهوم الذات إلى البرنامج الذي يحتوي على عدة فنيات حيث استفاد منها المعاق حسب طاقته ورغبته في كل فنية.

**4-3) عرض ومناقشة نتائج (ق ف):** من خلال المقارنة بين النتائج القبلية والبعدي للاختبارات النفسية يتضح لنا مايلي:

- في اختبار سمة القلق تحصل المفحوص في القياس القبلي على الدرجة (55) وتدخل في مجال القلق الحاد على مشارف الدخول في مجال القلق الشديد، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (48) والتي تتدرج في مجال القلق الحاد بفارق 11 درجة.

- كما تحصل المفحوص في اختبار الاكتئاب في القياس القبلي على الدرجة (28) والتي تدخل مستوى الاكتئاب، والقياس البعدي تحصل على الدرجة (21) والتي تتدرج في مجال الاكتئاب الخفيف، وهذا بفارق بسيط ولكن معتبر بالنسبة لمقياس بيك للاكتئاب.

- وفي اختبار مفهوم الذات تحصل المفحوص في القياس القبلي على الدرجة (90) والتي تتدرج في المستوى المنخفض، كما تحصل في القياس البعدي على الدرجة (115) والتي تدخل بدايات المستوى المتوسط، بفارق 25 درجة وهو تحسن معتبر بالنسبة للمفحوص من الناحية العامة.

**4-4) عرض ومناقشة نتائج (م رقان):** من خلال المقارنة بين النتائج القبلية والبعدي للاختبارات النفسية يتضح لنا مايلي:

- تحصل المفحوص في القياس القبلي لاختبار القلق على الدرجة (62) وهذه الدرجة تتدرج في مستوى القلق الشديد، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (40) والتي تتدرج في مستوى القلق الخفيف، بفارق 22 درجة، وهذا يشير إلى انخفاض معتبر للقلق.

- في اختبار الاكتئاب تحصل (م رقان) في القياس القبلي على الدرجة (33) والتي تتدرج في بداية مستوى الاكتئاب الشديد، وفي الاختبار البعدي تحصل المفحوص على الدرجة (23) والتي تتدرج في مستوى الاكتئاب المتوسط بفارق 07 درجات، وهذه الدرجة تؤثر على انخفاض متوسط بالنسبة لاختبار بيك للاكتئاب.

- في اختبار مفهوم الذات تحصل (م رقان) في القياس القبلي على الدرجة (112) وهي تتدرج في مستوى مفهوم الذات المتوسط، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (124) في المستوى المتوسط بفارق 12 درجة وهذا الفارق يشير إلى تحسن بسيط بالنسبة لاختبار مفهوم الذات.

**4-5) عرض ومناقشة نتائج (م ك):** من خلال المقارنة بين النتائج القبليّة والبعديّة للاختبارات النفسية يتضح لنا مايلي:

- تحصل المفحوص في القياس القبلي لاختبار القلق على الدرجة (60) والتي تتدرج في مستوى القلق الحاد على وشك الدخول في القلق الشديد، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (55) والتي تندر في مستوى القلق الحاد أيضاً، بفارق 05 درجات فقط وهي مؤشر على انخفاض بسيط جداً في اضطراب القلق.

- في اختبار الاكتئاب تحصل المفحوص في القياس القبلي على الدرجة (32) وتتدرج في نهاية مستوى الاكتئاب المتوسط وبداية الاكتئاب الشديد، وفي القياس البعدي تحصل على الدرجة (27) والتي تتدرج في مستوى الاكتئاب المتوسط بفارق 5 درجات فقط.

- في اختبار مفهوم الذات تحصل المفحوص في القياس القبلي على الدرجة (108) التي تتدرج في مستوى الاكتئاب المتوسط، وفي القياس البعدي تحصل المفحوص على الدرجة (114) والتي تتدرج في مستوى مفهوم الذات المتوسط.

نلاحظ أن المفحوص لم ينخفض في درجات القلق والاكتئاب بشكل واضح، كما لم يتحسن في مفهوم الذات بشكل كبير، ويفسر الباحث نتائج المفحوص بما يلي:  
من حيث الغياب: سجلنا للمفحوص جلستين.

أداء الواجبات المنزلية لم يمثل المفحوص بشكل جدي، من حيث الاسترخاء ومن حيث تسجيل الأفكار التلقائية أثناء المراقبة الذاتية لمواقف القلق والاكتئاب، ومن المشكلات التي أثرت عليه نفسياً هو البحث عن العمل الذي يليق بحالته، ويرى نفسه مهمشاً مقارنة بغير المعاقين، كما له مشكل يتمثل في تلف الدرجة النارية الخاصة بالمعاقين ولم يتم تعويضها بعد ما تعرضت للحرق، كما سجلنا له موقف التفكير في الانتحار من خلال

البعد التاسع الخاص بالانتحار في اختبار الاكتئاب " قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة"

**5) مناقشة عامة للحالة النفسية وبعض الأعراض للمعاقين:** يركز العلاج المعرفي

السلوكي بصفة عامة على المعارف والأفكار والمعتقدات، وهذا ينحصر في اتجاهين بشكل أوضح، الأول اتجاه بيك يركز على الأفكار التلقائية التي تفرض نفسها على الفرد رغماً عنه، والثاني اتجاه إليس يركز على الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، وهذا كله ينعكس سلباً على السلوكيات والأفعال وتكوين الاضطرابات النفسية والسلوكية، ومن خلال الجلسات العلاجية اتضح للباحث أن الأفراد المعاقين كانت لهم معتقدات خاطئة وأفكار سلبية حول المجتمع والأسرة وحتى الإعاقة الحركية مما نتج عنه مفهوم ذات سلبي ومشوه وتصرفات وسلوكيات غير منطقية وغير موضوعية، ومن مجموعة من الاضطرابات متداخلة نتيجة التراكمات السلبية والمفاهيم الخاطئة والنظرة الدونية التي يرى بها المعاق حركياً حياته، وفي مقدمة هذه الاضطرابات القلق والاكتئاب وتدني مفهوم الذات، وتشوه في صورة الجسم.

وهناك مجموعة من الأعراض الأخرى مثل:

- **الألم النفسي:** من خلال المنبهات التي كانت على شكل أسئلة مباشرة الموجهة للمعاقين حركياً تبين للباحث وجود أعراض نفسية دفيئة عند كل أفراد المجموعة التجريبية

باستثناء (م ك)، ويتضح هذا من خلال ملاحظة بعض التأسف والحسرة والانكسار عند سرد الأحداث والمواقف اليومية التي يتعرضون لها، سواء من طرف الأقرباء في العائلة أو خارج العائلة في الأماكن العمومية كما شهدنا في بعض الأحداث والمواقف المسجلة.

- **الألم الجسدي:** كان قليلاً مقارنة بالأعراض الأخرى، يكاد يختفي في معظم جلسات البرنامج العلاجي لدى المعاقين حركياً، باستثناء (بل ع)، الذي كان يعاني من كثيراً وخاصة في الشتاء، وهذا بسبب تعقد حالته الصحية والجسدية حيث يحتاج إلى عدة عمليات جراحية، ويليه (ق ف) خاصة أنه يعاني من البدانة، وبالنسبة إلى الأوجاع والتعب بصفة عامة كل أفراد المجموعة التجريبية لديهم مسافات محدودة، ولكن يبقى متفاوت حسب شدة الإعاقة وتأثيرها والمكان المصاب، فالإعاقة في الرجلين والحوض أشد من الإعاقة في الجسم واليدين بالنسبة إلى التعب والارهاق.

- **الخوف:** بالنسبة إلى الخوف له عدة أنواع، ولكن نكتفي بنوعين:

بالنسبة إلى خوف الأماكن انخفض بشكل مقبول وهذا ربما يعود إلى التأثير الإيجابي للواجبات المنزلة لاقتحام الأماكن العمومية وتأدية الاسترخاء والخروج مع الزملاء. أما بالنسبة إلى الخوف من الإعاقة انخفض بشكل أوضح حسب المقارنة بين الجلسات الأولى للبرنامج والجلسات الأخيرة، وهذا يعود إلى تبصير المعاقين وإقناعهم بتقبل الإعاقة ويمكن للمعاق أن يحقق حلمه، ويوجد منهم الأستاذ والمهندس، والطبيب... الخ.

- **مفهوم الذات:** تحسن بشكل عام حسب المقارنة بين النتائج القبلية والبعدي لمفهوم الذات، ولكن نلمس بعض الأعراض الأخرى مثل لوم الذات والندم على ما فات في بعض المواقف مثلاً خاصة (م رق) و(بد ج) و(بل ع)، ولكن كلهم يشتركون في اعتقادهم بتدني نواتهم وتقليل نظرة الآخرين لهم بسبب الإعاقة، كما يرون أن مستقبلهم لن يكون حسب طموحاتهم.

أما بالنسبة للمظهر الاجسمي، كلهم يتمنون أن يكونوا في صورة جسمية أفضل من التي هم فيها، ولم تشوه في صورة الجسم والذات خاصة في الجلسات الأولى ولكن هذه النظرة

تغيرت تدريجياً إلى الأفضل بعد تمكنهم من الاندماج والتعرف على حقوقهم التي يكفلها القانون، وتقدمهم في الواجبات المنزلية، وخاصة بعد الاحتكاك بالواقع والخروج من التوقع على الذات الذي ساهم في تحسين مفهوم الذات بشكل عام، والتقليل من التشوه العالق بالصورة الذهنية للمعاقين حركياً.

- **القلق:** اختفاء أعراض القلق كان واضحاً بالنسبة للمعاقين، وهذا حسب اختبار سمة القلق بعد المقارنة بين النتائج القبلية والبعديّة للقلق، كما لاحظ الباحث بعض العلامات مثل الكلام برزانة، عدم التلعثم أمام الفاحص، وتأدية الواجبات المنزلية سواء المتعلقة بالاسترخاء في البيت أو التي تتعلق بالخروج ومحاكاة الآخرين وعدم التعرق، وعدم احمرار الوجه في المواقف، في الجلسات الأخيرة، كما أن للتعريف بالقلق والاكنتاب والإعاقة الحركية له دور ايجابي في التقليل من سلبيات هذه الاضطرابات والتفهم بالواقع وتقبل الإعاقة والرضا عن الذات.

- **الاكنتاب:** أعراض الاكنتاب كانت واضحة من خلال القصص والأحداث المعاشة، ومن خلال مقياس الاكنتاب، والبرنامج كان موجه بشكل معتبر للتخفيف من الاكنتاب واختفاء أعراض الاكنتاب كان بشكل مقبول في جل أفراد المجموعة التجريبية، كما يوضحه الجدول الخاص بالمقارنة بين النتائج القبلية والبعديّة لنتائج الاكنتاب، لكن يبقى ( م ك ) الذي في الجلسات الأخيرة بالانتحار إذا سمحت له الفرصة وبعد تدخل الباحث للبحث عن الأسباب ردد كلمة "كرهت" وهذا كان متلازماً مع بعض الأحداث مثل بعدما حرقت له دراجته النارية الخاصة بالمعاقين لم يتم تعويضها رغم ترده عدة مرات لكل من مديرية النشاط الاجتماعي والمسؤولين المعنيين، كما أن المعاق ( م ك ) كان يسعى لعمل مقبول ومناسب لإعاقته ولم يجد، فهذه بعض الأحداث التي ساهمت في التفكير في الانتحار والتخلص من الحياة بشكل نهائي.

- **الثقة:** يرى الباحث أن الثقة في النفس ازداد بشكل ملحوظ لدى المعاقين حركياً، بدليل الراحة النفسية التي أصبح يتكلم بها المعاقين في الجلسات الأخيرة مقارنة بالجلسات الأولى

من البرنامج التي اتسمت بالتحفظ في بعض الأسئلة والكلام، المتلثم، وانخفاض الصوت، مع بعض الارتجاف وخاصة عند (بد ج) و(م ر قان) ولكن بالنسبة إلى (م ك) لم تنخفض هذه الأعراض بشكل واضح وهذا ما يفسر عدم الرغبة بشكل أكبر، كما أنه غير صريح وكلامه محدود أثناء الأسئلة.

- **الدونية والنقص:** من حيث الشعور بالدونية والانحطاط كان واضحاً من خلال النظرة التشاؤمية للواقع المعاش، وكثرة التأويلات الخاطئة التي كانت تبني على فهم مشوه وغير منطقي، وهذا في جل الخطابات والأحداث سواء التي أستشهدنا بها في هذا الفصل أو التي لم تسجل، وقد عمل الباحث على تغيير النظرة لدى المعاقين حركياً للمجموعة التجريبية، وهذا بمحاولة التركيز على فنيتي إعادة البناء المعرفي والمراقبة الذاتية لأفكارهم وتصرفاتهم، وتعليمهم كيفية التفكير الايجابي بدلاً من التفكير السلبي المتشائم.

بالنسبة إلى جل هذه الأعراض تظهر بشكل تدريجي كلما تقدمنا في عدد الجلسات بداية من الجلسة الرابعة تقريباً، وتقل في الجلسات الأخيرة، وهذا قد يرجع إلى ازدياد الثقة والارتياح للباحث والبرنامج العلاجي، كما يفسره الباحث إلى حاجة المعاقين إلى من يستمع ويصغى لهم، ويحوي أفكارهم، ومدى حاجتهم إلى المساندة النفسية والاجتماعية والأسرية التي تجبر خواطرهم

(7) جدول رقم (12) يوضح النتائج القبلية والبعدي لاختبارات القلق والاكتئاب ومفهوم

الذات للمجموعة التجريبية.

مفهوم الذات		اختبار الاكتئاب		اختبار القلق		الاسم
البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	
123	92	20	31	55	63	بل ع ر
115	90	21	28	48	59	ق ف
130	121	27	36	43	66	بد ج

124	112	26	33	40	62	م رق
114	108	27	32	50	55	م ك

**9) تعليق على الجدول:** لا حظ الباحث أن الحالات الأربع التي كانت أكثر تحرراً، وأكثر رغبة في العلاج والتدريب والامتنال لأداء الواجبات المنزلية بشكل عادي نتائجها أفضل من المعاق (م ك) الذي سجل غيابين، كما أنه كان أقل تفاعلاً في الجلسات من حيث الواجبات المنزلية والامتنال للوقت، رغم الإعاقة الواضحة والمؤثرة، مما انعكس سلباً على النتائج البعدية التي لم تتحسن بشكل كبير، حيث تحصلت في اختبار القلق القبلي (55) وفي الاختبار البعدي (50) وهذه الدرجتين تتدرج في مستوى القلق الحاد، مما يعني أن البرنامج لم يؤثر بالشكل الكافي كما هو الحال للمعاقين في نفس المجموعة التجريبية، ونفس الملاحظة تنطبق في اختبار الاكتئاب حيث تحصلت الحالة الأخيرة في الاختبار القبلي على الدرجة (32) و انخفضت إلى (27) وكلا الدرجتين تنحصر في مستوى الاكتئاب المتوسط، أما في اختبار مفهوم الذات لم يتحسن بالشكل المتوقع، حيث كانت الدرجة المتحصل عليها في الاختبار القبلي (89) وفي الاختبار البعدي (92) وهذه الدرجتين تنحصر في مستوى مفهوم الذات المنخفض

**10) خلاصة:** من خلال المقارنة بين النتائج القبلية والنتائج البعدية، يتضح وجود اختلاف في الدرجات الخام سواء في اختبار سمة القلق، أو اختبار الاكتئاب، أو استمارة مفهوم الذات، هذا بالنسبة للمجموعة التجريبية كما أنه من خلال الملاحظة الأولية لهذه الدرجات يتضح أن الاختلاف متفاوت من فرد إلى آخر وأقله كان في الفرد الأخير من المجموعة التجريبية، وهذا التحسن يرجع بالدرجة الأولى إلى أثر البرنامج العلاجي الذي يحتوي على فنيات معرفية وسلوكية، كما يفسر الباحث هذا التفاوت يرجع إلى شدة الإعاقة والرغبة المتفاوتة بين فرد وآخر، أما فيما يخص المجموعة الضابطة يتضح من خلال الملاحظة أن النتائج لم تتحسن إلى الأفضل بل هناك من انخفضت نتائجها في



النتائج البعدية، وهذا يرجع إلى عامل الزمن والظروف الخاصة بكل فرد التي تؤثر عليه، وهذا يشير إلى أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أثر ايجابي من خلال النتائج بشكل عام.

## الفصل التاسع

### مناقشة فرضيات الدراسة

(1)- مناقشة الفرضية العامة

(2)- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى

(3)- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية

(4)- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة

(5)- الخاتمة

(6)- التوصيات والمقترحات

1) مناقشة الفرضية العامة: نستنتج من خلال الدراسة بشكل عام ومن نتائج الفروق بين القياسات القبلية والبعديّة بشكل خاص تحقق الفرضية العامة والتي تتعلق بوجود أثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركياً، وهذا الأثر الايجابي يرجع إلى فنيات البرنامج العلاجي بصفة عامة، والتي تتكون من (فنية الاسترخاء العضلي، وإعادة البناء المعرفي، والمراقبة الذاتية، والحوار والمناقشة، والواجبات المنزلية)، لأن كل فنية لها مفعولها الايجابي على سلوك ونفسية المعاقين حركياً في المجموعة التجريبية، وهذا ما يوافق الدراسات والأبحاث السابقة الاجنبية والعربية، التي تطرقنا إليها في الجانب النظري، ويوافق أيضاً الأدلة والمقولات حول كل فنية مستعملة في البرنامج المقترح في عنصر "القاعدة العلمية لفنيات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي" في فصل منهجية البحث وإجراءاته.

ويقول (C. Mirabel-Sarron، 2013: 3) "أثبتت العلاجات السلوكية والمعرفية فعاليتها على نطاق واسع من خلال العديد من الدراسات العلمية في أمراض مختلفة مثل اضطرابات القلق والاكتئاب والإدمان والاضطرابات الذهانية أو حتى مجالات مختلفة من علم نفس الصحة".

كما لا توجد دراسة مخالفة تماماً للنتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية في حدود علم الباحث في هذا الموضوع، وهذا بشكل عام، كما أن النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية رغم اتفاقها مع الدراسات السابقة يمكن القول إنه يبقى بعض الاختلافات في بعض الجزئيات التي تصنع الفارق في النتائج بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة ومنها:

- من حيث خصوصية المنطقة: (بعد المسافة، التركيبية الجغرافية، ...) فنفس البرنامج إذا تم تطبيقه بمنطقة أخرى تتوفر على ظروف أفضل قد يكون النتائج أحسن بكثير.
- من حيث وفرة الامكانيات: التي لا توجد بشكل جيد وغير متوفرة في ولاية أدرار، مما جعل نتائج بعض الفرضيات غير جيدة رغم أنها مقبولة وتبرر فاعلية البرنامج بشكل عام.

- من حيث الوعي: (الأسري والاجتماع الذي يساعد في كيفية التعامل مع هذه الفئة والذي يلعب دوراً كبيراً في تقبل ذواتهم والتقليل من النظرة الدونية لهم.

## (2) مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

جدول رقم (14) يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار

### مفهوم الذات.

المتغيرات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة t	مستوى الدلالة
القبلي	05 أفراد	104.60	13.297	3.427	0.027
البعدي		121.20	6.686		

تشير نتائج الفرضية الأولى في الجدول رقم (14) إلى وجود فروق في نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار مفهوم الذات لصالح القياس البعدي وهذا لأن هذا الأخير هو صاحب المتوسط الحسابي المرتفع (121.20). ومن خلال هذا نلاحظ أن هناك تحسن في درجات القياس البعدي وان كانت لم تتعدى مستوى القياس المتوسط لمفهوم الذات؛ ومن كل ما سبق يمكننا القول بتحقيق الفرضية الأولى وهناك تحسناً في مفهوم الذات لافراد العينة بعد الخضوع للبرنامج.

وهذا التحسن والأثر الايجابي للمجموعة التجريبية في مفهوم الذات، يرجع إلى العلاج السلوكي المعرفي الذي كان له دور فعال في تحسين مفهوم الذات، خاصة وأن البرنامج يحتوي على عدة فنيات منها فنية المراقبة الذاتية التي يكون لها فضل كبير في تغيير الفرد إلى الأفضل وفي هذا الصدد نشير إلى " أن مراقبة الذات تتطلب من الفرد إلى 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).

كما يحتوي على فنية الحوار والمناقشة وفنية إعادة البناء المعرفي، ومن شأن هاتين الفئتين تصحيح بعض الأفكار الخاطئة المتعلقة بسلوكيات المعاقين حركياً، وتعلم طريقة التفكير الايجابي بدل التفكير السلبي والانهمازي الذي يسيطر على تفكيرهم، والتعرف على الأفكار التلقائية وتعديلها والحد من خطرهما.

ومن جهة أخرى يرى الباحث أن أفراد المجموعة التجريبية أتاحت لهم الفرصة لإخراج مكبوتاتهم وهذا ما ساهم في تغيير نظرتهم إلى الأحسن، وتقليل النظرة الدونية لديهم، وفي هذا الصدد يقول: (عبد الستار، 167) "ان التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم، فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة في النفس".

فكلما استبصر الفرد نفسه في مواقفه المعاشة في الحياة اليومية، وتعرف على محيطه كلما زاد وعيه وثقته بنفسه، وتقبل ذاته وواقعه.

وهذا ما يوافق بعض الدراسات السابقة مثل دراسة (البجاوي، 2010: 37): والتي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج إرشادي في تعديل مفهوم الذات، لدى عينة تتكون من "40" طالب وطالبة والذين كان لديهم تقدير منخفض لذواتهم بناءً على درجاتهم حسب مقياس مفهوم الذات، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية تلقت التدريب على أسلوب توكيد الذات، ومجموعة ضابطة لم تتلقى أي تدريب، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى "0.05" لصالح المجموعة التجريبية.

كما تأكدنا من التحقق هذه الفرضية من خلال مستوى الدلالة الإحصائية والذي كان عند المستوى 0.027، وبالتالي تعتبر دالة احصائياً، مما يعزز ايجابية النتائج المتوصل اليها.

**3) مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:** توجد فروق بين نتائج القياس القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في اختبار القلق لصالح القياس البعدى.

## جدول رقم (15) يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار

### سمة القلق

المتغيرات	ح العينة	م الحسابي	الانحراف م	نسبة t	م الدلالة
القبلي	05 أفراد	61.00	4.183	3.750	0.020
البعدي		47.20	5.891		

للتحقيق من هذه الفرضية قمنا بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي في اختبار سمة القلق، ومن خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (15) يتبين لنا أن نتائج اختبار سمة القلق انخفضت من (61.00) والتي تتدرج في بداية مجال القلق الشديد، إلى (47.20) والتي تتدرج في مجال القلق الحاد، وبالتالي انخفاض واضح في مستوى القلق، وهذا يدل على تحقيق هذه الفرضية.

وهذا الانخفاض كان بفضل البرنامج العلاجي، خاصة وأن البرنامج يحتوي على فنية الاسترخاء التي من شأنها تحرر جسم وعقل المعاق حركياً، من الضغوط النفسية والعضلية، وفنية الواجبات المنزلية التي تحرر المعاق حركياً من بعض القيود وتسمح له بالقيام ببعض الأنشطة التي تشعره أنه مثل الآخرين من محيطه وأقرانه، وفي هذا الصدد يقول عبد الستار ابراهيم، 167 " إن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم، فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة في النفس".

ويقول (شكشك، 2009، 87) "يمكن لمريض القلق أن يستفيد من التدريب على الاسترخاء إلى القدر الذي تتضاد فيه استجابة الاسترخاء مع استجابة القلق، ويمكن التدريب على الاسترخاء في المكتب ثم يمارسه المريض كواجب منزلي".

وهذا ما يوافق بعض الدراسات السابقة مثل دراسة روبرت وآخرين 2000: والتي 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 لصالح المجموعة التجريبية. (نقلًا عن الغامدي، 2013: 217).

ومن حيث الدلالة الإحصائية تشير النتائج المتحصل عليها إلى وجود فرق دال إحصائياً بمستوى 0.02، وهو مستوى مقبول للدلالة الإحصائية وهذا ما يؤكد تحقيق هذه الفرضية. (4 مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق في نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في اختبار الاكتئاب لصالح القياس البعدي.

**جدول رقم (16) يوضح فروق في نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في اختبار الاكتئاب.**

المتغيرات	ح العينة	م الحسابي	الانحراف م	نسبة t	م الدلالة
القبلي	05 أفراد	32.00	2.915	8.041	0.001
البعدي		23.80	3.271		

للتحقق من هذه الفرضية قام الباحث بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية والقياس البعدي في اختبار الاكتئاب، ومن خلال الجدول رقم (16) يتبين لنا أن نتائج القياس القبلي لاختبار الاكتئاب انخفضت من (32.00) والتي تتدرج في نهاية مستوى الاكتئاب المتوسط، إلى (23.80) والتي تتدرج في مجال مستوى الاكتئاب الخفيف، وهذا الانخفاض كان على مستوى المجموعة بدرجات متفاوتة، بفارق تسع (09) درجات في المتوسط الحسابي الكلي بين القياس القبلي والقياس البعدي، وهذا ما يدل على تحقيق الفرضية التالية التي مفادها: توجد فروق في نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في اختبار الاكتئاب.

كما أن هذه النتائج الإيجابية تدل على أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يحتوي على عدة فنيات وخاصة فنية إعادة البناء المعرفي التي من خلالها حاولنا

تصحيح بعض المفاهيم الخاطئة للمعاقين حركياً اتجاه المواقف اليومية والأحداث، وفنية المراقبة الذاتية التي كانت فرصة للمعاق حركياً لمتابعة أفكاره ومناقشتها، كما أن هذا الانخفاض في الاكتئاب للمجموعة التجريبية ساهم فيه الحوار والمناقشة لمختلف المشكلات وتصحيح بعض الأفكار المتبادرة إلى ذهن المعاق حركياً. وهذا ما يوضحه سهيل (2011) حيث تعمل هذه الفنية على إعادة تقويم رؤية المسترشد غير الواقعية لمواقف الحياة، مما يساعده على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة، والتهديد المحسوس بشكل خطأ على أنه خطر، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة الحالة على اكتشاف أن أفكاره غير الواقعية هي السبب في احساسه بشدة الضغط، وليست المواقف والأحداث، وهذا ينمي قدرة الحالة على التفكير العقلاني المنطقي.

كما يعتبر البرنامج العلاجي فرصة للمعاقين حركياً لمعرفة الأخطار التي تتجم عن التفكير بطريقة سلبية والرجوع إلى الماضي، والبرنامج أيضاً فرصة للمعاقين حركياً لتقليل من النظرة الدونية للذات التي تكاد تكون من سماتهم، حيث يقول (عبدالستار، 2008: 97) إذا كان تفكيرنا متصلباً وخاطئاً تصبح تصرفاتنا تائهة تسبب الإحباط وخيبة الأمل، كما أن الانتقال من الفشل إلى النجاح يتحقق باستبدال أساليب التفكير الخاطئة، وبتعديل الأفكار وما تتضمنه من تفسيرات وتخيلات ستكون أكثر قدرة على ضبط سلوكيات وتوجيه أنماط التفاعل مع العالم فعالة وأكثر إيجابية.

وهذا ما يوافق بعض الدراسات السابقة في هذا المجال ومنها دراسة حول موضوع " فاعلية برنامج ارشادي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المكتئبين" تكونت العينة من 16 طالياً وطالبة من كلية التربية الصف الثالث الذين يعانون من الاكتئاب، مجموعة تجريبية تلقى أفرادها برنامج ارشادي معرفي سلوكي ب 14 جلسة، والمجموعة الضابطة لم تتلقى أي تدريب، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائياً بين



المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى الدلالة (0.05) لمصلحة التجريبية (الجميلي علي، 2013: 31)

**الخاتمة:** يعتبر مفهوم الذات، من أهم مكونات الشخصية وجوهرها، وأي اختلاف أو تشوه مفهوم الذات يؤدي بالفرد إلى اختلال في توازن الشخصية، وبما أن الإعاقة الحركية من أهم الإعاقات وأكثرها وضوحاً على المظهر الجسمي الخارجي فإنها تؤدي بالفرد إلى الشعور بالنقص والدونية وتشوه في صورة الجسم ومفهوم الذات، حيث من الصعب عليهم أن يتقبلوا ذواتهم وهم في صورة تختلف عن أقرانهم وزملائهم، حيث يحرمون من اللعب والمشى مع زملائهم وأقرانهم الأسوياء، وهذا ما أثبتته الكثير من الدراسات، والدراسة الحالية أيضاً، كما أن القلق والاكتئاب ومفهوم الذات المتدني الذي يكون بسبب الإعاقة والتشوه الذي يكونه الفرد عن ذاته وجسمه وعن تأويلاته وتفسيراته الخاطئة، والأفكار التلقائية الغير منطقية والغير معقولة، تستلزم العلاج النفسي ليعيش المعاق حركياً في وسطه كغيره من الأسوياء، وتوجد العديد من الأساليب العلاجية التي من شأنها تخفف من شدة الأثر السلبي لهذه الاضطرابات ومن أهم هذه العلاجات العلاج المعرفي السلوكي، والذي كان موضوع الدراسة الحالية حيث كان له الأثر الايجابي في تخفيض القلق والاكتئاب وتحسين في مفهوم الذات للمعاقين، وهذا لما يحتويه من فنيات عديدة تتلائم مع الكثير من الاضطرابات النفسية، كما كان البرنامج فرصة لتعلم اشياء جديدة مثل التدريب على الاسترخاء، وأداء واجباتهم وشؤونهم الخاصة دون الاتكال المطلق على الغير، زيادة على ذلك فرصة للتنفيس عن مكبوتاتهم، وتحرير عقولهم والتخلي عن السلبية والدونية، والتعرف أكثر على ذواتهم واستبصار واقعهم بعقلانية، ومن بين النتائج المتوصل اليها في الدراسة الحالية مايلي:

- للعلاج المعرفي السلوكي أثر ايجابي في تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين حركياً.
- للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أثر تخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقة الحركية.

- وجود فروق في نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار مفهوم الذات، وفي اختبار سمة القلق، وفي اختبار الاكتئاب لصالح القياس البعدي.

- طريقة التفكير السلبي والتأويل الخاطئ للمواقف والأحداث تؤثر سلباً على سلوكيات وانفعالات وتصرفات المعاقين حركياً، فتوجد علاقة مرتبطة بين أفكارنا عن ذاتنا ومحيطنا والسلوكيات ونجاحنا أو فشلنا في حياتنا اليومية.

**التوصيات والمقترحات:** من خلال الدراسة والتجربة الميدانية للباحث في هذا الموضوع يتوجه الطالب الباحث بمجموعة من المقترحات والتوصيات إلى الباحثين والدارسين والمراكز المتخصصة في الإعاقة الحركية والجمعيات المهتمة بالإعاقة وهي:

اقامة بحوث مكثفة حول ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً وذوي الإعاقات الحركية خاصة، للتعرف أكثر على خصائصهم النفسية.

محاولة دمج هذه الفئة في كل النشاطات الاجتماعية وإعطائهم حق المشاركة في المجالات السياسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها.

البحث في أصل مشكلة القلق والاكتئاب من طرف الباحثين والعمل على توجيه المعاقين حركياً ببرامج تتلائم مع مشكلاتهم النفسية والبدنية.

العمل على التنسيق بين الجمعيات والمراكز المتخصصة في الإعاقات مع الباحثين المتخصصين في التربية الخاصة للاستفادة من جديد التأهيل والعلاجات النفسية.

محاولة النزول إلى الميدان من طرف المتخصصين والفريق الطبي التأهيلي من أجل معاينة الميدان وأسر المعاقين عموماً وذوي الإعاقات الحركية خصوصاً، وتوعيتهم اجتماعياً ونفسياً وأسريراً وثقافياً.

العمل على إدراجهم في كل الأنشطة لفك عزلتهم وإحساسهم بأنهم شريحة من المجتمع لا يمكن الاستغناء عنهم، ومساعدتهم في تقبل ذاتهم.

# قائمة المصادر والمراجع

## قائمة المصادر والمراجع

1. أبو فايد، ريم محمود يوسف، 2010: فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
2. أسامة بطاينة، نصر مقابلة، 2005: مشكلة الأفراد المعوقين حركياً بمحافظة بالأردن مجلة العلوم النفسية والتربوية جامعة البحرين كلية التربية كلية الأدب للنشر والتوزيع المجلد 6، العدد 1 مارس.
3. الأشرم رضا ابراهيم محمد 2008: صورة الذات وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقات البصرية، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق كلية التربية.
4. إنشراح المشرفي 2009: الإكتشاف المبكر لأعاقات الطفولة، مؤسسة حورس الدولية، شارع الأسكندرية، مصر.
5. البخاري أحمد يونس محمود، 2010: أثر برنامج إرشادي في تعديل مفهوم الذات، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 02، جامعة الموصل 2010/01/21، العراق.
6. بطرس حافظ بطرس 2008: التكيف والصحة النفسية للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
7. بكار عبد الكريم، 2011: مشكلات الأطفال تشخيص وعلاج لأهم عشر مشكلات، دار وجوه للنشر والتوزيع، الرياض المملكة العربية السعودية، ط 3.
8. بلحسن سيدي محمد، 2007: سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى المراهقين، منشورات المعارف للنشر والتوزيع، الحي الصناعي يعقوب المنصور، الرباط المغرب، ط 1.
9. بلحسيني وردة رشيد 2016: في علم النفس الاكلينيكي أكثر من مجرد خوف، المخاوف النوعية والقلق الاجتماعي، دار هومة، الجزائر

10. بن سعيد زمعلاص، واري عبد القادر 2012: التكفل النفسي المعرفي السلوكي باضطراب التكيف لدى نزلاء مراهقين ابتدائيين، جامعة وهران 2، الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة
11. بن شهرة قرينات، السلامي باهي، 2016: المشكلات النفسية والاجتماعية لدى المعاقين حركياً، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 8، العدد 23، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.
12. بيرتر شلوتكة، فرنس كاسبار، بيرند رولر: التشخيص النفسي الاكلينيكي الاسس العامة والتوجهات النظرية الجزء 1، ترجمة سامر جميل رضوان 2016، دار الكتاب الجامعي، سوريا، ط1.
13. تامر فرح سهيل، 2011: أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابون بمرض التلاسيميا، مجلة القدس المفتوحة للبحوث والدراسات، المجلد 1، العدد الأول
14. الجرواني هالة ابراهيم، محمود صديق رحاب، 2013: الإعاقات الحركية التأهيل، دار المعرفة الجامعية طبع نشر توزيع.
15. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية 1987: الباب الثالث، "حماية المعوقين حركياً أو حسيّاً وترقيتهم الاجتماعية".
16. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية 2002: الفصل الأول "اتفاقيات دولية قوانين ومراسيم" العدد 34، 14مايو.
17. جمال الخطيب 1998: مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
18. حبيبة ضيف الله 2012: "صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة" مذكرة ماجستير في التربية الخاصة، الجزائر 2، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

19. حجازي إدريس سامية، 2007: فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن، جامعة الخرطوم، دكتوراه غير منشورة.
20. حسن أحمد مصطفى، 1996: الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين، جامعة عين شمس مصر، ط1
21. حسين طه عبد العظيم، 2008: الإرشاد النفسي للأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر.
22. حسين عبد العظيم طه 2007: العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر الطبعة الأولى.
23. حلمي المليحي 2004: علم النفس المعرفي، دار النهضة العربية، بيروت لبنان، الطبعة الأولى.
24. الحويلة أمثال هدى 2010: القلق والاسترخاء العضلي، المفاهيم والنظريات والعلاج، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، الكويت، ط1.
25. خاطر عبد الله، الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة، جميع حقوق الطبع والترجمة محفوظة للمنتدى الاسلامي، الرياض، السعودية
26. الخالدي أديب محمد، 2006: مرجع في علم النفس الاكلينيكي الفحص والعلاج، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى عمان الأردن.
27. خليل إلهام عبد الرحمان 2009: علم النفس الكلينيكي، المنهج والتطبيق، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى.
28. خوجة عادل، 2009: أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً، جامعة يوسف بن خدة الجزائر، دكتوراه غير منشورة.

29. الخولي هشام عبد الرحمن، 2007: دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية مصر، الطبعة الأولى.
30. الدسوقي مجدي محمد 2007: دراسات في الصحة النفسية، المجلد الأول، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، جمهورية مصر العربية، الطبعة الأولى.
31. الدهري صالح حسن، 2005: مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر والتوزي، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
32. دويدار عبد الفتاح 1992: سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والإتجاهات، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت.
33. ديفيد هيندز، 2008: أقر الاكتتاب، حقوق الترجمة والنشر محفوظة لمكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، ط2
34. راتب أسامة كامل، 2004: النشاط البدني والاسترخاء، مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة، دار الفكر العربي، شارع عباس العقاد، مدينة نصر القاهرة، الطبعة الأولى.
35. الزراد فيصل خير، 2004: العلاج النفسي السلوكي، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، مجلد الأول، العدد الثاني، دار العلم للملايين، ط 1، مصر.
36. زهران عبد السلام، 2005: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب نشر توزيع طباعة، شارع جواد حسني القاهرة، مصر.
37. سامر جميل رضوان، 2014: التشخيص النفسي، حقوق الطبع والنشر محفوظة لجامعة دمشق سوريا.
38. سامر جميل رضوان 2002: الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، ط3

39. سرحان وليد، الخطيب جمال، حباشة محمد، 2008: الإكتتاب، مجدلاوي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
40. السمراني نبيهة صالح 2007: أعراض الأمراض النفسية العصابية تربوياً ومهنياً، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
41. سهام درويش أبو عطية، أحمد عطا محمود، سبتمبر 2005: فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى الأطفال المساء إليهم، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد السادس العدد الثالث، جامعة البحرين الأردن.
42. 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.
43. السيد عبد الحكيم، نفين صابر ع67 "يوليو 2009: ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف مجلة كلية الأدب بجامعة حلوان، مصر.
44. السيد فهمي علي محمد، 2010: علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها، دار الجامعة الجديدة، مصر.
45. السيد فهمي علي محمد 2008: الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل رؤية نفسية، دار الجامعة الجديدة للنشر، الأسكندرية مصر.
46. السيد فهمي علي 2009: علم النفس الصحة والخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر، شارع الأزريطة، مصر.
47. السيد فهمي علي 2010: العلاج النفسي تقنياته وسائله طرقه، دار الجامعة الجديدة، مصر.



48. الشادلي محمد وآخرون، 1999: الكتاب الطبي الجامعي "طب المجتمع" منظمة الصحة العالمية المكتب الاقليمي شرق المتوسط.
49. شاكر سوسن مجيد 2008: اضطرابات الشخصية، أنماطها قياسها، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى.
50. الشامي محمد، 2002: الكلب الأسود رحلة التعافي من الاكتئاب، دار تويما للنشر والتوزيع، شارع النصر المعادي، القاهرة مصر
51. الشبّون دنيا، 2011: القلق والاكتئاب عند المراهقين، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد 3، سوريا
52. الشربيني لطفي، 2001: الاكتئاب المرض والعلاج، منشأة المعارف، شارع زغلول الاسكندرية، مصر
53. الشربيني لطفي، 2003: الطب النفسي وهموم الناس، منشأة المعارف بالاسكندرية، مصر
54. شقير زينب محمود 2002: علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
55. شكشك أنس 2009: القلق رهاب العصر، أسبابه وعلاجه، دار الكتاب العربي، بيروت لبنان.
56. الشناوي محمد محروس: نظريات الإرشاد العلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
57. الصفدي عصام حمدي 2007: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الاردن، الطبعة العربية.
58. ضيف شوقي، 1984: معجم علم النفس والتربية الجزء الأول، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية

59. عادل عبد الله محمد، 2000: العلاج السلوكي المعرفي أسس وتطبيقات، دار الرشاد شارع جواد حسني القاهرة، مصر، الطبعة الأولى.
60. عبد الخالق أحمد محمد 1994: الدراسات التطورية للقلق، حوليات كلية الأدب، جامعة الكويت، الحولية الرابعة عشر الرسالة 90.
61. عبد الستار إبراهيم، 1980: العلاج النفسي الحديث، عالم المعرفة، مصر
62. عبد الستار إبراهيم، 1998: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه، عالم المعرفة، مصر
63. عبد الستار إبراهيم، 2011: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، أسسه مبادئه وتطبيقه، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.
64. عبد الستار إبراهيم، 1987: أسس علم النفس، دار المريخ للنشر، الرياض السعودية.
65. عبد العظيم حمدي عبد الله، 2013: مجموعة برامج عملية ونماذج تطبيقية، برامج تعديل السلوك، أمجد للنشر، الأردن.
66. عبد اللطيف حسين فرج 2009: الاضطرابات النفسية العصبية "الخوف، القلق، التوتر، الانفصام" دار الخالد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن.
67. عبد المجيد عبد الفتاح، 2011: التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الانجلو المصرية، شارع محمد فريد القاهرة مصر، ط1
68. عبد الرحمن محمد السيد، 2014: العلاج المعرفي والميتامعرفي، مكتبة زهراء الشرق، شارع محمد فريد القاهرة، مصر، ط1
69. عبدالكافي إسماعيل عبد الفتاح 2005: موسوعة مصطلحات ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.

70. العتوم عدنان يوسف 2010: علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الثانية.
71. عسكر علي، 2003: ضغوط الحياة وأساليب وموجهتها الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، دار الكتاب الحديث، الطبعة الثالثة.
72. عسكر علي، 2009: الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل، دار الكتاب الحديث.
73. عكاشة أحمد، عكاشة طارق، 2009: الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
74. عليح الجميلي علي، 2013: فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاكتئاب، مجلة أبحاث كلية التربية، مجلد 12، العدد "03"
75. عماد حسين أديب، 2015: دراسة الفروق بين المعوقين حركياً والعاديين على مقياس ماسلوا للأمن النفسي، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد 13، العدد 1، جامعة دمشق، سوريا
76. عمار عبد الرزاق، 2009: علم النفس في القران والسنة، دار الجيل للنشر والتوزيع، حي التحرير العلوي تونس، ط1
77. العيساوي عبد الرحمان 2002، 2001: موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الثاني، تصميم البحوث النفسية والاجتماعية والتربوية، دار الراتب الجامعية، بيروت، الطبعة الأولى.
78. العيساوي عبد الرحمان 2002، 2001: موسوعة علم النفس الحديث، فن الإرشاد والعلاج النفسي المجلد الثالث دار الراتب الجامعية، مصر الطبعة الأولى.
79. الغامدي حامد ضيف الله 2013: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس.

80. غريب عبد الكريم، 2017: سيكولوجية الشخصية، منشورات عالم التربية، المغرب الأقصى.
81. غزال عبد الفتاح علي، 2008: سيكولوجية الفئات الخاصة، ماهي للنشر والتوزيع، الإسكندرية مصر، الطبعة الأولى.
82. غزوان ناصيف 2012: الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار الكتاب العربي، الطبعة الأولى.
83. فايد حسين 2008: العلاج النفسي وأصوله، تطبيقاته أخلاقياته، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ميدان الظاهر القاهرة، مصر، الطبعة الأولى.
84. فايد حسين علي: دراسة في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
85. فضل شعبان أحمد، 2008: العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات، الدراسات الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة، بنغازي ليبيا.
86. القحطاني سارة عبد الله المعصوب 2009: دور ممارسة الألعاب في خفض القلق لذوي الإعاقات الجسدية بمؤسسة رعاية الأطفال المشلولين، جامعة الطائف السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة.
87. القمش مصطفى نوري 2011: الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ط 1.
88. القيسي نزار نايف 2006: المعجم التربوي وعلم النفس، دار اسامة للنشر والتوزيع ودار المشرف الثقافي، الأردن عمان، الطبعة الأولى.
89. كارين برييس، 2010: الاكثاب الدليل الصحي الشامل، مكتبة الشقري، المملكة العربية السعودية
90. الكبيسي راضي محمد 2000: إتجاهات الأبناء نحو أباءهم المعوقين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى عمان الأردن.

91. كحلة الفت: العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرض الاكتئاب ايترك للطباعة والنشر، مصر الجديدة القاهرة.
92. كوالحة مفلح، فواز عبد العزيز عمر، 2010: مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الرابعة.
93. كوام مكنزي: القلق ونوبات الذعر، ترجمة هلا أمان الدين 2013، دار المؤلف، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية الرياض، المجلة العربية، السعودية
94. محمد قاسم عبد الله 2008: مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى، المملكة الأردنية الهاشمية عمان.
95. مسعودان، 2006: رعاية المعوقين وأهداف سياسة ادماجهم بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، دكتوراه في علم الاجتماع التنمية غير منشورة، الجزائر.
96. مصطفى محمود عيد 2009: العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر، ايترك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، ط 1
97. معمريه بشير، 2010: تقنين قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب، على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية، قسم علم النفس، جامعة الحاج الخضر، باتنة
98. معمريه بشير، 2012: السيادة النصفية للمخ والتحكم في السلوك، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، شارع محمد مسعودي الجزائر
99. معمريه بشير، 2012: علم النفس الذات، تقنين استبيانات على المجتمع الجزائري، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، القبة القديمة الجزائر.
100. ممدوح مختار علي 2001: العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية، رسالة دكتوراه، جامعة طنطا مصر.

101. المنجد في اللغة العربية المعاصرة 2000: المكتبة الشرقية، جميع الحقوق

محفوظة، بيروت لبنان، الطبعة الأولى.

102. ميموني بدرة معتصم، ميموني مصطفى، 2010: سيكولوجية النمو في

الطفولة والمراهقة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

103. نبيل صالح سفيان 2004: المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي،

ايتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى هلبوبوليس غرب مصر الجديدة.

104. النجار محمود، 2012: فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الأمن النفسيلدى

المعوقين حركياً، م20، ع 1

105. هوفمان إيس جي، 2012: العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول

النفسية لمشكلات الصحة العقلية، ترجمة عيسى مراد علي، دار الفجر للنشر

والتوزيع، مصر.

106. والاس دلابين جرين، 1981: مفهوم الذات أسس النظرية والتطبيق،

ترجمة فوزي بهلول: مراجعة سيد خير الله، دار النهضة العربية، للطباعة والنشر

بيروت لبنان.

المراجع باللغة الاجنبية:

107. Paul Diel:la peur et L'angoisse ; Petit Bibiothèque payot ;2  
edition.

108. Serge Dalla ; Dan Bernord : Handicaps et defirences des  
l'enfant ; 1 édition ; 2003.

109. Norbert Sillny : Dictionnaire de psehologie ; Paris Libraire la  
rouse, 1999.

110. Cherif Hallouma : la Representation du travail et l'image de soi  
chez l'ouvriere de l'électronique ; edition crasc ;1996.

111. Fedida Pierre ; la Psychanalyse ; edition libraire larousse ;  
paris ;1974,18.

112. C. Mirabel-Sarron : Les therapies comportementales et  
cognitives: bases theoriques et indications ; on 9 Jan 2013.

قائمة الملاحق

(أ) نموذج (بل رح) في الاختبارات النفسية:

الاختبارات القبليّة (بل رح):

1- اختبار سمة القلق (قبلي):

التعليمة: 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	مطلاً قاً	أحياً ناً	غالباً باً	دائماً
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 قراري بسرعة كافية			X	
6- أشعر بالراحة	X			
7- أنا هادئ الأعصاب	X			
8- أشعر أن العقبات تتراكم 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 تصعيب الأمور		X		
12- ينقضي الشعور بالثقة في النفس		X		



		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 وتضايقني
	X			18- تؤثر في خيبة الأمل بشدة
			X	19- أنا شخص مستقر
X				20- أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيراً باهتماماتي وميولي الحالية

## 2- قائمة بيك للإكتئاب (قبلي):

**التعليمة:** تتضمن هذه القنمة 21 مجموعة من العبارات، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الآخرين، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي أخترتها، " 0 أو 1، 2، 3" في كل المجموعات.

العبارات	العنوان	الرقم
لا أشعر بالحزن أشعر بالحزن معظم الوقت أشعر بالحزن طول الوقت أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك. +	الحزن	1
0 لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي 1 أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت +	التشاؤم	2

<p>2 أتوقع الا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي</p> <p>3 أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور</p> <p>سوء</p>		
<p>0 لا أشعر بأني شخص فاشل.</p> <p>1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي</p> <p>2 كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل +</p> <p>3 أشعر بأني شخص فاشل تماماً.</p>	<p>الفشل السابق</p>	<p>3</p>
<p>0 أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.</p> <p>1 لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. +</p> <p>2 أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل</p> <p>3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل</p>	<p>فقدان الاستمتاع بالحياة</p>	<p>4</p>
<p>0 لا أشعر بالذنب</p> <p>1 أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.</p> <p>2 أشعر بالذنب في معظم الأوقات.</p> <p>3 أشعر بالذنب في كل الأوقات. +</p>	<p>مشاعر تأنيب الضمير</p>	<p>5</p>
<p>0 لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.</p> <p>1 أشعر بأني يمكن ان أتعرض قليلاً للعقاب أو للأذى. +</p> <p>2 أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو للأذى.</p> <p>3 أشعر بأني سوف أتعرض دائماً للعقاب أو للأذى.</p>	<p>الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى</p>	<p>6</p>

<p>0 شعوري نحو نفسي عادي 1 فقدت الثقة في نفسي + 2 اصبت بخيبة أمل في نفسي 3 لا أحب نفسي.</p>	<p>عدم حب الذات</p>	<p>7</p>
<p>0 لا أنقد ولا ألوم نفسي 1 أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت 2 أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي + 3 أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.</p>	<p>نقد الذات ولومها</p>	<p>8</p>
<p>0 ليس لدي أي أمل للانتحار + 1 لدي افكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها 2 أريد أن أنتحر 3 قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة</p>	<p>الأفكار أو الرغبات الانتحارية</p>	<p>9</p>
<p>0 لا أبكي أكثر مما تعودت. 1 أشعر بالرغبة في البكاء + 2 أبكي أكثر مما تعودت 3 أبكي بكثرة جداً</p>	<p>البكاء</p>	<p>10</p>
<p>0 أشعر بالهياج والإثارة بدرجة عادية + 1 اشعر بالهياج والإثارة أكثر مما تعودت 2 أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب على البقاء مستقراً 3 أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما</p>	<p>الهياج والإثارة</p>	<p>11</p>
<p>0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية 1 أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية</p>	<p>فقدان الاهتمام أو</p>	<p>12</p>

<p>2 فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. + 3 من الصعب علي الاهتمام بأي شيء.</p>	<p>الانسحاب الاجتماعي</p>	
<p>0 أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها 1 أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2 لدي صعوبة في اتخاذ القرار أكثر بكثير مما تعودت عليه + 3 لا أستطيع اتخاذ القرارات.</p>	<p>التردد في اتخاذ القرارات</p>	13
<p>0 لا أشعر اني عديم القيمة + 1 أنا لست ذا قيمة كما تعودت 2 أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين 3 أشعر أني عديم القيمة تماماً</p>	<p>انعدام القيمة</p>	14
<p>0 لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت 1 لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت 2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء 3 ليس لدي طاقة لعمل أي شيء. +</p>	<p>فقدان الطاقة على العمل</p>	15
<p>0 لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي 1 أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما 1 أنام أقل مما تعودت إلى حد ما 2 أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير 2 أنام أقل مما تعودت بشكل كبير + 3 أنام معظم اليوم 3 استيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى</p>	<p>تغيرات في نظام النوم</p>	16

<p>0 أغضب بدرجة عادية</p> <p>1 أغضب أكبر مما تعودت</p> <p>2 أغضب أكبر بكثير مما تعودت +</p> <p>3 أكون في حالة غضب طول الوقت</p>	<p>القابلية للغضب أو الانزعاج</p>	<p>17</p>
<p>0 لم يحد أي تغير في شهيتي</p> <p>1 شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما</p> <p>1 شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2 شهيتي أقل كثيرا مما تعودت</p> <p>2 شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت</p> <p>3 ليست لدي شهية على الإطلاق +</p> <p>3 لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت</p>	<p>تغيرات في الشهية</p>	<p>18</p>
<p>0 أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت</p> <p>1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت +</p> <p>2 من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة</p> <p>3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>19</p>
<p>0 لست أكثر إرهاقاً أو اجهاداً مما تعودت</p> <p>1 أصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها</p> <p>2 يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها</p> <p>3 أنا مرهق ومجهد جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها +</p>	<p>الارهاق أو الاجهاد</p>	<p>20</p>

0 إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام +	فقدان	21
1 أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	الاهتمام	
2 أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام	بالجنس	
3 فقدت الاهتمام بالجنس تماماً		

### 3- قائمة تينسي لقياس مفهوم الذات (قبلي):

**تعليمية:** فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن مشاعرك نحو ذاتك من حيث صحتك وشخصيتك وأخلاقك ومهاراتك وعلاقتك بأسرتك وبالمجتمع، أقرأ كل عبارة على حدة ثم أجب عنها بوضع العلامة (+) تحت لا أو قليلاً أو كثيراً، حسب انطباق العبارة عليك.

الرقم	العبارة	لا	قليلاً	كثيراً
01	صحتي جيدة		X	
02	أنا مرح		X	
03	أنا ودود		X	X
04	تقف أسرتي معي لحل مشكلاتي		X	
05	أنا مهذب			X
06	أنا جذاب		X	
07	أنا هادئ وبسيط في حياتي		X	
08	أنا محبوب من الرجال			X
09	أنا عضو في عائلة سعيدة		X	
10	أنا أمين		X	
11	جسمي غير متناسق			X
12	قيمة ذاتي متدنية			X
13	قليل الانشغال بما يفعله الناس			X

		X	أنا قليل الاحترام بين أفراد أسرتي	14
		X	أنا شخص سيئ	15
X			أحب أن أكون نظيفاً وفي أحسن هيئة	16
	X		أنا قادر جدا على التحكم في نفسي	17
	X		أنا محبوب من النساء	18
X			أنا مهم في نظر أسرتي	19
	X		أنا شخص متدين	20
X			أعاني من الآلام والأوجاع	21
		X	أنا حقود	22
		X	أنا تائر على العالم كله	23
		X	أفراد أسرتي يكرهونني	24
		X	أخلاقي في مستوى منخفض	25
X			أعاني من الأمراض	26
	X		أنا مهوس	27
	X		يصعب على أي أحد أن يصاحبني	28
		X	أشعر أن أسرتي لا تثق بي	29
		X	أخلاقي سيئة	30
	X		انا معتدل بين السمنة والنحافة	31
	X		أنا راضي عن حالي	32
		X	أنا اجتماعي إلى المستوى الذي أحب	33
	X		أنا راض عن علاقاتي العائلية	34
	X		أنا راض عن سلوكي وأخلاقي	35

	X		أنا راض عن ملامحي	36
	X		أنا هكذا لطيف وحسن	37
X			أحاول أن أكون مصدر سرور للناس دون مبالغة	38
	X		أنا منسجم جداً مع أسرتي	39
	X		أنا راض عن علاقتي بالله	40
X			أتمنى أن أغير بعض أعضاء جسمي	41
		X	أحتقر نفسي	42
		X	أنا شخص سيء اجتماعياً	43
		X	أنا قليل الثقة في أسرتي	44
X			ينبغي أن أزيد من ترددي عن المساجد	45
		X	أنا معتدل بين الطول والقصر	46
	X		أنا ذكي وذكائي مناسب جداً	47
	X		أنا راض عن طريقتي في معاملة الناس	48
	X		أعامل والدي كما ينبغي	49
		X	أنا متدين كما أحب	50
X			أشعر أنني لست على ما يرام	51
X			أشعر أنني لست الشخص الذي أحب أن أكون	52
X			أحاول أن أكون مؤدب أكثر مما أنا عليه	53
	X		أرفض كثيراً من الأشياء التي تقولها أسرتي	54
X			ينبغي أن أكون محل ثقة أكثر مما أنا عليه	55
		X	أشعر أنني لست جذاباً لدى أفراد الجنس الآخر	56
	X		أنا لست سهلاً ولست طبعاً للأخرين	57



X			ينبغي أن أكون منسجماً مع الآخرين	58
	x		أنا قليل الحب لأسرتي	59
X			ينبغي أن اتجنب الكذب	60
X			اعتني جدا بإسمي	61
	x		أستطيع المحافظة على نفس في أي وقت	62
X			أحاول كثيراً فهم وجهة النظر الأخرى	63
	x		أتصرف بنزاهة مع أفراد أسرتي	64
X			أعيش حياتي مع حسب معتقداتي	65
	x		أحاول ان أعتني بمظهري	66
	x		أتقبل النقد دون غضب	67
	x		علاقاتي بالناس جيدة	68
	x		أهتم كثيراً بأسرتي	69
	x		أترجع بسرعة عن أخطائي	70
X			أنا رديء جداً في الأعمال اليدوية	71
	x		اتصرف دون تفكير	72
	x		أنا لست سهلاً في التسامح مع الآخرين	73
	x		أنا غير راض عن والدي	74
	X		في بعض المرات أعمل أشياء سيئة جداً	75
X			أشعر أن صحتي على ما يرام معظم الوقت	76
		x	أحل مشاكلي بسهولة	77
	x		معارفي اشخاص طيبون	78
		x	أؤدي بعض الأعمال لأسرتي	79

	x		اعمل الأشياء الصحيحة في معظم الأوقات	80
X			أنا ضعيف في الألعاب الرياضية وفي ألعاب التسلية	81
	x		أغير رأبي كثيراً	82
	x		من الصعب أن أشعر بالراحة مع الناس	83
	X		اتشاجر مع أفراد أسرتي	84
	x		أتبع الطرق الملتوية في تحقيق أهدافي	85
	X		نومي قليل	86
X			أهرب من مشاكلي كثيراً	87
	x		يصعب علي الحديث مع الغرباء	88
	x		كثيراً ما أخيب أمل اسرتي	89
		X	أنا ضعيف الالتزام أخلاقياً	90

الاختبارات البعدية نموذج (بل ح):

1- اختبار سمة القلق: (البعدي) نموذج بل ح:

البند	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
	قأ	ناً	بأ	دائماً
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 قراري بسرعة كافية	X			
6- أشعر بالراحة			X	

		X		7- أنا هادئ الأعصاب
	X			8- أشعر أن العقبات تتراكم 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 تصعيب الأمور
		X		12- ينقضي 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 وتضايقني
X				18- تؤثر في خيبة الأمل بشدة
		x		19- أنا شخص مستقر
			X	20- أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيراً باهتماماتي وميولي الحالية

## 2- اختبار بيك للاكتئاب، البعدي نموذج (بل رح)

الرقم	العنوان	العبارات
1	الحزن	لا أشعر بالحزن أشعر بالحزن معظم الوقت أشعر بالحزن طول الوقت أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك

2	التشاؤم	<p>0 لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي</p> <p>1 أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت</p> <p>2 أتوقع الا تسيير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي +</p> <p>3 أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوء</p>
3	الفشل السابق	<p>0 لا أشعر بأني شخص فاشل.</p> <p>1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي</p> <p>2 كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل +</p> <p>3 أشعر بأني شخص فاشل تماماً.</p>
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	<p>0 أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.</p> <p>1 لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.</p> <p>2 أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل +</p> <p>3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل</p>
5	مشاعر تائب الضمير	<p>0 لا أشعر بالذنب</p> <p>1 أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.</p> <p>2 أشعر بالذنب في معظم الأوقات. +</p> <p>3 أشعر بالذنب في كل الأوقات.</p>
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	<p>0 لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. +</p> <p>1 أشعر بأني يمكن ان أتعرض قليلاً للعقاب أو للأذى.</p>

		<p>2 أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو للأذى.</p> <p>3 أشعر بأني سوف أتعرض دائماً للعقاب أو للأذى.</p>
7	عدم حب الذات	<p>0 شعوري نحو نفسي عادي</p> <p>1 فقدت الثقة في نفسي +</p> <p>2 اصبت بخيبة أمل في نفسي</p> <p>3 لا أحب نفسي.</p>
8	نقد الذات ولومها	<p>0 لا أنقد ولا ألوم نفسي</p> <p>1 أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت</p> <p>2 أنقد وألوم نفسي عللاً كل أخطائي +</p> <p>3 أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.</p>
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	<p>0 ليس لدي أي أمل للانتحار +</p> <p>1 لدي افكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها</p> <p>2 أريد أن أنتحر</p> <p>3 قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة</p>
10	البكاء	<p>0 لا أبكي أكثر مما تعودت. +</p> <p>1 أشعر بالرغبة في البكاء</p> <p>2 أبكي أكثر مما تعودت</p> <p>3 أبكي بكثرة جداً</p>
11	الهيجان والاثارة	<p>0 أشعر بالهيجان والاثارة بدرجة عادية +</p> <p>1 اشعر بالهيجان والاثارة أكثر مما تعودت</p> <p>2 أتهیج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقراً</p> <p>3 أتهیج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما</p>

12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	<p>0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية +</p> <p>1 أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية</p> <p>2 فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.</p> <p>3 من الصعب علي الاهتمام بأي شيء.</p>
13	التردد في اتخاذ القرارات	<p>0 أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها</p> <p>1 أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. +</p> <p>2 لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه</p> <p>3 لا أستطيع اتخاذ القرارات.</p>
14	انعدام القيمة	<p>0 لا أشعر اني عديم القيمة+</p> <p>1 أنا لست ذا قيمة كما تعودت</p> <p>2 أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين</p> <p>3 أشعر أني عديم القيمة تماماً</p>
15	فقدان الطاقة على العمل	<p>0 لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت</p> <p>1 لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت</p> <p>2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء</p> <p>3 ليس لدي طاقة لعمل أي شيء. +</p>
16	تغيرات في نظام النوم	<p>0 لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي</p> <p>1 أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>1 أنام أقل مما تعودت إلى حد ما +</p> <p>2 أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير</p> <p>2 أنام أقل مما تعودت بشكل كبير</p> <p>3 أنام معظم اليوم</p>

<p>3 استيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى</p>		
<p>0 أغضب بدرجة عادية + 1 أغضب أكبر مما تعودت 2 أغضب أكبر بكثير مما تعودت 3 أكون في حالة غضب طول الوقت</p>	<p>17 القابلية للغضب أو الانزعاج</p>	
<p>0 لم يحد أي تغير في شهيتي 1 شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما 1 شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما + 2 شهيتي أقل كثيراً مما تعودت 2 شهيتي أكبر كثيراً مما تعودت 3 ليست لدي شهية على الإطلاق 3 لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت</p>	<p>18 تغيرات في الشهية</p>	
<p>0 أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت 1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت + 2 من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة 3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>	<p>19 صعوبة التركيز</p>	
<p>0 لست أكثر إرهاقاً أو اجهاداً مما تعودت 1 أصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها 2 يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي أعتدت عليها +</p>	<p>20 الارهاق أو الاجهاد</p>	

3 أنا مرهق ومجهد جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي أعتدت عليها		
0 إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام 1 أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت + 2 أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام 3 فقدت الاهتمام بالجنس تماماً	فقدان الاهتمام بالجنس	21

### 3- اختبار مفهوم الذات (البعدي) نموذج بل رح:

الرقم	العبارة	لا	قليلاً	كثيراً
01	صحتي جيدة	+		
02	أنا مرح		+	
03	أنا ودود		+	
04	تقف أسرتي معي لحل مشكلاتي		+	
05	أنا مهذب			+
06	أنا جذاب		+	
07	أنا هادئ وبسيط في حياتي		+	
08	أنا محبوب من الرجال			+
09	أنا عضو في عائلة سعيدة		+	
10	أنا أمين			+
11	جسمي غير متناسق		+	
12	قيمة ذاتي متدنية		+	
13	قليل الانشغال بما يفعله الناس		+	



		+	أنا قليل الاحترام بين أفراد أسرتي	14
		+	أنا شخص سيئ	15
+			أحب أن أكون نظيفاً وفي أحسن هيئة	16
	+		أنا قادر جدا على التحكم في نفسي	17
		+	أنا محبوب من النساء	18
+			أنا مهم في نظر أسرتي	19
	+		أنا شخص متدين	20
+			أعاني من الآلام والأوجاع	21
		+	أنا حقوق	22
		+	أنا تائر على العالم كله	23
		+	أفراد أسرتي يكرهونني	24
		+	أخلامي في مستوى منخفض	25
+			أعاني من الأمراض	26
		+	أنا مهوس	27
		+	يصعب على أي أحد أن يصاحبني	28
		+	أشعر أن أسرتي لا تثق بي	29
		+	أخلامي سيئة	30
	+		انا معتدل بين السمنة والنحافة	31
	+		أنا راضي عن حالي	32
+			أنا اجتماعي إلى المستوى الذي احب	33
	+		أنا راض عن علاقاتي العائلية	34
	+		أنا راض عن سلوكي وأخلامي	35

+			أنا راض عن ملامحي	36
+			أنا هكذا لطيف وحسن	37
+			أحاول أن أكون مصدر سرور للناس دون مبالغة	38
	+		أنا منسجم جداً مع أسرتي	39
+			أنا راض عن علاقتي بالله	40
+			أتمنى أن أغير بعض أعضاء جسمي	41
		+	أحتقر نفسي	42
		+	أنا شخص سيء اجتماعياً	43
		+	أنا قليل الثقة في أسرتي	44
+			ينبغي أن أزيد من ترددي عن المساجد	45
	+		أنا معتدل بين الطول والقصر	46
	+		أنا ذكي وذكائي مناسب جداً	47
	+		أنا راض عن طريقتي في معاملة الناس	48
	+		أعامل والدي كما ينبغي	49
	+		أنا متدين كما أحب	50
	+		أشعر أنني لست على ما يرام	51
		+	أشعر أنني لست الشخص الذي أحب أن أكون	52
+			أحاول أن أكون مؤدب أكثر مما أنا عليه	53
	+		أرفض كثيراً من الأشياء التي تقولها أسرتي	54
+			ينبغي أن أكون محل ثقة أكثر مما أنا عليه	55
	+		أشعر أنني لست جذاباً لدى أفراد الجنس الآخر	56
	+		أنا لست سهلاً ولست طبعاً للآخرين	57

	+		ينبغي أن أكون منسجماً مع الآخرين	58
		+	أنا قليل الحب لأسرتي	59
+			ينبغي أن اتجنب الكذب	60
+			اعتني جدا باسمي	61
	+		أستطيع المحافظة على نفسي في أي وقت	62
+			أحاول كثيراً فهم وجهة النظر الأخرى	63
	+		أتصرف بنزاهة مع أفراد أسرتي	64
+			أعيش حياتي مع حسب معتقداتي	65
+			أحاول ان أعتني بمظهري	66
+			أقبل النقد دون غضب	67
+			علاقاتي بالناس جيدة	68
	+		أهتم كثيراً بأسرتي	69
+			أراجع بسرعة عن أخطائي	70
+			أنا رديء جداً في الأعمال اليدوية	71
		+	اتصرف دون تفكير	72
	+		أنا لست سهلاً في التسامح مع الآخرين	73
		+	أنا غير راض عن والدي	74
	+		في بعض المرات أعمل أشياء سيئة جداً	75
+			أشعر أن صحتي على ما يرام معظم الوقت	76
	+		أحل مشاكلتي بسهولة	77
	+		معارفي اشخاص طيبون	78
	+		أؤدي بعض الأعمال لأسرتي	79

	+		اعمل الأشياء الصحيحة في معظم الأوقات	80
+			أنا ضعيف في الألعاب الرياضية وفي ألعاب التسلية	81
	+		أغير رأبي كثيراً	82
	+		من الصعب أن أشعر بالراحة مع الناس	83
		+	اتشاجر مع أفراد أسرتي	84
		+	أتبع الطرق الملتوية في تحقيق أهدافي	85
	+		نومي قليل	86
		+	أهرب من مشاكلي كثيراً	87
	+		يصعب علي الحديث مع الغرباء	88
	+		كثيراً ما أخيب أمل اسرتي	89
		+	أنا ضعيف الالتزام أخلاقياً	90

تقديم نموذج للمعاق في الاختبارات النفسية حركياً (بد ج):

1- الاختبارات القبلية: سمة القلق

2- قائمة بيك للاكتئاب: (القبلي)

الرقم	العنوان	العبارات
1	الحزن	لا أشعر بالحزن أشعر بالحزن معظم الوقت أشعر بالحزن طول الوقت أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك. X
2	التشاؤم	0 لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي

<p>1 أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت</p> <p>2 أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي X</p> <p>3 أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوء</p>		
<p>0 لا أشعر بأني شخص فاشل.</p> <p>1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي</p> <p>2 كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل X</p> <p>3 أشعر بأني شخص فاشل تماماً.</p>	<p>الفشل السابق</p>	<p>3</p>
<p>0 أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.</p> <p>1 لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. X</p> <p>2 أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل</p> <p>3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل</p>	<p>فقدان الاستمتاع بالحياة</p>	<p>4</p>
<p>0 لا أشعر بالذنب</p> <p>1 أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. X</p> <p>2 أشعر بالذنب في معظم الأوقات.</p> <p>3 أشعر بالذنب في كل الأوقات.</p>	<p>مشاعر تأنيب الضمير</p>	<p>5</p>
<p>0 لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.</p> <p>1 أشعر بأني يمكن ان أتعرض قليلاً للعقاب أو للأذى.</p>	<p>الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى</p>	<p>6</p>

2 أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو للأذى. 3 أشعر بأني سوف أتعرض دائماً للعقاب أو للأذى. X		
0 شعوري نحو نفسي عادي 1 فقدت الثقة في نفسي 2 اصبت بخيبة أمل في نفسي X 3 لا أحب نفسي.	عدم حب الذات	7
0 لا أنقد ولا ألوم نفسي 1 أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت 2 أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي X 3 أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.	نقد الذات ولومها	8
0 ليس لدي أي أفكار للانتحار 1 لدي افكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها X 2 أريد أن أنتحر 3 قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
0 لا أبكي أكثر مما تعودت. 1 أشعر بالرغبة في البكاء X 2 أبكي أكثر مما تعودت 3 أبكي بكثرة جداً	البكاء	10
0 أشعر بالهياج والإثارة بدرجة عادية X 1 اشعر بالهياج والإثارة أكثر مما تعودت 2 أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقراً	الهياج والإثارة	11

<p>3 أتهيج وأثر إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما</p>		
<p>0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية 1 أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية 2 فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. X 3 من الصعب علي الاهتمام بأي شيء.</p>	<p>فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي</p>	<p>12</p>
<p>0 أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها 1 أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2 لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه X 3 لا أستطيع اتخاذ القرارات.</p>	<p>التردد في اتخاذ القرارات</p>	<p>13</p>
<p>0 لا أشعر اني عديم القيمة 1 أنا لست ذا قيمة كما تعودت 2 أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين X 3 أشعر أني عديم القيمة تماماً</p>	<p>انعدام القيمة</p>	<p>14</p>
<p>0 لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت 1 لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت 2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء 3 ليس لدي طاقة لعمل أي شيء. X</p>	<p>فقدان الطاقة على العمل</p>	<p>15</p>
<p>0 لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي 1 أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما</p>	<p>تغيرات في نظام النوم</p>	<p>16</p>

<p>1 أنام أقل مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2 أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير</p> <p>2 أنام أقل مما تعودت بشكل كبير X</p> <p>3 أنام معظم اليوم</p> <p>3 استيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى</p>		
<p>0 أغضب بدرجة عادية X</p> <p>1 أغضب أكبر مما تعودت</p> <p>2 أغضب أكبر بكثير مما تعودت</p> <p>3 أكون في حالة غضب طول الوقت</p>	<p>القابلية للغضب أو الانزعاج</p>	<p>17</p>
<p>0 لم يحد أي تغير في شهيتي</p> <p>1 شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما X</p> <p>1 شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2 شهيتي أقل كثيراً مما تعودت</p> <p>2 شهيتي أكبر كثيراً مما تعودت</p> <p>3 ليست لدي شهية على الإطلاق</p> <p>3 لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت</p>	<p>تغيرات في الشهية</p>	<p>18</p>
<p>0 أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت</p> <p>1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت</p> <p>2 من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة X</p> <p>3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>19</p>



<p>0 لست أكثر ارهاقاً أو اجهاداً مما تعودت</p> <p>1 أصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها</p> <p>2 يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها X</p> <p>3 أنا مرهق ومجهد جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها</p>	<p>الارهاق أو الاجهاد</p>	<p>20</p>
<p>0 إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام</p> <p>1 أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت</p> <p>2 أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام X</p> <p>3 فقدت الاهتمام بالجنس تماماً</p>	<p>فقدان الاهتمام بالجنس</p>	<p>21</p>

3- قائمة تينسي لمفهوم الذات:

الرقم	العبارة	لا	قليلاً	كثيراً
01	صحتي جيدة	+		
02	أنا مرح	+		
03	أنا ودود			+
04	تقف أسرتي معي لحل مشكلاتي			+
05	أنا مهذب		+	
06	أنا جذاب			+
07	أنا هادئ وبسيط في حياتي		+	
08	أنا محبوب من الرجال		+	
09	أنا عضو في عائلة سعيدة			+
10	أنا أمين		+	
11	جسمي غير متناسق			+
12	قيمة ذاتي متدنية			+
13	قليل الانشغال بما يفعله الناس			+
14	أنا قليل الاحترام بين أفراد أسرتي	+		
15	أنا شخص سيئ		+	
16	أحب أن أكون نظيفاً وفي أحسن هيئة			+
17	أنا قادر جدا على التحكم في نفسي		+	
18	أنا محبوب من النساء		+	
19	أنا مهم في نظر أسرتي		+	
20	أنا شخص متدين			+

+			أعاني من الآلام والأوجاع	21
		+	أنا حقود	22
		+	أنا تائر على العالم كله	23
		+	أفراد أسرتي يكرهونني	24
+			أخلاقي في مستوى منخفض	25
+			أعاني من الأمراض	26
+			أنا مهوس	27
	+		يصعب على أي أحد أن يصاحبني	28
		+	أشعر أن أسرتي لا تثق بي	29
	+		أخلاقي سيئة	30
	+		انا معتدل بين السمنة والنحافة	31
	+		أنا راضي عن حالي	32
+			أنا اجتماعي إلى المستوى الذي أحب	33
+			أنا راض عن علاقاتي العائلية	34
+			أنا راض عن سلوكي وأخلاقي	35
	+		أنا راض عن ملامحي	36
+			أنا هكذا لطيف وحسن	37
+			احاول أن أكون مصدر سرور للناس دون مبالغة	38
+			أنا منسجم جداً مع أسرتي	39
+			أنا راض عن علاقتي بالله	40
	+		أتمنى أن أغير بعض أعضاء جسمي	41
		+	أحتقر نفسي	42

	+		أنا شخص سيء اجتماعياً	43
		+	أنا قليل الثقة في أسرتي	44
		+	ينبغي أن أزيد من ترددي عن المساجد	45
	+		أنا معتدل بين الطول والقصر	46
	+		أنا ذكي وذكائي مناسب جداً	47
	+		أنا راض عن طريقتي في معاملة الناس	48
	+		اعامل والدي كما ينبغي	49
+			أنا متدين كما أحب	50
	+		أشعر أنني لست على ما يرام	51
	+		أشعر أنني لست الشخص الذي أحب أن أكون	52
		+	أحاول أن أكون مؤدب أكثر مما أنا عليه	53
		+	أرفض كثيراً من الأشياء التي تقولها أسرتي	54
		+	ينبغي أن أكون محل ثقة أكثر مما أنا عليه	55
	+		أشعر أنني لست جذاباً لدى أفراد الجنس الآخر	56
	+		أنا لست سهلاً ولست طيباً للآخرين	57
		+	ينبغي أن أكون منسجماً مع الآخرين	58
		+	أنا قليل الحب لأسرتي	59
		+	ينبغي أن اتجنب الكذب	60
	+		اعتني جدا باسمي	61
	+		أستطيع المحافظة على نفس في أي وقت	62
	+		أحاول كثيراً فهم وجهة النظر الأخرى	63
+			أصرف بنزاهة مع أفراد أسرتي	64

+			أعيش حياتي مع حسب معتقداتي	65
+			أحاول ان أعتني بمظهري	66
+			أقبل النقد دون غضب	67
+			علاقاتي بالناس جيدة	68
+			أهتم كثيراً بأسرتي	69
+			أراجع بسرعة عن أخطائي	70
	+		أنا رديء جداً في الأعمال اليدوية	71
	+		اتصرف دون تفكير	72
	+		أنا لست سهلاً في التسامح مع الآخرين	73
	+		أنا غير راض عن والدي	74
	+		في بعض المرات أعمل أشياء سيئة جداً	75
	+		أشعر أن صحتي على ما يرام معظم الوقت	76
	+		أحل مشاكلي بسهولة	77
+			معارفي اشخاص طيبون	78
	+		أؤدي بعض الأعمال لأسرتي	79
	+		اعمل الأشياء الصحيحة في معظم الأوقات	80
+			أنا ضعيف في الألعاب الرياضية وفي العاب التسلية	81
+			أغير رأيي كثيراً	82
	+		من الصعب أن أشعر بالراحة مع الناس	83
	+		انتشاجر مع أفراد أسرتي	84
		+	أتبع الطرق الملتوية في تحقيق أهدافي	85
		+	نومي قليل	86

		+	أهرب من مشاكلي كثيراً	87
	+		يصعب علي الحديث مع الغرباء	88
		+	كثيراً ما أخيب أمل اسرتي	89
		+	أنا ضعيف الالتزام أخلاقياً	90

الاختبارات البعدية (بد ج):

### 1- سمة القلق

البند	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
	قأ	ناً	بأ	
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 قراري بسرعة كافية				X
6- أشعر بالراحة			X	
7- أنا هادئ الأعصاب			X	
8- أشعر أن العقبات تتراكم 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 تصعيب الأمور			X	
12- ينقضي الشعور بالثقة في النفس		X		

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 وتضايقني
		X		18- تؤثر في خيبة الأمل بشدة
		X		19- أنا شخص مستقر
		X		20- أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر كثيراً باهتماماتي وميولي الحالية

2- قائمة بيك للاكتئاب:

الرقم	العنوان	العبارات
1	الحزن	لا أشعر بالحزن أشعر بالحزن معظم الوقت X أشعر بالحزن طول الوقت أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
2	التشاؤم	0 لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي 1 أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت X 2 أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي 3 أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوء
3	الفشل السابق	0 لا أشعر بأني شخص فاشل.

<p>1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي</p> <p>2 كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل X</p> <p>3 أشعر بأني شخص فاشل تماماً.</p>		
<p>0 أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. X</p> <p>1 لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.</p> <p>2 أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل</p> <p>3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل</p>	<p>فقدان الاستمتاع بالحياة</p>	<p>4</p>
<p>0 لا أشعر بالذنب</p> <p>1 أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. X</p> <p>2 أشعر بالذنب في معظم الأوقات.</p> <p>3 أشعر بالذنب في كل الأوقات.</p>	<p>مشاعر تائب الضمير</p>	<p>5</p>
<p>0 لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.</p> <p>1 أشعر بأني يمكن ان أتعرض قليلاً للعقاب أو للأذى.</p> <p>2 أشعر بأني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو للأذى. X</p> <p>3 أشعر بأني سوف أتعرض دائماً للعقاب أو للأذى.</p>	<p>الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى</p>	<p>6</p>
<p>0 شعوري نحو نفسي عادي</p> <p>1 فقدت الثقة في نفسي</p> <p>2 اصبت بخيبة أمل في نفسي X</p> <p>3 لا أحب نفسي.</p>	<p>عدم حب الذات</p>	<p>7</p>



<p>0 لا أنقد ولا ألوم نفسي</p> <p>1 أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت <b>X</b></p> <p>2 أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي</p> <p>3 أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.</p>	<p>نقد الذات ولومها</p>	<p>8</p>
<p>0 ليس لدي أي أفكار للانتحار</p> <p>1 لدي افكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها <b>X</b></p> <p>2 أريد أن أنتحر</p> <p>3 قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة</p>	<p>الأفكار أو الرغبات الانتحارية</p>	<p>9</p>
<p>0 لا أبكي أكثر مما تعودت.</p> <p>1 أشعر بالرغبة في البكاء</p> <p>2 أبكي أكثر مما تعودت <b>X</b></p> <p>3 أبكي بكثرة جداً</p>	<p>البكاء</p>	<p>10</p>
<p>0 أشعر بالهياج والإثارة بدرجة عادية</p> <p>1 اشعر بالهياج والإثارة أكثر مما تعودت <b>X</b></p> <p>2 أتهدج وأثور إلى درجة أنه من الصعب على البقاء مستقراً</p> <p>3 أتهدج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما</p>	<p>الهياج والإثارة</p>	<p>11</p>
<p>0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية</p> <p>1 أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية <b>X</b></p> <p>2 فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.</p>	<p>فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي</p>	<p>12</p>

3 من الصعب علي الاهتمام بأي شيء.		
<p>0 أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها</p> <p>1 أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. <b>X</b></p> <p>2 لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه</p> <p>3 لا أستطيع اتخاذ القرارات.</p>	التردد في اتخاذ القرارات	13
<p>0 لا أشعر أنني عديم القيمة</p> <p>1 أنا لست ذا قيمة كما تعودت <b>X</b></p> <p>2 أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين</p> <p>3 أشعر أنني عديم القيمة تماماً</p>	انعدام القيمة	14
<p>0 لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت</p> <p>1 لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت</p> <p>2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء <b>X</b></p> <p>3 ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.</p>	فقدان الطاقة على العمل	15
<p>0 لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي</p> <p>1 أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>1 أنام أقل مما تعودت إلى حد ما <b>X</b></p> <p>2 أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير</p> <p>2 أنام أقل مما تعودت بشكل كبير</p> <p>3 أنام معظم اليوم</p> <p>3 استيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى</p>	تغيرات في نظام النوم	16

<p>0 أغضب بدرجة عادية <b>X</b></p> <p>1 أغضب أكبر مما تعودت</p> <p>2 أغضب أكبر بكثير مما تعودت</p> <p>3 أكون في حالة غضب طول الوقت</p>	<p>القابلية للغضب أو الانزعاج</p>	<p>17</p>
<p>0 لم يحد أي تغير في شهيتي</p> <p>1 شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما</p> <p>1 شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما</p> <p>2 شهيتي أقل كثيراً مما تعودت <b>X</b></p> <p>2 شهيتي أكبر كثيراً مما تعودت</p> <p>3 ليست لدي شهية على الإطلاق</p> <p>3 لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت</p>	<p>تغيرات في الشهية</p>	<p>18</p>
<p>0 أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت</p> <p>1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت <b>X</b></p> <p>2 من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة</p> <p>3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء</p>	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>19</p>
<p>0 لست أكثر إرهاقاً أو اجهاداً مما تعودت</p> <p>1 أصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها</p> <p>2 يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها <b>X</b></p> <p>3 أنا مرهق ومجهد جداً بحيث أجد صعوبة لعمل معظم</p>	<p>الارهاق أو الاجهاد</p>	<p>20</p>

الأشياء التي أعتدت عليها		
0 إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام 1 أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت 2 أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام X 3 فقدت الاهتمام بالجنس تماماً	فقدان الاهتمام بالجنس	21

### 3- قائمة تينسي لمفهوم الذات:

الرقم	العبارة	لا	قليلاً	كثيراً
01	صحتي جيدة			+
02	أنا مرح			+
03	أنا ودود			+
04	تقف أسرتي معي لحل مشكلاتي			+
05	أنا مهذب			+
06	أنا جذاب			+
07	أنا هادئ وبسيط في حياتي		+	
08	أنا محبوب من الرجال			+
09	أنا عضو في عائلة سعيدة		+	
10	أنا أمين		+	
11	جسمي غير متناسق		+	
12	قيمة ذاتي متدنية		+	
13	قليل الانشغال بما يفعله الناس			+
14	أنا قليل الاحترام بين أفراد أسرتي		+	
15	أنا شخص سيئ		+	

+			أحب أن أكون نظيفاً وفي أحسن هيئة	16
	+		أنا قادر جدا على التحكم في نفسي	17
+			أنا محبوب من النساء	18
+			أنا مهم في نظر أسرتي	19
+			أنا شخص متدين	20
+			أعاني من الآلام والأوجاع	21
		+	أنا حقود	22
	+		أنا تائر على العالم كله	23
+			أفراد أسرتي يكرهونني	24
+			أخلاقي في مستوى منخفض	25
+			أعاني من الأمراض	26
	+		أنا مهوس	27
	+		يصعب على أي أحد أن يصاحبني	28
	+		أشعر أن أسرتي لا تثق بي	29
		+	أخلاقي سيئة	30
+			انا معتدل بين السمنة والنحافة	31
+			أنا راضي عن حالي	32
+			أنا اجتماعي إلى المستوى الذي أحب	33
+			أنا راض عن علاقاتي العائلية	34
+			أنا راض عن سلوكي وأخلاقي	35
+			أنا راض عن ملامحي	36
+			أنا هكذا لطيف وحسن	37

+			أحاول أن أكون مصدر سرور للناس دون مبالغة	38
+			أنا منسجم جداً مع أسرتي	39
+			أنا راض عن علاقتي بالله	40
+			أتمنى أن أغير بعض أعضاء جسمي	41
		+	أحتقر نفسي	42
		+	أنا شخص سيء اجتماعياً	43
		+	أنا قليل الثقة في أسرتي	44
		+	ينبغي أن أزيد من ترددي عن المساجد	45
+			أنا معتدل بين الطول والقصر	46
+			أنا ذكي وذكائي مناسب جداً	47
+			أنا راض عن طريقتي في معاملة الناس	48
+			اعامل والدي كما ينبغي	49
+			أنا متدين كما أحب	50
		+	أشعر أنني لست على ما يرام	51
	+		أشعر أنني لست الشخص الذي أحب أن أكون	52
	+		أحاول أن أكون مؤدب أكثر مما أنا عليه	53
+			أرفض كثيراً من الأشياء التي تقولها أسرتي	54
+			ينبغي أن أكون محل ثقة أكثر مما أنا عليه	55
+			أشعر أنني لست جذاباً لدى أفراد الجنس الآخر	56
		+	أنا لست سهلاً ولست طيباً للآخرين	57
		+	ينبغي أن أكون منسجماً مع الآخرين	58
+			أنا قليل الحب لأسرتي	59

	+		ينبغي أن اتجنب الكذب	60
+			اعتني جدا باسمي	61
+			أستطيع المحافظة على نفس في أي وقت	62
+			أحاول كثيراً فهم وجهة النظر الأخرى	63
+			أتصرف بنزاهة مع أفراد أسرتي	64
+			أعيش حياتي مع حسب معتقداتي	65
+			أحاول ان أعتني بمظهري	66
+			أقبل النقد دون غضب	67
+			علاقاتي بالناس جيدة	68
+			أهتم كثيراً بأسرتي	69
+			أراجع بسرعة عن أخطائي	70
+			أنا رديء جداً في الأعمال اليدوية	71
	+		اتصرف دون تفكير	72
		+	أنا لست سهلاً في التسامح مع الآخرين	73
+			أنا غير راض عن والدي	74
		+	في بعض المرات أعمل أشياء سيئة جداً	75
+			أشعر أن صحتي على ما يرام معظم الوقت	76
+			أحل مشاكلي بسهولة	77
+			معارفي اشخاص طيبون	78
+			أؤدي بعض الأعمال لأسرتي	79
+			اعمل الأشياء الصحيحة في معظم الأوقات	80
	+		أنا ضعيف في الألعاب الرياضية وفي العاب التسلية	81

+			أغير رأيي كثيراً	82
	+		من الصعب أن أشعر بالراحة مع الناس	83
	+		انتشاجر مع أفراد أسرتي	84
	+		أتبع الطرق الملتوية في تحقيق أهدافي	85
+			نومي قليل	86
+			أهرب من مشاكلي كثيراً	87
	+		يصعب علي الحديث مع الغرباء	88
	+		كثيراً ما أخيب أمل اسرتي	89
		+	أنا ضعيف الالتزام أخلاقياً	90



## قائمة الملاحق:

الملحق رقم (02) استمارة المعلومات الأولية:

الاسم واللقب:

السن:

اسم الاب والام:

ذكر درجة قرابة الأبوين: ..... لا وجود لقرابة دموية: .....

نوع الإعاقة: وراثية: ..... مكتسبة: ..... / في أي سنة: .....

المستوى الدراسي: ابتدائي: ..... متوسط: ..... ثانوي: ..... جامعي: .....

درجة الإعاقة حسب البطاقة: ..... بالمئة

مكان الإعاقة: الأطراف السفلية: ..... الأطراف علوية: .....

السفلية والعلوية: ..... الحوض: .....

الادوات المساعدة: استعمال الكرسي: ..... استعمال العكاز: .....

استعمال احزمة طبية أو ضمادات مساعدة: .....

هل تحتاج للمساعدة أثناء اللباس: ..... عند لبس الحذاء: .....

أثناء الدخول الى الحمام: ..... الى المراض: .....

الاحساس بالاختلاف متى كان: .....

الملحق رقم (3): قائمة المحكمين للبرنامج العلاجي

اسم الأستاذ والدرجة العلمية	التخصص	مؤسسة الإنتماء
اد/ مكى محمد	علم النفس العيادي	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
أ د/ ماحي ابراهيم	علم النفس التربوي	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
أ د/ محمد بن عبد الله	علم النفس العيادي	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
د/ ابليلة رقية	علم النفس المعرفي	جامعة أدرار، احمد دراية
د/ دليل سميحة	مختصة في الأطفونيا	جامعة أدرار، أحمد دراية
د/جبار شهيدة	علم النفس العيادي	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
د/ عبيد زرزورة	علم النفس العيادي	جامعة أدرار أحمد دراية
أ د/ محمد السيد عبد الرحمن	مختص في الصحة النفسية	جامعة الزقازيق/ مصر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أحمد لبراية - أدرار

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

والعلوم الإسلامية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم 357 / ج. ع 2019

أدرار في: 2020/10/04



إلى السيد: مدير مديرية النشاط

الاجتماعي بولاية أدرار

الموضوع: الترخيص بإجراء تربص ميداني

تحية طيبة وبعد :

يشرف السيد رئيس قسم العلوم الاجتماعية بأن يطلب من سيادتكم الموافقة  
الترخيص للباحث: أ. بنصورة عبدالمالك من قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم  
النفس العيادي للقيام بتربص ميداني بعنوان: " أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي  
في تحسين مفهوم الذات وتخفيف القلق والاكتئاب لدى المعاق حركيا، في إطار  
تحضيره لشهادة الدكتوراه.

وذلك من أجل الاستفادة من المعلومات والبيانات الخاصة بموضوع بحثه

وهذه البيانات لن تستخدم إلا لغرض علمي.

وفي الأخير لكم جزيل الشكر وفائق الاحترام .

رئيس القسم

مساعد رئيس قسم العلوم الاجتماعية  
مكلف بما بعد التدرج والبحث العلمي  
أ. أم القيسر صائشة

Handwritten signature and red circular stamp of the Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Ahmed Lbraïa, Adrar, Algeria.

الدار قذع... 2020/1/17



إلى السيد: ... هديو... بنو... السيد عبد...  
محمد زور... لك

الموضوع : الترخيص بإجراء تريض ميداني

تحية طيبة وبعد :

يتشرف السيد رئيس قسم العلوم الاجتماعية ، بأن يطلب من سيادتكم الموافقة  
الترخيص للباحث: بنضورة عبدالمالك

من قسم العلوم الاجتماعية تخصص .علم النفس العيادي للقيام بتريض ميداني بعنوان  
\* اثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق  
والاكتئاب لدى المعاق حركيا، في اطار تحضيره لشهادة الدكتوراه.  
وذلك من أجل الاستفادة من المعلومات والبيانات الخاصة بموضوع بحثه وهذه  
البيانات لن تستخدم إلا لغرض علمي.  
وفي الأخير لكم منا جزيل الشكر وفائق الاحترام .

رئيس القسم



تاريخ: 2020/1/17

الامانة  
الجوارية الشريفة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ادريس

الهيئة الوطنية للتقوية الجوارية  
الجزيرة العدد 1.8. 2019  
تحت رقم: 603

كلية العلوم الاسلامية والعلوم الاجتماعية والعلوم الاسلامية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم 353 / 2020 E



الى السيد: مدير... المؤسسة  
العمومية للصحة الجوارية  
برفان

الموضوع: الترخيص باجراء تربص ميداني

تحية طيبة وبعد :

يتشرف السيد رئيس قسم العلوم الاجتماعية ، بأن يطلب من سيادتكم الموافقة

الترخيص للباحث: بنضورة عبدالمالك

من قسم العلوم الاجتماعية تخصص .علم النفس العيادي للقيام بتربص ميداني بعنوان  
\* اثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيف القلق  
والاكتئاب لدى المعاق حركيا، في اطار تحضيره لشهادة الدكتوراه.  
وذلك من أجل الاستفادة من المعلومات والبيانات الخاصة بموضوع بحثه وهذه  
البيانات لن تستخدم إلا لغرض علمي.

وفي الأخير لكم منا جزيل الشكر وفاق الاحترام .



مدير المؤسسة الوطنية للتقوية الجوارية  
رفسان  
محمد بن الشريف

رئيس القسم

رئيس القسم



مفدى فاعية بالفياد...  
فاعية العلا...  
عيادة اول...  
بدر...  
بدر...

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

ولاية أدرار  
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية برقان  
المديرية الفرعية للموارد البشرية  
رقم: 050/م.ع.ص.ج/2020

مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية برقان  
إلى السادة  
مسؤول العيادة المتعددة الخدمات بزواوية كته  
مسؤول عيادة التوليد الريفي ببيدماين  
مسؤول العيادة المتعددة الخدمات برقان

**الموضوع:** ب/خ الترخيص بإجراء تريض ميداني  
**المرجع:** المراسلة رقم 357 الصادرة بتاريخ 2020/11/18 عن جامعة ادرار

بشرفني ان اطلب منكم تخصيص قاعة للباحث السيد: بنصورة عبد المالك، طالب دكتوراه وذلك اسهاما منا لمساعدة المعني في اتمام بحثه لاعداد مذكرة الدكتوراه بعنوان " اثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيف القلق والاكتئاب لدى المعاق حركيا " في اطار تحضيره لنيل شهادة الدكتوراه، وذلك حسب ما يتناسب مع سيرورة نشاط العيادة ولا يعرقل عمل المعني بالمصالح التالية:

- قاعة بالعيادة المتعددة الخدمات بزواوية كته .
- قاعة بقاعة علاج زاوية الشيخ
- قاعة بالعيادة المتعددة الخدمات بانزجمير .
- قاعة بالعيادة المتعددة الخدمات برقان .

وفي الاخير تفضلوا بقبول اسمي عبارات التقدير والاحترام .

رقان بوع: .....  
المدير  
عليو الهسيبة: مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية  
محمد بن شريف

طبعة الإعاقه : .....  
 نسبة الإعاقه : .....  
 سلمت هذه البطاقة من طرف مدير النشاط الاجتماعي لولاية .....  
 تاريخ و مكان الميلاد : 1991. 10. 24  
 العنوان : .....  
 اللقب و الاسم باللغة اللاتينية : MANSOUR AHMED  
 لواء المعتمدين : .....

طبعة الإعاقه : .....  
 نسبة الإعاقه : .....  
 سلمت هذه البطاقة من طرف مدير النشاط الاجتماعي و التضامن لولاية .....  
 تاريخ و مكان الميلاد : 1983  
 العنوان : .....  
 اللقب و الاسم باللغة اللاتينية : REGADI Sidi Ali  
 لواء المعتمدين : .....

طبعة الإعاقه : .....  
 نسبة الإعاقه : .....  
 سلمت هذه البطاقة من طرف مدير النشاط الاجتماعي و التضامن لولاية .....  
 تاريخ و مكان الميلاد : 10  
 العنوان : .....  
 اللقب و الاسم باللغة اللاتينية : .....  
 لواء المعتمدين : .....

طبيعة الإعاقة: .....  
 نسبة الإعاقة: .....  
 سلت هذه البطاقة من طرف مدير النشاط الاجتماعي لولاية .....  
 تاريخ ومكان الميلاد: .....  
 الاسم: .....  
 اللقب: .....  
 في: .....  
 الاسم باللغة الإنجليزية: **Abdenia h mam BELLAH**  
 إضفاء المعنى: .....

طبيعة الإعاقة: .....  
 نسبة الإعاقة: .....  
 سلت هذه البطاقة من طرف مدير النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية .....  
 تاريخ ومكان الميلاد: .....  
 الاسم: .....  
 اللقب: .....  
 في: .....  
 الاسم باللغة الإنجليزية: **ABDEL FATEH KACEM**  
 إضفاء المعنى: .....

وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا  
 خصوص غلبها في القانون رقم 09-02  
 رخ في 25 صفر عام 1423 الميلاد كمنعاهو  
 208 والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين  
 قستهم.

بطاقة الشخص المعوق  
 الأولوية  
 الرقم: .....



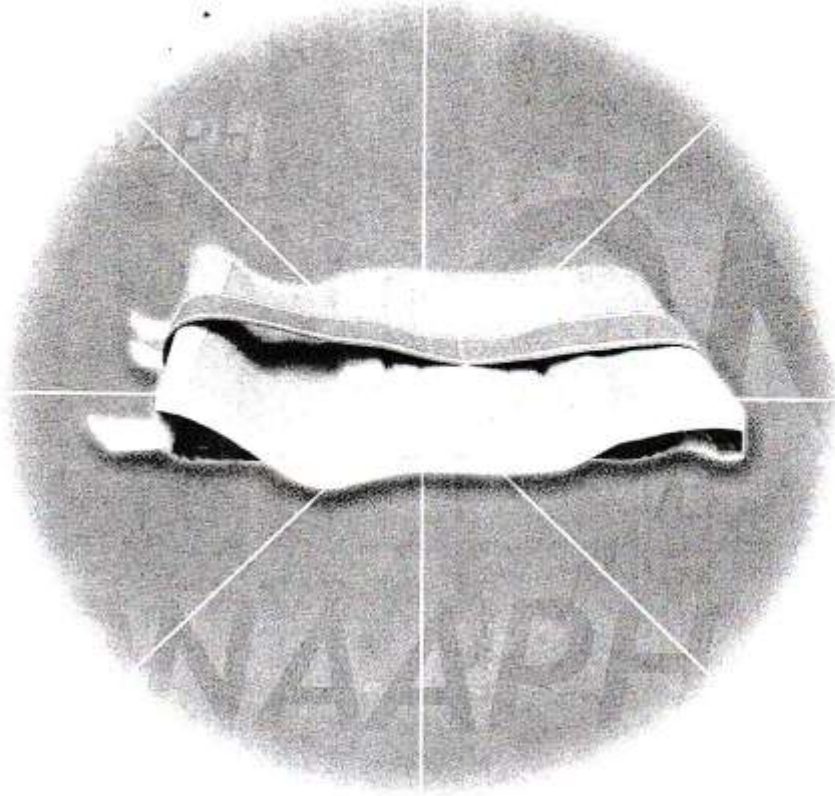
الملحق رقم (5): يوضح الأجهزة التكميلية والمساعدة للمعاقين حركياً



# ONAAAPH

*Lumbar Corset*

*Ceinture Dorsale*



**Direction Générale:**

**Siège Social :** 09, Boulevard Victor Hugo, Alger

Tél : 213 21 71 80 01- 021 73 46 66

Fax: 213 21 71 90 62

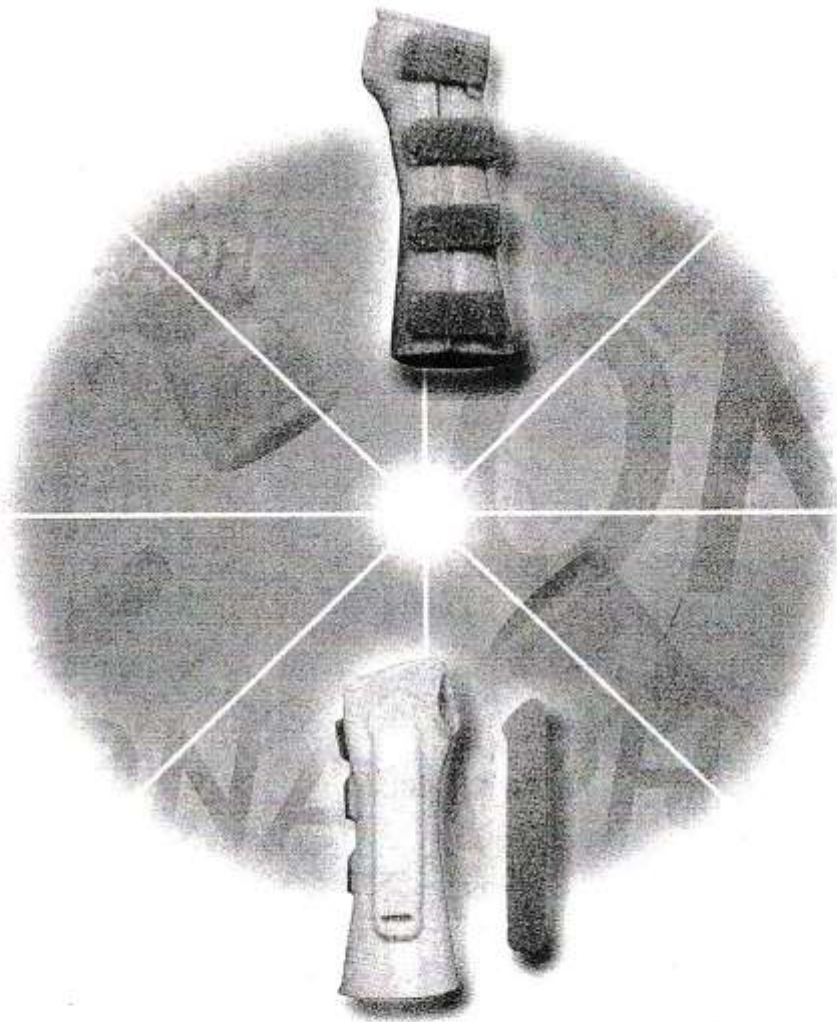


# ONAAAPH

*Forearm Appliance Brace*

---

*Attelle Palmaire*



---

**Direction Générale:**

**Siège Social :** 09, Boulevard Victor Hugo, Alger

Tél : 213 21 71 80 01- 021 73 46 66

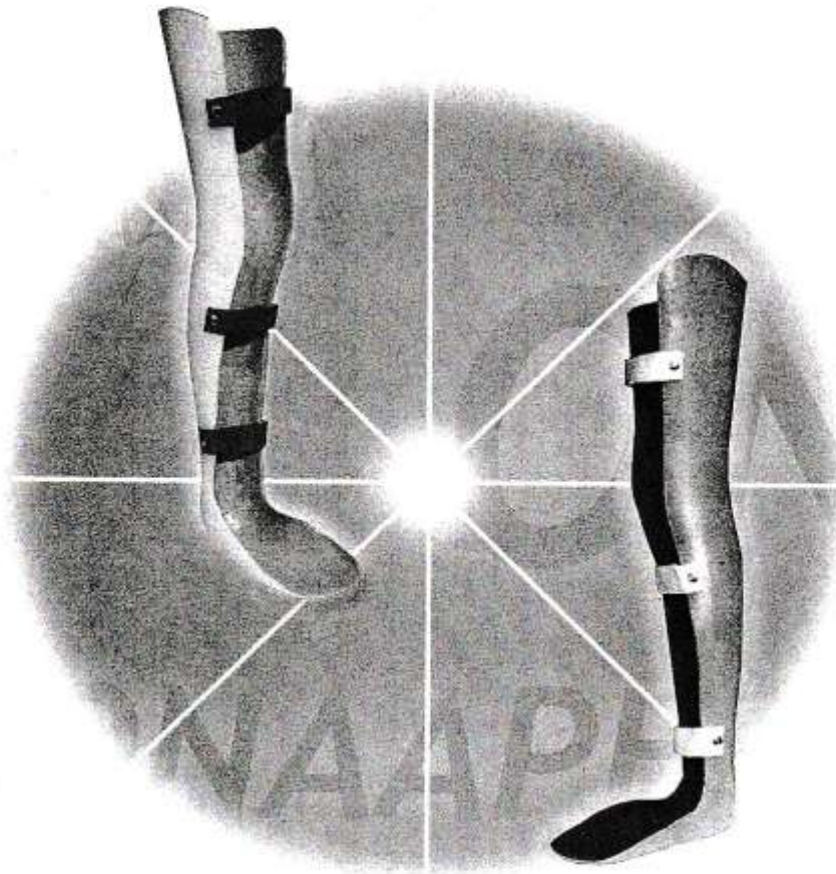
Fax: 213 21 71 90 62



# UNAAPIH

*Appliance Brace For lower limb*

*Attelle Cruro pedieuse*



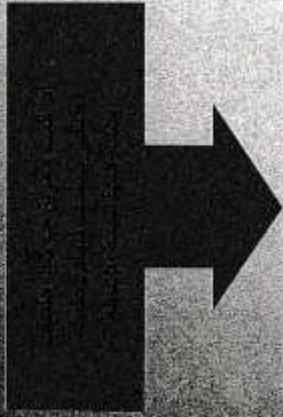
**Direction Générale:**

**Siège Social :** 09, Boulevard Victor Hugo, Alger

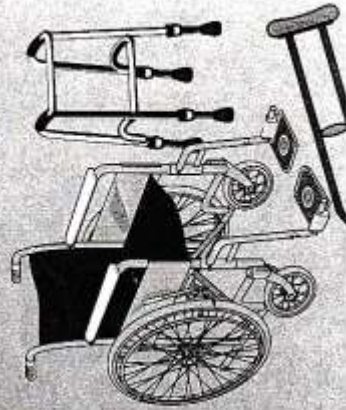
Tél : 213 21 71 80 01- 021 73 46 66

Fax: 213 21 71 90 62

## في حالة أنك غير مؤمن



- 1 - التوجه الى مديرية النشاط الاجتماعي في مقر إقامتك للحصول على بطاقة المعوق و رقم الضمان الاجتماعي
- 2 - التوجه الى الديوان للاستفادة من منوجاتنا تبعاً لنفس المدار المذكور من قبل.



- 3 - الديوان يسلمك في حين تقديم مصحوب بطلب شهادة تكفل

- 4 - التوجه الى صندوق الضمان (الؤمن من طرفه) للحصول على شهادة التكفل مصحوبة بالوثائق التالية:

- شهادة عمل (مسلمة من طرف المستخدم)
- نسخة من الضمان الاجتماعي
- شهادة عائلية تخص الزوجة والأولاد

- 5 - التوجه الى الديوان مصحوب بشهادة التكفل من أجل صنع الجهاز و استلام العتاد المطلوب.

## المساعدات التقنية على المشي

- كرسي متحرك
- كرسي متحرك للأمان
- الحذاء الخرساني
- دراجة ثلاثية المتحرك

## في حالة أنك مؤمن

إذا كنت تملك رقم الضمان الاجتماعي يمكنك الاستفادة من أجهزةنا بما فيه زوجتك وأولادك



## المطلوب منك

- 1 - معاينة طبيب خارجي بوجهك
- 2 - طبيب مختص من الديوان يفحصك ويسلم لك وصفة حسب الاعاقة بمساعدة تقني يحدد نوعية الجهاز .

## منوجات التجهيز التجميري

- بدائل تجبيرية
- أحذية طبية . نعال طبية
- أزرمة وضمادات طبية

## الوحدات الصناعية للغرب

- وهران : شارع شولي الخمرال.
- الهاتف : 041 32 87 83 / 040 22 25 77
- سيدي بلعاس : حي 75، سكن، طريق معسكر.
- الهاتف : 048 56 00 93 / 048 56 71 84
- الشلف : حي النصر، المنطقة 2.
- الهاتف : 027 77 28 49 / 027 77 88 79

## المراكز الصناعية للغرب

- تيارت : 33، نهج بوعلبي بو عبد الله - الهاتف : 046 41 65 12
- تلمسان : 02، نهج محمد الخامس - الهاتف : 043 20 50 20 / 043 20 21 58
- مستغانم : 22، شارع الأخوين محي الدين - الهاتف : 045 21 44 84
- سيدي بلعاس : 02، شارع طاهر التيجاني - الهاتف : 048 55 10 12
- بشار : عمارة م.ج.أ سنيقا - الهاتف : 049 80 07 48 / 049 80 08 45

## الفروع الجوارية للغرب

- سعيدة : 05، شارع عبد الكريم محمان - الهاتف : 045 81 76 70
- معسكر : 02، شارع بن بشير رحمان.
- الهاتف : 045 82 47 00 / 045 82 47 01
- أدرار : حي النصر - الهاتف : 049 96 31 73
- عين تموشنت : 15، شارع راجو كاد - الهاتف : 043 80 72 22
- مغنية : المستشفى القديم لمغنية - الهاتف : 043 31 64 02
- غليزان : مدرسة خميستي سنيقا.
- القروات : المركز الإستانفالي الخامس سنيقا (المستشفى القديم).
- الهاتف : 043 32 82 30
- تيميمينك : حي 100، سكن، طريق المستشفى - الهاتف : 045 47 61 06
- البيض : حي النصر، طريق آلو - الهاتف : 049 71 48 74
- عين الصفراء : حي أمال، عمارة "ب" - الهاتف : 049 76 18 38

## الوحدات الصناعية للشرق

- قسنطينة : حي 1038، سكن، الخروب - الهاتف : 031 96 16 79 / 031 96 22 86
- سطيف : 02، شارع أمدا أغون وسبري عبد المجيد.
- الهاتف : 036 84 16 13 / 036 84 66 40 / 036 91 99 51
- عنابة : حي 8، سكن، معسكر محمد - الهاتف : 038 04 15 22 / 038 04 15 10
- بسكرة : 04، شارع حميدة إبراهيم - الهاتف : 033 73 55 45 / 033 74 06 55

## المراكز الصناعية للشرق

- عنابة : 10، شارع برينليا - الهاتف : 038 84 89 86
- تيسة : من.ص.ب.ا، لينة، طريق عنابة - الهاتف : 037 26 31 11
- قالمة : شارع العريس بن ميهدي - الهاتف : 037 26 31 11
- سوق أهراس : حي 1700، سكن، عمارة 26، مدخل 1 و 2.
- الهاتف : 037 32 02 85 / 037 32 85 67
- جيجن : حي كلوفيا، عمارة "ب" - الهاتف : 034 48 02 49
- باتنة : شارع نفخي علي، حي اسطالول - الهاتف : 033 85 29 26
- مسكندة : حي "سيبا" - الهاتف : 038 70 60 47

## الفروع الجوارية للشرق

- مندراته : حي 80، سكن، سوق أهراس - الهاتف : 037 37 82 91
- القالة : طريق برج علي ناي، المنطقة الصناعية - الهاتف : 030 87 01 87
- خنشلة : طريق مسكندة صيدو. ص.ب.ا - الهاتف : 032 32 31 31
- أريس : دراع الزينون، بلدية أريس - الهاتف : 033 84 59 17
- برج بوعروريج : شارع زلوي محمد - الهاتف : 035 67 48 86 / 035 67 36 83
- قرارم : لمركز التجاري - الهاتف : 031 56 40 23
- أم البواقي : حي 300، سكن، رقم 05 - الهاتف : 032 42 19 41
- الدور بوعنيس : 137، شارع قد. بومنون - الهاتف : 031 82 26 72
- المنصورة : حي 206، سكن - الهاتف : 035 55 35 08
- بومسعدة : نهج سرفان إبراهيم الكرشة - الهاتف : 035 53 27 77

## الوحدات الصناعية للوسط

- الجزائر : طريق الموضين، بن عكول.
- الهاتف : 021 94 53 86 / 021 91 19 39 / 021 91 42 86
- البليدة : نهج عمارة يوسف - الهاتف : 025 41 02 57 / 025 41 03 32
- شري ورو : حي 145، سكن، المدينة الجديدة.
- الهاتف : 026 22 16 59 / 026 21 35 95 / 026 21 71 52
- توفورت : حي الأمير عبد القادر، عمارة 115.
- الهاتف : 029 67 08 80 / 029 67 32 82 / 029 67 27 60

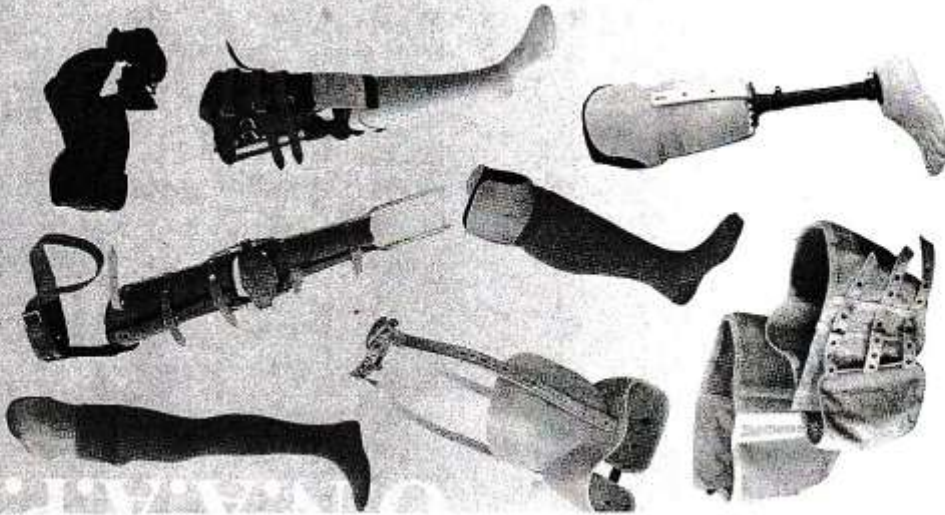
## المراكز الصناعية للوسط

- بجاية : حي طوبال عمارة "كناسات" - الهاتف : 034 22 06 39
- المنية : عين العرج - الهاتف : 025 58 68 38
- شري ورو : شارع سي عبد الله - الهاتف : 026 22 18 39
- البيرزة : شارع العقيد عويوش، قصر الماء - الهاتف : 026 94 28 24
- غرداية : نهج طاهي أحمد - الهاتف : 029 88 30 72
- ورقلة : عمارة الخزينة العمومية سنيقا (قرب المستشفى العسكري)
- الهاتف : 029 76 07 28

## الفروع الجوارية للوسط

- برج منابل : شارع بوري بوعلم - الهاتف : 024 88 79 02
- الجلفة : 1، حي شومان، ص.ب 586 - الهاتف : 027 87 58 03
- آقبو : حي 300/150، عمارة 081 سيدي علي - الهاتف : 034 35 35 59
- الوادي : ساحة للشباب - الهاتف : 032 24 06 45
- الأغواط : حي الوثاب المدينة الجديدة - الهاتف : 029 92 90 48
- بوسماعيل : شارع هوزي إبراهيم - الهاتف : 024 46 10 91
- شرمال : حي 88، سكن - الهاتف : 024 46 76 28
- خميس مليانة : شارع جلي مسلمان - الهاتف : 027 66 77 75
- قصر البخاري : شارع زاوية حميد - الهاتف : 025 83 13 69

بعض المنتجات



Office National d'Appareillage et Accessoires  
pour Personnes handicapées

**O.N.A.A.P.H**



**من أجل حياة أفضل**

**الوكالة الجهوية للغرب**

06 شارع طالب محمد مير مار وهران

الهاتف : 041 40 11 84

الفاكس : 041 40 09 54

**وحدة انتاج القرب**

• وهران: 17 شارع شولي وهران

الهاتف : 041 32 97 93

• سيدي بلعباس: حي 75 مسكن طريق معسكر

الهاتف : 048 56 88 83

• الشلف: حي النصر

الهاتف : 048 56 88 83

الديوان الوطني لأعضاء المعوقين  
الإصطناعية و لواحقها



**ONAAPH**



**كيف تستفيد من أجهزتنا**

**المخلص بالعربية:** مستخلص الدراسة: تهدف الدراسة إلى البحث عن أثر العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقات الحركية، استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي، حيث كانت عينة الدراسة خمس معاقين حركياً، و استخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار سمة القلق لسبيريلجر، واختبار بيك للاكتئاب، واختبار تينسي لمفهوم الذات، واقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي من طرف الباحث، وبعد التطبيق القبلي للإختبارات على مجموعة الدراسة تم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية، وبعدها تم التطبيق البعدي للاختبارات النفسية، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية: للعلاج المعرفي السلوكي أثر في تحسين مفهوم الذات وتخفيض القلق والاكتئاب لذوي الإعاقة الحركية، توجد فروق في نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اختبار مفهوم الذات، واختبار سمة القلق، واختبار الاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، مفهوم الذات، القلق، الاكتئاب، الإعاقة الحركية.

### **Summary:**

The study concludes: The study aims at the effect of cognitive-behavioral therapy in improving self-concept and reducing anxiety and depression for people with motor disabilities, where the researcher used the quasi-experimental approach, where the study sample was 05 physically handicapped, and the researcher used the following tools: Sperbilger's Anxiety Trait Test, and Beck's Test For depression, the Tennessee self-concept test, and a cognitive behavioral treatment program was proposed, and after the pre-tests were applied to the study group, the treatment program was applied to the experimental group, and then the psychological tests were post-application, and the study resulted in the following results. Cognitive-behavioral therapy has an impact on improving self-concept and reducing anxiety and depression for people with motor disabilities. There are differences in the results of the pre- and post-measurement of the experimental group in the self-concept test, the anxiety trait test, and the depression test. There are differences between the results of the experimental and control group in the post-measurement of the concept test. Self, trait anxiety test, and depression test. Keywords: cognitive-behavioral therapy, self-concept, anxiety, depression, motor disability.

### **Résumé:**

Cette étude vise l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale sur l'amélioration du concept de soi et la réduction de l'anxiété et de la dépression chez les personnes à mobilité réduite, où le chercheur a utilisé l'approche quasi expérimentale. Lorsque l'échantillon de l'étude était composé de 05 handicapés à mobilité réduite, le chercheur a utilisé les outils suivants: Test du trait d'anxiété de Sperbilger ; Test de Beck pour la dépression ; Test d'auto-concept de Tensei. Par la suite, on suggère un programme de traitement cognitivo-comportemental, puis. La pré-application des tests sur le groupe d'étude, le programme de rattrapage a été appliqué au groupe expérimental, puis la post-application des tests psychologiques...

L'étude a abouti aux résultats suivants : La thérapie cognitivo-comportementale a eu un effet sur l'amélioration du concept de soi et sur la réduction de l'anxiété et de la dépression chez les personnes à mobilité réduite. Il existe des différences dans les résultats de la mesure pré et post expérimental du groupe chez les personnes -test de concept, le test de trait d'anxiété et le test de dépression. Il existe des différences entre les résultats du groupe expérimental et de contrôle. Post-mesure du test de concept de soi, du test d'anxiété de trait et du test de dépression. Mots-clés : thérapie cognitivo-comportementale, concept de soi, anxiété, dépression, mobilité réduite