



جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستار في علم النفس و علوم التربية

تخصص علاجات نفسية

الموضوع

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من
الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا

إشراف الأستاذة:

- طباس نسيمة

إعداد الطالبة:

- صبيعات عائشة

السنة الجامعية: 2014-2015

الإهداء

إلى روجي التي لم أخذل أملها ووفيت بعهدي لها

إلى من عمرتني بحنانها و أنارت قلبي بفيض دعائها

إليك *أمي*

إلى الذي شقني من أجل أن يفتح لي درب الحياة

إلى من انتظر و أمل في هذا النجاح بفارغ الصبر

إليك *أبي*

إلى الإخوة محمد و ابراهيم ، و إلى أخواتي فاطمة و فوزية و هوارية و سميرة و ابتسام .

إلى زميلاتي حديجة، فردوس، سارة، سهام، عفاف، نجاة.

كما يودى أن أشكر الأخصائيين النفسانيين كل من قويدر خيرة و ليمر فتيحة و

العسري وهيبية و بوجة عمر على مساعدتهم و دعمهم لي.

إلى كل من علمني و دفعني دفعا للجهد طوال مشواري الدراسي.

أهدي عملي هذا

كلمة شكر و تقدير

بقدر العالي الجليل الذي أتم نعمته عليا و كان في عونى حتى وصلت مبلغى في هذا

العمل المتواصل الذي أمل أن يجوز مبلغ الرضا.

و صدقا لقول سيد القول أجمعين عليه أزكى الصلوات و التسليم:

" لا زال الله في عون العبد مادام العبد في عون أخيه "

أتقدم بجزيل الشكر و العرفان إلى كل من كان له فضل عليا و لو بمقدار الذرة.

قريب أو بعيد ، موجها أو مرشدا ، مؤيدا أو مؤنبا.

و نخص بالذكر الأستاذة المشرفة " طراس نسيمه " ، على كل المجموعات التي قدمت لي

طول مدة إنجاز هذا العمل ، إلى اللجنة التي ستقدم بكل تقدير لمناقشة عملي هذا

دون أن أنسى كل عمال المركز النفسي البيداغوجي الأطفال المتطوعين ذمينا بمسرتين .

إلى كل من أحاطني بالرعاية و الإرشاد ، إلى كل أستاذة محمد علم النفس .

و نستسمح ممن لم يرد اسمه حبرا و لكنه خلد في الذكرى .

ملخص البحث:

الكلمات المفتاحية:

العلاج المعرفي السلوكي، الضغوط النفسية، العلاقة بين الأم و الطفل، التخلف الذهني.

سؤال البحث:

تناولت الدراسة موضوع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً، و من خلال هذا تم اقتراح العلاج المستند على النظرية المعرفية و السلوكية، و على هذا الأساس انطلقنا بالتساؤل الآتي:

هل العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً؟

فرضية البحث:

و للإجابة على سؤال البحث قمنا بصياغة الفرضية التالية:

العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً.

منهجية البحث:

لانجاز هذا البحث اعتمدنا على المنهج العيادي، و على دراسة الحالة القائمة على المقابلة العيادية النصف موجهة و الملاحظة العيادية، و القيام بفحص الهيئة العقلية، و تطبيق مقياس هملتون لتقدير مدى القلق، و كذا تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بالإعتماد على تقنية الاسترخاء، التلخص التدريجي من الحساسية، و التحصين التدريجي ضد الضغوط.

عينة البحث:

اقتصر البحث على عينة واحدة، و تمثلت في أم طفل متخلف ذهنياً، و تبين من خلال الدراسة الحالة أنها تعاني من ضغط نفسي.

نتائج البحث:

بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، تبين انخفاض في درجة الضغط النفسي الذي كانت تعاني منه عينة هذه الدراسة، و هذا ما أكدته لنا الاختلاف في نتائج مقياس هملتون لتقدير مدى القلق، و ذلك من خلال تسجيل نقص في درجة القلق لدى الأم بعد تطبيق العلاج، و نستنتج من هذا أن فرضية البحث قد تحققت، و أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً.

و في ضوء هذه النتائج قمنا باقتراح بعض التوصيات.

محتويات البحث

أ	الإهداء	.....
ب	كلمة شكر	.....
ت	ملخص البحث	.....
ث	قائمة المحتويات	.....
ح	مقدمة	.....
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة		
01	تمهيد	.....
02	إشكالية البحث	.....
04	فرضية البحث	.....
04	أهمية البحث	.....
04	أهداف البحث	.....
05	تعريف المفاهيم الإجرائية	.....
الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي		
تمهيد		
07	تاريخ و تطور العلاج المعرفي السلوكي	.....
10	تعريف العلاج المعرفي السلوكي	.....
11	نظريات العلاج المعرفي السلوكي	.....
14	أهداف العلاج المعرفي السلوكي	.....
14	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي	.....
15	خصائص العلاج المعرفي السلوكي	.....
18	إرشادات العلاج المعرفي السلوكي	.....
19	تقنيات العلاج المعرفي السلوكي	.....
23	الرابط العلاجي	.....
خلاصة		
الفصل الثالث: الضغوط النفسية		
تمهيد		
27	لمحة تاريخية حول الضغوط النفسية	.....
27	مفهوم الضغوط النفسية	.....
28	الضغوط النفسية و الدليل التشخيصي الرابع	.....
29	أنواع الضغوط النفسية	.....
30	العوامل المسببة للضغوط النفسية	.....
30	مصادر الضغوط النفسية	.....
31	النظريات المفسرة للضغوط النفسية	.....
خلاصة		

الفصل الرابع: التخلف الذهني

تمهيد

37	تعريف الإعاقة
37	تعريف التخلف الذهني
38	أسباب التخلف الذهني
42	خصائص التخلف الذهني
43	تصنيف التخلف الذهني
44	تشخيص التخلف الذهني
46	اتجاهات الوالدين نحو الأبناء المتخلفين ذهنياً
46	الاستراتيجية الوقائية

خلاصة

الفصل الخامس: العلاقة أم - طفل

تمهيد

50	مفهوم الطفولة
50	مفهوم الأمومة
50	مفهوم التعلق
51	أنواع التعلق
51	النظريات المفسرة للتعلق
52	العلاقة (أم - طفل)
53	تأثير إعاقة الطفل على أمه
54	حاجات الطفل المتخلف ذهنياً

خلاصة

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية

57	تعريف منهج البحث
57	تعريف المنهج العيادي
58	أدوات المنهج العيادي
59	إختبار فحص الهيئة العقلية
61	إختبار هملتون لتقدير مدى القلق
63	التقنيات العلاجية المستعملة
64	التعريف بمكان الدراسة

الفصل السابع: تقديم الحالة

66	التقرير السيكولوجي للحالة
73	التكفل النفسي عن طريق العلاج المعرفي السلوكي
80	تقييم مراحل العلاج بتطبيق مقياس هملتون لتقدير القلق
82	حوصلة عن الحالة

الفصل الثامن: عرض نتائج البحث

83	مناقشة نتائج و فرضية البحث
85	الإقتراحات
86	الخاتمة

قائمة المراجع
الملاحق

المقدمة:

تعد ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في كافة المجتمعات، و إن كان ذلك بدرجات متفاوتة، و يحدد هذا التفاوت عدة عوامل من بين أهمها، طبيعة المجتمعات و درجة تحضرها، و ما يفرضه ذلك من شدة التفاعل و الاعتماد المتبادل بين الأفراد و شدة الصراع، و كذلك سرعة معدل التغيير في تلك المجتمعات و ما تفرضه على نمط الحياة، لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحديث بعصر الضغوط، و بالتالي أصبحت الضغوط النفسية هي سمة العصر، و أخذت منظر طبيعي من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه، و بدأت تمتد انعكاساتها لأجيال عديدة، لأنها في حقيقة تصيب الفرد و المجتمع لفترات زمنية طويلة و على كل جوانب الحياة السلوكية و المعرفية و الانفعالية و الجسمية، و قد حظيت الضغوط الناتجة عن الإعاقة اهتمام العديد من الباحثين، فولادة طفل في الأسرة يعد حدثاً، و لكن ولادته متخلف ذهنياً يعتبر صدمة بالنسبة للأسرة عامة و الأم خاصة لأنه بقدمه سيخلق مشكلات عاطفية، نفسية و اجتماعية، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أن وجود طفل معاق في الأسرة يؤثر على صحة الوالدين النفسية و الجسمية خاصة الأم، و من بين الآثار النفسية التي حظيت اهتمام الباحثين هي الضغط النفسي، و ذلك بسبب شعور الأم بالقلق و الإحباط، كون هذا الطفل بدون مستقبل، كما قد يتولد على هذه الصدمة سلوكيات قائمة على الشعور بالذنب و الجرح النرجسي، و الجدير بالاهتمام هو أنه يجب أن يكون لأمهات هؤلاء الأطفال نصيباً من الاهتمام كونهم يواجهون مجموعة من المشكلات و الصراعات و الضغوط النفسية من جراء تربيتهم لطفل معاق، و الذي لاحظناه أن هناك مراكز للتكفل و تأهيل هذه الفئة من الأطفال، و لكن لا تهتم بالتكفل بأمهاتهم باعتبارهم الأكثر تعرضاً للضغط و القلق، و هذا ما دفع العديد من الباحثين و المختصين في علم النفس إلى البحث عن سبل علاجية مناسبة لمساعدة أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً على التخفيف من الضغوط النفسية التي يعيشونها، و كذلك من خلال ملاحظتي أثناء قيامي بعملية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنياً بمسرغين كأخصائية نفسانية، تبين لي أن أمهات هذه الفئة يعيشون معاناة و الضغوط نفسية تؤثر بشكل كبير على نفسيتهن، و هذا ما دفعني إلى تبني العلاج المعرفي السلوكي مع هذه الفئة، و ذلك لما حققه من نجاح في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، و هذا ما سنثبته من خلال هذه الدراسة لمعرفة مدى فعالية هذا العلاج في التخفيف من الضغط النفسي لدى أم الطفل المتخلف ذهنياً.

و لكي نوفي الموضوع حقه اشتمل بحثنا على جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي.

جانب نظري: ويحتوي على خمسة فصول:

- الفصل الأول: يتضمن الدراسات السابقة، سؤال و فرضية البحث، أهمية و أهداف البحث، و تعريف المفاهيم الإجرائية.

- الفصل الثاني: خصصناه للعلاج المعرفي السلوكي.

- الفصل الثالث: يتضمن الضغوط النفسية.

- الفصل الرابع: يحتوي على التخلف الذهني.

- الفصل الخامس: يتضمن علاقة الطفل بأمه.

أما الجانب التطبيقي فيحتوي على ثلاث فصول:

- الفصل السادس: يتمثل في منهجية البحث.

- الفصل السابع: ويتضمن تقديم الحالة و تطبيق الاختبار و نتائجه قبل و بعد العلاج المعرفي السلوكي.

- الفصل الثامن: مناقشة فرضية البحث في ضوء نتائج الدراسة و الدراسات السابقة.

كما ارفقنا البحث بخاتمة و مجموعة من الاقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإجراءات المنهجية

سيتم التطرق في هذا الفصل الى تحديد مشكلة البحث و فرضيته، و كذلك التطرق الى اهداف و اهمية الموضوع الذي نحن بصدد دراسته مع عرض التعاريف الاجرائية لمفاهيم البحث و الدراسات السابقة.

إشكالية البحث:

إن ميلاد طفل جديد يجلب معه تغيرات في تركيب الاسرة و يضيف المزيد من المسؤوليات الملقاة على عاتق الوالدين، و من الطبيعي أن يتوقع الوالدين قدوم طفل سليم و معافى و يحلمان بشكله و يخططان حتى قبل قدومه لمستقبله و كيف سيكون، و يبدو أن هذه العملية تتطور بشكل تلقائي في حالة مجيء طفل يتمتع بصحة جسمية و عقلية سوية في حين تتدهور صورة "الوليد المثالي" عندما يأتي الطفل بإعاقه ما سواء كانت وراثية أو مكتسبة، فوجود طفل معاق ذهنيا في الأسرة يشكل مشكلة بالنسبة للوالدين خاصة الأم لأنها هي التي تسمح لطفلها المعاق بإكساب مختلف المهارات الضرورية له و تنمية قدراته و تدريبه على السلوك التكيفي و لكن لا يمكن ذلك اذا كانت إعاقه الطفل تؤثر على نفسية الوالدين خاصة الأم و ما تخلقه لها من ضغوطات نفسية خاصة عندما يتعلق الأمر برعاية طفل معاق ذهنيا.

حيث أشارت نتائج دراسات **Behle·Wolfe·Johnston·Eric** و اخرون أن الاطفال المعاقين يشكلون خطرا و ضغطا و قلقا مرتفعا لدى أمهاتهم و أن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للإكتئاب و لديهن مشكلات إنفعالية و تعانين من درجة عالية من الضغوط النفسية و أن إعاقه أطفالهم يكون لها نتائج عكسية على سعادة الوالدين حول مطالب الإعاقة و الرعاية الخاصة و القلق بشأن مستقبل الطفل المعاق.

كما بينت الدراسة التي قام **ميلز 1986** أن السلوك المشكل الذي يمارسه الطفل المعاق يشكل ضغطا كبيرا على الوالدين و تختلف درجة الضغط النفسي من أسرة لأخرى حسب شعور هذه الأسرة بدرجة الإعاقة، كما أنه اثبتت دراسات أخرى الى أن وجود طفل معاق في الأسرة يؤثر على الصحة النفسية و الجسمية للوالدين من خلال تأثيره على معنى و نوعية الحياة و من هذه الآثار النفسية في أوضاع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة هو الضغط النفسي.

وقد اثمرت الدراسات التي اهتمت بالضغوط النفسية الوالدية محاولات منظمة لتقديم تدخلات علاجية نفسية و خدمات اجتماعية مصممة لأسر الأطفال المعاقين و كانت التدخلات العلاجية مستندة على العلاج المعرفي السلوكي الذي لقي انتشارا واسعا في صفوف المعالجين المهتمين بالتكفل بأسر الاطفال المعاقين، و من الدراسات المتعلقة بهذا الجانب الدراسة التي قام بها **الدهيمات سنة 2008** على عينة مكونة من **36** أم لأطفال معاقين يعانون من الضغوطات و قام بتطبيق عليهم برنامج علاجي سلوكي معرفي و قد أشارت نتائج الدراسة الى انخفاض درجة الضغط النفسي التي تعاني منها أمهات هذه الفئة الخاصة.

و قد قام الباحث بن جابر سنة **2008** بدراسة لفحص فاعلية برنامج علاجي مستند على النظرية المعرفية و النظرية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين، و قد اشتمل البرنامج على تعليم مهارات حل المشكلات و الاسترخاء و التحصين ضد الضغوط و مهارات إعادة البناء، و قد تألفت العينة من **30** أما ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس

الضغوط النفسية و التي قام بتقسيمهن عشوائيا إلى مجموعتين إحداهما تجريبية و التي تلقت البرنامج العلاجي و الأخرى ضابطة لم تتلقى البرنامج العلاجي، و أظهرت النتائج الى أن هناك فاعلية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض من الضغوط النفسية لدى أمهات هذه الفئة من الأطفال(منصور غيث، رمضان مصري، 2011، ص305).

من جانب اخر قام الباحث معالي سنة 2003 بتصميم دراسة تجريبية للتعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية و تحسين مستوى التكيف لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين بلغ عددهم 60 أما و قام بتقسيمهن الى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين الأولى طبق عليها مهارة التحصين التدريجي ضد الضغوط و الثانية تلقت مهارة حل المشكلات و المجموعة الثالثة الضابطة لم تتلقى اي مهارة ، و قد أظهرت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية للبرنامجين التدريبيين على مهارتي التحصين ضد الضغوط و حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الثالثة الضابطة التي لم تتلقى أي مهارة علاجية(منصور غيث، رمضان مصري، 2011، ص306).

و مختلف الدراسات التي أجريت حول الضغط النفسي لدى امهات الأطفال المتخلفين ذهنيا تؤكد أن أمهات هذه الفئة يستخدمون مجموعة من السلوكيات و المعارف من بينها الرفض، حيث أظهرت دراسة **1970 wachter** التي تهدف لمعرفة ردود أفعال الاباء و الأمهات نحو إنجابهم لطفل معاق، إن أكر ما ميز هذه الردود هو مشاعر القلق، الخجل، الشعور بالذنب، و الانسحاب و هذا ما يسبب اضطراب نفسي لأولياء هذه الفئة الخاصة.

ويتضح لنا من الدراسات السابقة أن اولياء الأطفال المتخلفين ذهنيا خاصة الامهات يعيشون ضغوطات نفسية و مشاكل انفعالية متعددة فهن بحاجة الى مساعدة و مساندة للتوافق و التخفيف من هذه الضغوط النفسية و ذلك بالاعتماد على برنامج علاجي معرفي سلوكي لمدى فاعلية هذا النوع من العلاج و ما حققه من نتائج ايجابية واضحة في العديد من الدراسات السابقة و هذا ما دفعنا الى اتخاده أساسا في الدراسة الحالية المقدمة لأمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا.

و انطلاقا مما سبق نطرح التساؤل الاتي:

هل العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا؟

فرضية البحث:

ومن خلال التساؤل السابق يمكن لنا صياغة الفرضية التالية:

العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تتناول دراسة فئة من أفراد المجتمع و هي أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً، مع إلقاء الضوء حالتهم النفسية و ما يتعرضن له من ضغوطات نفسية في تربيتهن لطفل معاق، واهتمينا كذلك بهذه الموضوع و لنقص الدراسات حوله و ذلك حسب تطلعاتنا النظرية فأغلب الدراسات السابقة تهتم بالتكفل بالطفل المعاق و تهمل الكفل بأولياهم خاصة الأم باعتبارها العنصر الأثر عرضة للضغط و المشكلات الانفعالية، و كذلك جاءت للتطرق إلى مختلف الجوانب المتعلقة بالطفل المعاق و علاقته بأمه.

أهداف الدراسة:

قمنا باختيار هذا الموضوع بهدف الكشف عن طبيعة الضغوطات النفسية التي تعاني منها أمهات الاطفال المتخلفين ذهنياً و مدى تأثيرها على الطفل المعاق و اسرته، كذلك بهدف إختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي فعالية العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقليا على تعلم اتجاهات إيجابية من خلال تغيير نظرتهم السلبية حول إعاقة أطفالهن و التخفيف من الضغوطات النفسية التي يتعرضن لها من خلال تربيتهن لأطفال معاقين، كما جاءت هذه الدراسة لتزويد أمهات هذه الفئة الخاصة باستراتيجيات تكيفية و صحية تساعدن على التوافق مع إعاقة أطفالهن و التكفل بهم.

تعريف المفاهيم الإجرائية:

1- العلاج المعرفي السلوكي: هو نوع من العلاجات النفسية يدمج بين فنيات العلاج السلوكي و العلاج المعرفي، و يعمل على علاج مختلف الأمراض النفسية من خلال تحديد السلوك المضطرب المتعلم، و الأفكار و الآراء و المعتقدات اللامنطقية و دراستها من أجل تعديلها بأفكار منطقية و واقعية و بالتالي تعديل السلوك المضطرب الى سلوك سوي.

2- الضغوط النفسية: هي مجموعة العوامل الضاغطة الداخلية و الخارجية التي تتعرض فيها أم الطفل المتخلف ذهنياً لتوترات و قلق و ضيق و لا تستطيع مواجهة تلك الضغوط مما يؤثر على استقرارها النفسي بشكل عام.

3- الأمومة: هي علاقة بيولوجية و نفسية بين الأم و طفلها.

4- التخلف الذهني: هو انخفاض في الأداء الذهني للطفل عن المتوسط، و يكون مصحوب بقصور في السلوك التكيفي في المجالات التي ترتبط بالنضج و التعلم و التكيف الاجتماعي و فقدان الاستقلالية في أداء النشاطات اليومية.

5- الطفل المتخلف ذهنياً: هو ذلك الطفل الذي لديه ضعف في قدرة الذكاء مقارنة مع الأطفال العاديين في سنه.

الفصل الثاني

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من بين العلاجات المتميزة التي أثبتت فعالية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، وذلك لاستناده على النظريتين المعرفية و السلوكية، و يأتي تخصيص فصل خاص به في هذا البحث ، وذلك من أجل إبراز ماهيته، مبادئه، و كل الجوانب الأساسية المتعلقة به بما في أهم تقنياته العلاجية.

1- تاريخ و تطور العلاج المعرفي السلوكي: في بداية القرن 20 ، كان الاشتراك الذي وصفه **Ivan Pavlov** كقانون التّعلم صدى كبير فإذا أخذنا متنبها غير شرطي (الضوء ، مثلا) و جعلنا كمنبه لـ كلب قبل إعطائه الطعام بحيث ذكرت العملية عدّة مرات، فإن الكلب سيستخلص إلى أنّ لعابه سيسيل بمجرد تنبيهه بالضوء، حدثت هنا عملية إشرط (تعلم) لكن إذا نبّه الكلب عدة مرّات أخرى دون تقديم الطّعام فإن سيلان اللّعاب سيختفي (الانطفاء) و بالتالي (إزالة الاشرط) برز العلاج السلوكي عن طريق اعمال جوزيف وولبي في جوهنسبورغ بجنوب افريقيا 1953 وقد استخدمت فيها اساسا اساليب بافلوف 1902 حول الاشرط الكلاسيكي و تفسير التعلم بالاشراط و ازالة العصاب التجريبي في الحيوان و قد ظهر منها اسلوب "التخلص التدريجي من الحساسية" انطلاقا من هذا المبدأ استعمل " جون واطسون " سنة 1920 قانون الاشرط لإحداث خوف مرضي **phobie** عياديا لدى طفل (**Louis p. vera ;p59**). ايضا التجربة الكلاسيكية التي قام بها مع راينر حول الطفل "البرت" لتوضيح ان المخاوف متعلمة و ليست شرطية و بهذا اخترلت سلوكية واطسون حول منبه و استجابة.(لويس كامل مليكة، ص10،14)

استعملت ماري **كوفر جونز** سنة 1924 أوّل تجربة علاجية سلوكية حيث عرضت أطفالا تدريجيا إلى موضوع خوفهم المشير مع مكافأتهم حين ذلك، مع تمكينهم من رؤية أطفال آخرين عرضوا لنفس المسير (المثير) موضوع الخوف، و لم يظهر عليهم أي خوف أو قلق.

Walpe نظر مبدا النواب حيث التعويض الموضوع المثير للخوف في سنة 1952، و في سنة 1953، بيّن **Solomon** فكرة أنّه إذا كان التعويض للمثير المخيف تدريجيا و أطول من مرّة حين لآخر فإنّ الخوف سيختفي تدريجيا.

و في سنة 1953 وضع **Skinner** قانون الاشرط الإجرائي و جعله من بين أعماله الأهمّ موضحا كيف أنّ الأفراد يختارون سلوكياتهم و تصرفاتهم للانتقاء للإيجابية منها.

- طوّر **Albert Elis** انطلقا من سنة 1953 العلاج العقلاني الانفعالي.

- ثم في سنة 1959 كانت هناك بوادر للعلاج المعرفي أرون بيك المحلّل النفسي، اهتم بدراسة الاكتئاب و طوّر علاجا خاصا بتهم بالأفكار الأوتوماتيكية و الحوارات الداخلية

. Monologue internes

حيث بدا الاهتمام بهذا الاتجاه العلاجي في العقد السابع من هذا القرن و لم يكن هذا وليد الصدفة و لكنه كان بمثابة تصديق لفكر الرواقيين الذين ذكروا ان الافراد يضطربون بسبب الاحداث ما يرتبط بهذه الاحداث من افكار، و تفترض النظرية المعرفية انه من الممكن احداث تغييرات في افكار و اعتقادات المريض (**IVIER, P169**)

و يشتمل هذا العلاج مناهج عديدة اشهرها منهج بيك الذي تكلمنا عنه سابقا و سوف نتطرق الى ذكر نظريته فيما بعد و منهج البرت اليس 1962 حول العلاج العقلاني الانفعالي و منهج باندورا من خلال نظرية التعلم الاجتماعي، و منهج ميكينبوم 1966 حول تعديل السلوك المعرفي و الذي اشتهر بطريقة التحصين ضد الضغوط النفسية و التي اصبحت من اهم طرق العلاج المعرفي السلوكي المعمول بها لحد الان ، و في السبعينات بدا هذا التوجه العلاجي في الانتشار في جميع انحاء العالم و انشئت جمعيات تهتم به مثل الجمعية الفرنسية للعلاج المعرفي السلوكي سنة 1972.

AFTCC

و في التسعينات ظهرت الجمعية الفرونكوفونية للتكوين والبحث في العلاج المعرفي السلوكي سنة 1994 اطلق عليها اسم **AFFORTHECC** .

- في سنة 1961 وضع **Albert Bandera** التقليد كمبدأ للتعلم، و ذلك بوضع تجربة عرض فيها أطفالا يبلغون عامين و نصف من العمر يعبثون بدمى فلاحظ أنّ الأطفال بدورهم سيقلدون الفعل (**Micheal Hamsenne , P151 ;152**)

- سنة 1965: **إيلون و أزرين** وصفا العلاج المعتمد على القطع **Jetons** كمكافأة مع أشخاص فصاميين، هذه التقنية سمحت بتعلم هؤلاء الأشخاص القيام بمهام بسيطة كارتداء ملابسهم أو تنظيم غرفهم (**Gilles trudel ;P17 ;18**)

منذ بداية الثمانينات و بعد رواج النموذج العلاجي المعرفي المستخدم لعلاج الاكتئاب (**Isebel vacescon P151**).

تبنى بعض المفاهيم نموذجا يعاني للعلاج السلوكي إذ يتعلق الأمر بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يجمع بين التقنيات السلوكية و المعرفية في نموذج واحد هدفه مساعدة الأشخاص المضطربين على تغيير السلوكات الغير مرغوبة بالعمل على تعديل الأفكار و الاعتقادات الخاطئة على اعتبار أنّ هذه الأخيرة هي مصدر لكل سلوك مرضي أو مضطرب.

و يرى **بيك** أن الشخصية تتكون من أبنية معرفية تشمل على المعلومات و المعتقدات و المفاهيم و الافتراضات و الصيغ الأساسية لدى الفرد ، و التي يكتسبها خلال مراحل النمو، و يسلم بأن الأمزجة النفسية و المشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف معرفة و لا عقلانية، فالمريض يستحدث رأيا عن نفسه و عن العالم و عن الماضي و الحاضر و المستقبل، و يكون عقله مغمورا بمعارف سالبة و مقدمات خاطئة، و ينزع إلى الخبرات الخيالية المشوهة، و يبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية، كما يرى **بيك** أن الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات النفسية، كما يرى بيك أن الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية و تؤثر على إدراكات الفرد و تفسيراته للأشياء، و من المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية.

ويرى **بيك** إن العلاج المعرفي والسلوكي يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة و تفسيراته لها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، و يستند على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات

(العمليات العقلية) الذي يرى انه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد اكثر جمودا و اكثر تشويها، و تصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه و العالم من حوله محددة بدرجة كبيرة، و يمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذه الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفعالية و التنظيم، كما يتحدد بوقت معين، وهي عملية تتسم بالتعاون بين المعالج و المريض من اجل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف و التوافق، و نماذج تخيلاته و تفكيره و فحصها و التواصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فعالية .

المصادر الاساسية لنظرية بيك:

يذكر بيك ان الاساس النظري في العلاج المعرفي كما صاغه مستمد من ثلاثة مصادر اساسية وهي:

- المنهج الظاهري او المدخل الظاهري الذي يقول ان الفرد لنفسه ولعامه هي منطلق سلوكي تعد محور السلوك، وهي فكرة بدأت مع الفلاسفة الاغريق ووجدت اصداء معاصرة لها في كتابات ادلر و رانك.

- المصدر الثاني هو اسهامات علم نفس الاعماق ، او النظرية البنائية، وخصوصا نظريه فرويد التركيبية، والتي اسهمت في عملية البناء المعرفي وقد قسمت الى عمليات الية، وعمليات ثانوية في صياغة نظرية العلاج المعرفي.

- اسهامات علم النفس المعرفي فالتطورات الحديثة في علم النفس المعرفي لها اثر كبير في حداثة هذا العلم، ويعود هذا الفضل الى جورج كيلي 1955 ، بإسهاماته المتعددة ويعتبر اول المعاصرين الذين اثروا في هذا المجال بكتابات عن التصورات الشخصية بوصفها محدد للسلوك و تشديده على دور المعتقدات في تغير السلوك، وكذلك ساهمت النظريات المعرفية للانفعال مثل نظرية ماجدا ارنولد 1960، وريتشارد لازاروس 1984 التي تؤكد على أهمية المعرفة في التغيير الانفعالي و السلوكي إلى النظرية المعرفية.

مما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الانفعالات والسلوك معا، وان الاضطرابات النفسية إنما تتبع من الاضطراب حالات التفكير، وقد وضع بيك الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على تأثير الأفكار في الانفعالات و السلوكيات، و يهدف إلى إقناع العميل بان معتقداته غير منطقية وان توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هي إرجاع لسوء التكيف الذي يعيشه العميل ، ويهدف العلاج إلى تعديل الإدراك المشوه لدى العميل وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملائمة ، مما يؤدي إلى تغيرات معرفية و سلوكية و انفعالية لدى العميل كما يهدف إلى المساعدة على نمو و تطور مهارات التحكم الذاتي ، ويعكس استراتيجيات حل المشكلات، وللعلاج المعرفي السلوكي أساليب متعددة أهمها التحكم الذاتي و التدريب على المهارات حل المشكلات، والتعبير اللفظي عن الذات، و فنيات إعادة البناء المعرفي (د.حامد بن احمد ضيف الله، 2013، ص 156، 157)

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي : لمعرفة هذا العلاج تعريف دقيق يجب ان نعرف معنى الكلمتين سلوك و معرفة:

سلوك : هو مجموعة الافكار التي يؤدي بها الفرد افعاله و تصرفاته المختلفة في اوضاع معينة و بصفة خاصة.

تعني الافعال و ردود الافعال التي يقوم بها الفرد كاستجابة لمنبه او مثير خارجي او داخلي.

المعرفة : تعني مجمل افعال و مسارات المعرفة و مجمل التأويلات التي يكتسب من خلالها الجسم معلومة معينة.

هو طريقة من العلاج النفسي تدرج من في اطار النظرية السلوكية و تقوم على قوانين التعلم و مبادئ خاصة منها قوانين الاشرط التي تهدف الى تعويض الاتجاهات غير المناسبة بأخرى اكثر تكيفا(د، عبد المجيد سامي: 1998،ص).

*هو اسلوب علاجي يستخدم مبادئ و قوانين السلوك و نظريات التعلم في العلاج النفسي و هو محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع مل يمكن و ذلك بضبط و تعديل السلوك المرضي و تنمية السلوك الارادي السوي لدى الفرد(حامد عبد السلام زهران:ص237).

هو ا حد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تحديد و تقييم و تتابع السلوك، و يركز على تطور و تكيف السلوك، وأيضا نتيجة السلوك غير التكيفي من خلال هذا المدخل العلاجي،

يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل الفلق و الاكتئاب و العدوان و غيرها من الاضطرابات، و يستخدم في تعديل السلوك كل الأشخاص ويشمل ذلك الأطفال و المراهقين و الكبار.

هو استراتيجية تصلح لتعديل سلوك الفرد الذي يحمل مشكلات، ويؤكد على تحليل الفرد و التحكم فيه .

3- نظريات العلاج السلوكي المعرفي: يعتبر العلاج السلوكي المعرفي علاجا حديثا نسبيا إذا ما قارناه ببعض الطرق العلاجية الأخرى كالعلاج التحليلي الديناميكي، وهو في الحقيقة عبارة عن مزيج بين نظريتين في علم النفس، وهما:

أ. النظرية السلوكية : بدأت النظرية السلوكية في علم النفس بالبروز في فترة الستينات و بداية السبعينات كمنهج نظامي شامل في العلاج، وذلك في ثلاثة مواقع هي:(د. محمد محروس الشناوي،ص213)

1. أعمال "جوزيف فولبي" في جوهانسبرغ بجنوب أفريقيا، التي استخدم فيها أفكار عالم النفس الروسي "بافلوف" عن المنعكس الشرطي التي استقاها من تجاربه على الكلاب.
2. أعمال "أيزنك" و"شابيرو" بمعهد الطب النفسي في لندن، اللذين استخدموا المنهج التجريبي لفهم و علاج المريض باستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة في العلاج.
3. أعمال "سكينر" في جامعة هارفارد بالولايات المتحدة، والتي تناول فيها الإجراء الاشرطي، وقد قام كذلك بالتعاون مع لنذلي بصياغة مصطلح (العلاج السلوكي) في

بداية الخمسينيات وذلك في محاولتهما تعديل السلوك الذهاني، لكن هذا المصطلح قد استخدم بصورة مستقلة فيما بعد من طرف لازاروس وأيزنك.

وبشكل عام كان جل هؤلاء العلماء وغيرهم كـ "واطسون" و "باندورا" بالذات، يمحورون دراساتهم وبينونها على مصطلح (التعلم) عن طريق الإثارة والاستجابة، التي تعتبر لب النظرية السلوكية.

وقد ازدهرت المدرسة السلوكية بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية على يد "واطسون" و "سكينر"، وكانت كرد فعل أولي على المدرسة التحليلية الفرويدية الكلاسيكية، التي كانت على حسب السلوكيين عبارة عن أفكار ذات طابع فلسفي أكثر منه علمي، فاختلّفوا مع كتابات فرويد في تفسيرهم للاضطرابات النفسية، على أنها عبارة عن سلوكيات خاطئة تم اكتسابها عن طريق المريض، ولعلاجها لا بد من تعليمه السلوكيات الصحيحة المعاكسة لها، متناسين بشكل كبير دور الجانب اللاشعوري الذي دعى إليه التحليليون. **الأسس النظرية للعلاج السلوكي:**

تعتبر النظرية السلوكية ان السلوك الانساني ما هو الا مجموعة من العادات تعلمها الفرد او اكتسبها اثناء مراحل نموه المختلفة و تتحكم في تكوينها قوانين الدماغ فالاضطرابات السلوكية حسب هذه النظرية عبارة عن سلوك مكتسب يتم تعلمه من خلال عملية الاشراف (محمد محروس الشناوي، 1998، ص213)، كما يركز هذا النوع من العلاج على الاطار النظري الذي وضعه بافلوف حول التعلم الشرطي و يتمثل منهجه في تجربته التي وضعها لتدريب الكلاب على افراز اللعاب (استجابة شرطية) عند سماع رنة الجرس (منبه شرطي) و تبعا لهذا استخلص بافلوف ان تكوين الافعال المنعكسة يتأثر بالجوانب البنيوية للكائن العضوي و كان يرى ان في استثارة القشرة المخية و في كفها و في التغيرات الاخرى و في عمليات المخ احداث رئيسية تكمن وراء الاضطرابات السلوكية.

دون ان ننسى ما قدمه كل من سكينر و ثوروندايك و كلارك هل و وولبي في تطور النظرية السلوكية. و ينتمي العلاج السلوكي الى النظرية السلوكية للشخصية و التي تقول ان الفرد في نموه يكتسب السلوك السوي و المرضي عن طريق التعلم. و من اهم نظريات التعلم التي يركز عليها العلاج السلوكي نظرية التعلم الشرطي و من مفاهيمها :

الاشراف الكلاسيكي : و فيه يكون تتابع الاحداث مرتبا بحيث يكون المثير مقترنا او سابقا للمثير غير الشرطي الذي يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية و من امثلة التجارب الكلاسيكية تجارب بافلوف في التعلم الشرطي على الكلاب و تجارب واطسون و ماري جونز على الطفل البرت في علاج حالة الفوبيا و التي توصل من خلالها الى مبادئ هامة و مفيدة للعلاج السلوكي (د. احمد حامد الغامدي، 2010، ص17).

الاشراف الاجرائي : و يهتم بالتركيز على التعزيز الاستجابة حيث يضبط سلوك الفرد (حدوث او عدم حدوث المثيرات) و التي تعرف باسم المعززات الموجبة او المعززات السالبة و في هذا النوع من الاشراف تبرز اربع عمليات اشراط : الثواب ، التجنب ، الحذف ، و العقاب و يعتمد التصنيف على ما اذا كان سلوك الفرد يؤدي الى تعزيز موجب او يتجنب تعزيز سالب

ب - العلاج المعرفي: يهدف هذا العلاج الى تغيير الاحساسات والسلوكات عبر تغيير طريقة التفكير عند الفرد بخصوص تجاربه الحية والافتراض الاساس الذي ينطلق منه في رؤية انصار هذا العلاج للسلوكات غير سوية وللمشاعر المحزنة بانها تبدأ مع بدا المشكلة التفكير, يرى العلاج المعرفي ان الافكار والاعتقادات السالبة هي مصدر السلوكات المضطربة و لذلك فهده هو تغيير هذه السلوكات ويكون ذلك عن طريق تغيير طريقة التفكير. يرى انصار هذا العلاج ان السلوكات المرضية تكتسب بنفس الطريقة التي تكتسب بها السلوكات السوية اي بفضل سياق التعلم الذي يعتمد على مبادئ الاشراف والتعلم معا وهم يرون ان بالإمكان فهم السلوكات الغير سوية كافة ومن تم تحويلها وتعديل السلوك يحدد كمحاولة لإجراء التعلم او لتطبيق مبادئ سيكولوجية تجريبية اخرى بهدف معالجة المشاكل السلوكية وهي مبادئ التعلم لرفع او زيادة توتر السلوك الغير مرغوب فيه (د.كريستين ناصر، ص81).

تعريف العلاج المعرفي:

يعرفه ارون بيك انه طريقة بنائية مركبة و محدودة الزمن ذات اثر توجيهي فعال يتم استخدامها في بعض الاضطرابات النفسية.

و يعرفه بيبلاك على انه علاج يقوم على تعليم المرضى ان يقيموا افكارهم و تخيلاتهم و خاصة تلك التي ترتبط بالأحداث و السلوكيات المضطربة و تعليمهم كيف يصححوا ما لديهم من افكار خاطئة و تشويهات فكرية.

و على هذا الاساس يمكن تعريف العلاج المعرفي السلوكي على انه اتجاه علاجي يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة و بين العلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات كما يعمد الى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من الاتجاه المعرفي و الانفعالي و السلوكي مستخدما العديد من الفنيات السلوكية بهدف احداث تغييرات في سلوك الفرد.

كانت أكبر الانتقادات التي وجهت إلى الطريقة السلوكية في تفسير و علاج الاضطرابات النفسية هي اعتبارها ان إنسان عبارة عن آلة تستثار ثم تستجيب، متناسين أنه يملك عقلا ومشاعر يكون بها نظرتة وتفسيره الخاص للعالم المحيط به، لذا فقد ظهر تيار علاجي مغاير للنظرة السلوكية البحتة للإنسان، والذي سمي فيما بعد بالتيار المعرفي والذي كان يولي معظم الاهتمام لما يجري داخل كيان الفرد، مستخدما لمفاهيم كالتفكير والذكاء والإدراك والانتباه والتخيل والذاكرة وغيرها من المفاهيم والمصطلحات المشابهة والتي تطلق على النشاطات العديدة التي يقوم بها العقل البشري.

ويعد كل من "ألبرت إليس" و "بيك" الرائدان البارزين في العلاج المعرفي حيث أن كل منهما تدرب على الطريقة العلاجية التحليلية وعالج بها مرضاه، لكن كثرة سلبيات هذا العلاج دفع كلا من هذين العالمين إلى البحث عن طرق حديثة وأنجع من التحليل النفسي لمداواة المرضى، مما دفعهما بشكل مستقل إلى أن يجربا العلاج السلوكي في بادئ الأمر، مما جعل بيك يرى أن التحسن الملحوظ الذي يطرأ على الشخص بعد خضوعه للعلاج السلوكي، ليس سببه السلوكات المكتسبة الخارجية فحسب، بل هو في الحقيقة تحسن تسببه التغيرات المعرفية المرافقة لتلك السلوكات التي يقوم المعالج بإكسابها للمتعالج.

وبعد سلسلة من الدراسات والأبحاث التي استمرت عدة سنوات، قام "ألبرت إيس" هو الآخر بوضع الأساس لنظريته: (نظرية العلاج العقلاني الانفعالي)، والتي كانت بمثابة النظرية الأولى في العلاج المعرفي السلوكي.

4- اهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يرى رواد هذا الاتجاه ان الاضطرابات السلوكية تنشأ نتيجة الافكار و المعارف اللامنطقية المرتبطة بها و التي تعتبر عوامل مؤثرة في السلوك وان تغير السلوك يتطلب تغيير في الافكار و المعتقدات لذلك تتمثل اهداف هذا العلاج في :

- تغيير في الافكار اللامنطقية وبالتالي تغيير في السلوك المضطرب.
- مساعدة الافحوص على ان يكون واعيا بأفكاره الاوتوماتيكية السلبية.
- مساعدة المفحوص على معرفة العلاقة بين افكاره انفعالاته و سلوكه.
- مساعدة المفحوص على تغيير الافكار الاوتوماتيكية السلبية بأفكار اكثر واقعية.
- يساعد هذا العلاج على تعريف و تعديل البنيات المعرفية غير الوظيفية.
- مساعدة لمفحوص على الشعور بالثقة بالنفس في العملية العلاجية. و باختصار يمكن تحديد الهدف الاساسي من هذا العلاج على انه اقناع المريض ان معتقداته غير المنطقية و ان افكاره السلبية هي التي تحدث له ردود الافعال الدالة على سوء التكيف و يهدف الى تعديل ادراكات المريض المشوهة و يعمل على ان يحل محلها طرق اكثر ملائمة للتفكير و ذلك من اجل احداث تغييرات معرفية و سلوكية للمريض.

5- المبادئ العلاج المعرفي السلوكي: يقترح العلاج المعرفي السلوكي تطبيق مبادئ التعلم لعلاج عديد الأمراض و الاضطرابات السيكلوجية مستهدفاً بذلك التعبير في السلوكيات و العادات دون المساس في أعماق الشخصية، إذ أثبتت فعالية أمام عدد من الاضطرابات كاضطراب السلوك، و اضطراب الوظائف الجنسية، لكن على الرغم من ذلك لم يسلم من انتقادات وجهت إليه تخص منهجه و من ذلك أنه يتجاهل البعد السلوكي الإنساني بالخصوص العلاقة بين التفكير و الانفعال و تأثيرها على السلوك (د.لويس كامل مليكة، ص277).

اعتبر المخ و الجهاز العصبي بصفة عامّة عند السلوكين أمثال ج. واطسون، عليه سوداء لا يمكن دراستها و معرفة مكوناتها، و إنّما انحصر العمل على تحديد المثير و الاستجابة و ما تتركه هذه الأخيرة من أثر في محيط الفرد (Drew wetsern, 2000, P21) بالمقابل فإنّ **Distorsions Cognitives** و تصحيحها.

إنّ العلاج المعرفي خاصّة يعد أعمال أبيد الخاصة بالاكنتاب أصبح مكّلا و لازما للمقاربة السلوكية في علاج مختلف الاضطرابات بالاهتمام أكثر بدراسة المخططات المعرفية المضطربة و أثرها في إحداث الاضطرابات السلوكية و مختلف الاضطرابات النفسيّة و العقلية، ظهر في السنوات الأخيرة من نهاية قرن 20 العلاج المعرفي السلوكي الذي يجمع بين مبادئ المدرتين السلوكية و المعرفية و في مقاربة تكاملية تأخذ بعين الاعتبار التأثير المتبادل بين كلّ من التقطير،

السلوك، و الانفعال من جهة و دور المحيط في إثارة هذه المكونات من جهة أخرى(2005,P11 Jeffrey).

6- الخصائص العلاج السلوكي المعرفي:

يتميز العلاج النفسي المعرفي بمجموعة من الخصائص، نوجزها في النقاط التالية:

1. التنظيم و البناء: حيث أنه محدود في الوقت، موجّه نحو المشاكل الآتية **ici et maintenant**
2. نشاط و موجه: بالتفاعل بين الطرفين.
3. تعاوني و شفائي.

مراحله: علاج مبني مسبقا قبل البدء في العلاج إذ يدوم في العادة 10-25 حصة مع إمكانية مقابلات متابعة لاحقة بعد إعفاء الحصص العلاجية.

التحليل الوظيفي: للحالة أو المشكلة ، وضع حدوده و عوامله تحقيق إذ لا يتوقف الأمر عند دراسة سطحية للمشكل و إنما جذري للسلوك يستعين المعالج النفسي السلوكي في ذلك بدراسة أفكار، صور عقلية. حوار داخلي للحالة إذ غالبا ما يوافق ذلك أو يسبق السلوك المشكل (**Louis p vera ,2009,P19**).

تطبيقا يتم خلال هذه المرحلة عديد و تقديم المشكل و الصياغة الابتدائية للأهداف هناك عدّة لائحات **de filles** تسمح بصياغة أحسن للتحليل الوظيفي ليكون واضحا و منهجيا، و من بين هذه اللوائح:

1- Grille de sorc (stimulus, organisme, réponse conséquence)

و هي لائحة بسيطة تسمح من تدوين ما يلي:

المثير (S): طبيعته و مصدره الحالة (0): و ذلك بتحديد مدى تأثير المثير عليه، إذ في العادة يستعين المعالج بمجموعة من الأسئلة أبرزها: ما هي العلاقة بين السلوك المشكل و الانفعالات ؟ ما هي الآليات التي سمحت بظهور السلوك المشكل؟ كيف يدرك الحالة السلوك؟
الاستجابة (R): ما هي الاستجابة الفعلية، كيف يصفها الحالة ، و كيف يعيشها أيضا؟ و ما علاقة الاستجابة بطبيعة المثير؟ هذه تساؤلات قد يستعين بها المعالج على سبيل المثال لا العسر
الانعكاسات (C): تخصّ ما هي الانعكاسات التي تخلفها استجابة الحالة للمثير المتفجر للسلوك المشكل و بالتالي تأثره بدوره برد فعل المحيط.

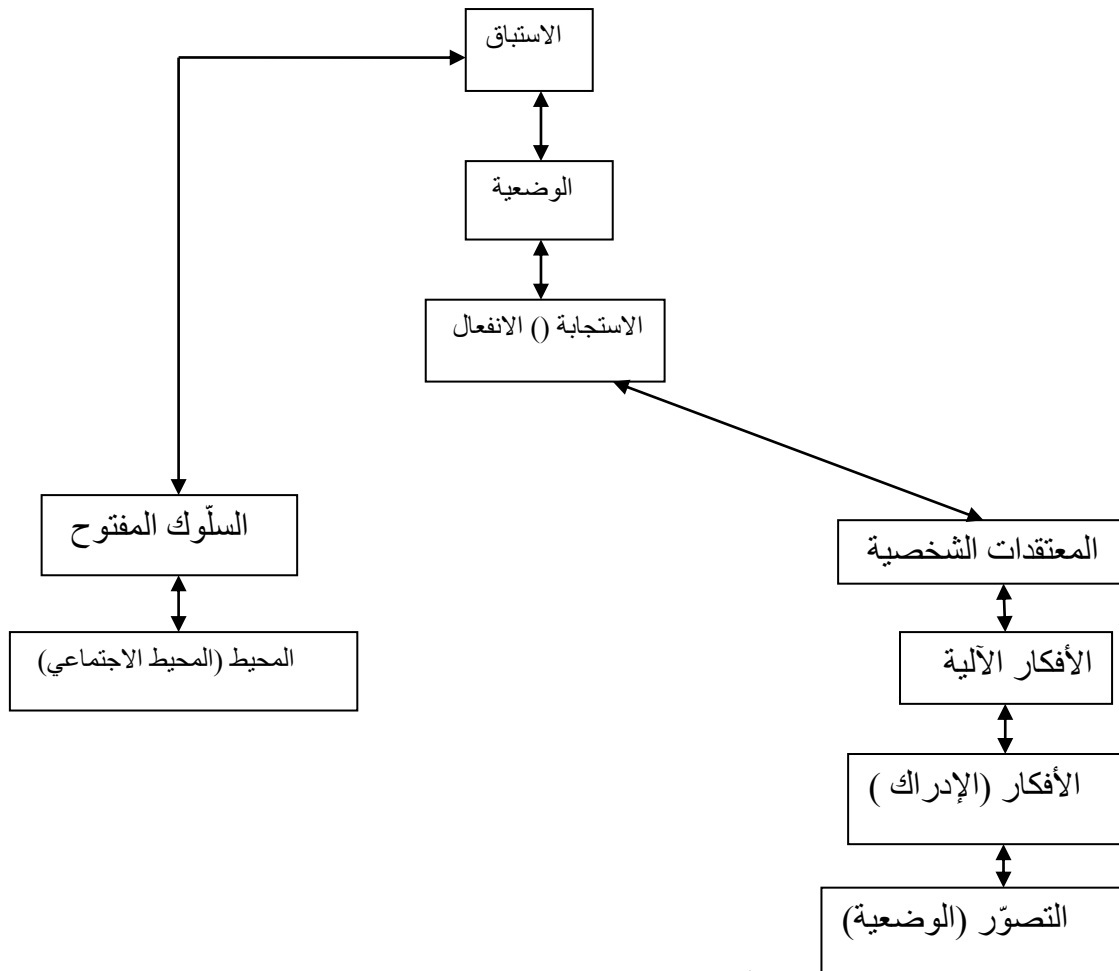
2- Grille de secca (stimulation ,émotion, cognition, comportement,) anticipation

و تتألف هذه اللائحتين من قسمين:

1. الحالي: **synchronique**

2. التاريخي **historique**

الأول: يتمثل في الشكل التالي في إشارة إلى وجود علاقة تفاعلية بين مختلف العناصر. هي لائحة دقيقة و أكثر اكتمالا وضعها **j.cottraux 1990**. و هي أكثر ملائمة، للاضطرابات القلق و الاكتئاب.



إذ تتيح للمعالج فرصة وصف أكثر تركيزا للوضعية الإجمالية للحالة، فالاستباق يعني مجملا الأفكار التي تسبق الوضعية المثيرة للقلق ما يؤدي حتما إلى استجابة من الحالة مرورا بالأفكار الآلية و التصور الذي يأخذه عن الوضعية في علاقة كل ذلك بالمحيط.

الجزء التاريخي: المعطيات البنيوية (المتعلقة بالنمو) الوراثية – الشخصية و عوامل ثبات و تجدر السلوك المضطرب .

- الأحداث التي تساهم في تسريع ظهور السلوك المضطرب.
- ذكر أي مشاكل أخرى العلاجات السابقة على اختلاف أنواعها الأمراض البدنية الممكنة، تحليل دافعية الحالة للعلاج.
- جمع و تقييم المعطيات المتعلقة بالشكل (اختيارات) استمارة ملاحظة مباشرة...) تحرير فرضيات تخص السلوك (المشكل).

وضع خطة علاجية: وضع عقد **contrat** يخص الأهداف الصلاحية، و الوسائل المستعملة في ذلك و ذلك بعد جمع المصطلحات بدقة عن الحالة و عن السلوك المشكل يتم وضع فرضيات حول هذا السلوك المشكل، يتم وضع فرضيات حول هذا السلوك و حول عوامل تفجيريه و ثباته.

وضع خطة علاجية : انطلاقا من السلوك المشكل و الأهداف العلاجية الموضوعية يتم اختيار طريقة و تقنية التكفل المعرفي السلوكي، ليتم تحفيز الحالة لعملية التنظيم الذاتي و ذلك بمراقبة

سلوكه في كلّ وضعية و تقييم ما تعلمه خلال الحصّة العلاجية، على مختلف الوضعيات خلال الحصّة، و ذلك بإتباع الإجراءات التالية:

- إشراك المريض في وضع خطة علاجية ملائمة.
- الشروع في تطبيق الخطة العلاجية موازاة مع التحليل الدائم للسلوك، الأفكار و المعاش العاطفي للحالة.
- تكليف الحالة بواجبات منزلية و حتى خارج الوضعيات العلاجية أثناء الحصّة التقييم المتواصل للخطة العلاجية، و إن اقتضت الضرورة، إعادة وضع الفرضيات و بالتالي التعبير من الخطة العلاجية (Jean cottraux,P7).

تقييم نتائج العلاج: اخر مرحلة، مواصلة المتابعة لمدة سنة الى 6 أشهر و سنة.

- كما يجدر مراعاة النقاط التالية خلال هذه المرحلة من العلاج .
- يمكن الاستعانة بالاختبارات النفسية و الاستمارات.
- العمل على مساعدة الحالة من أجل تحقيق استقلالية
- العمل على الوقاية من الانتكاس.
- إنهاء العلاج و ترك المجال للحالة للتعبير عن انطباعه العام و الخاص حتى يكون رضاه أو عدمه اتجاه الخطة العلاجية.

تقنيات عديدة الأفكار الأوتوماتيكية:

الأسئلة المباشرة – الأسئلة غير المباشرة أو ما يسمى الاستكشاف الموجه – استغلال خطة الانفعال الشديد- استعمال تقنية التخيل – لعب الأدوار – الاستشعار بمعنى المجربات و الأحداث – إعادة أو تكرار الوضعية في الحياة اليومية و إعطاء الاهتمام للأفكار عد الأفكار السلبية (على كناش مثلا).

طرح مجموعة من الأسئلة: ماذا تفكر – ماذا يجري في رأسك الآن اتجاه الوضعية المعينة على سبيل المثال.

تقنيات مساعدة على تعديل الأفكار السلبية:

فحص الأدلة، تخصيص احتمال لكلّ تأويل بديل. جمع المعطيات و المعلومات sondage فحص الفرضيات (الأفكار) تجريبيا، أخذ مسافة – إعادة تعريف المفاهيم.. تقنية لعب الأدوار- مقياس التسجيل الذاتي للأفكار المختلفة، إرشادات.

7- إرشادات العلاج المعرفي السلوكي: Indication

الخوف البسيط- الخوف من الأماكن المغلقة، الخوف الاجتماعي

Attaque de panique – toc – anxiété généralisée -dépression – boulimie
- trouble de sexualite .

- الوقاية من الانتكاس من الأمراض التاجية القلبية

- Trouble de sommeil– détresse à l'origine de souffrance psychique
- Conduites additives, certains aspect des troubles psychotiques.
- Rites et vérifications, stress, évitements et les inhibitions, les réactions agressives.

- الألام المزمنة ذات المنشأ البدني أو النفسي .

- إعادة التأهيل الاجتماعي للأشخاص الانفصاميين المزمنين.

- Stress post traumatique
- Certainement utiles pour :
- Le deuil pathologique
- La boulimie – la douleur chronique – le retrait social et psychotiques- les idées obsédantes.

• **Contre-indication:**

- La schizophrénie aigue.
- La dépression mélancolique.
- L'hypomanie, la manie, la pa.

تقنياتها:

هناك عدّة مراحل و مناهج (طرق) نذكر منها:

méthodes d'exposition aux Situations anxiogènes :

- Désensibilisation systématique.
- Désensibilisation in vivo.
- Exposition graduire in vivo.
- Immersion (flooding).
- Medeling de participation.
- Techniques d'affirmation de soi.
- Exposition et prévention de la réponse ritualisée
- la technique de l'arrêt de pensée.
- Le technique du bio feed back (encore appelée reto – action biologique).
- Technique assertive

- Technique spécifiques pour les principales dysfonctions sexuelles.

8- فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

1- طريقة التخلص التدريجي من الحساسية : تعتبر من الاساليب الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي اتى بها العالم جوزيف وولبي و يقصد بها التخلص التدريجي من ارتباط السلوك المضطرب بشيء او حادث معين و يتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شادة ثم يعرض المريض بالتدرج لهذه المثيرات المحدثه مثلا للخوف في ظروف يشعر فيها المريض باقل درجة من الخوف و هو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشادة و يستمر التعرض على مستوى متدرج في الشدة . مثلا في حالة خوف طفل من حيوان نطلب منه ان يكتب عنه، ثم يرسمه، ثم يلعب به عن طريق نموذج مصنوع من المطاط، ثم يتعرض له حيا عن قرب، ثم يلعب معه في نهاية العلاج ان امكن.

كذلك هناك جهاز التحصين التدريجي الالي الذي ابتكره لانج حيث تستخدم شرائط تسجيل عليها تعليمات الاسترخاء و شرح عند سماع او رؤية فقرات الخوف المتدرجة في الشدة تنتقل اليا من فقرة الى اخرى بعد حدوث الاسترخاء حتى يتم الوصول الى تعديل السلوك و زواله (د.محمد محروس الشناوي، ص 135).

2- التدريب التحصيني ضد الضغوط : تعتبر طريقة مهمة من طرق العلاج المعرفي السلوكي، اتى بهذه الطريقة ميكنبوم سنة 1974 الذي يرى ان تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم المعلومات و التعليمات الذاتية التي تركز على تعليم المرضى كيفية التخطيط و التفكير قبل الاستجابة و مساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الايجابي حيث ان التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الاحاديث الذاتية السلبية و استبدالها باحاديث ايجابية و هذا هو هدف التدريب التحصيني ضد الضغوط و تشمل هذه الطريقة على ثلاث خطوات اساسية هي:

- تدريب المريض على التعرف و الوعي بالأفكار غير توافقية (الاقوال الذاتية)
- يقوم المعالج بنمذجة السلوك المناسب بينما يشرح بالكلام الطرق الفعالة و تهدف هذه الاقوال الذاتية على تأكيد كفاءة الشخص و تمحي الانشغال بالفشل و تحفز التدعيم الذاتي الضمني للأداء الناجح.
- يقوم المفحوص بعد ذلك بأداء السلوك المستهدف في البداية، ثم يعطي لنفسه التعليمات المناسبة بصوت عالي ثم بعد ذلك يقوم بترديدها سرا بينه و بين نفسه و تساعد توجيهات المعالج في هذه المرحلة على تأكيد ان ما يقوله العميل لنفسه في سبيل حل المشكلة قد حل محل الافكار التي كانت تسبب القلق فيما مضى.

و قد امكن استخدام هذا الاسلوب بنجاح كبير في تخفيض المشكلات المرتبطة بقلق الامتحانات و القلق الاجتماعي و قلق مواجهة الاخرين، كما استخدمت هذه الطريقة في تعديل الاداء العقلي لحالات الفصام.

3- الغمر FLOODING :

هذا الأسلوب هو عكس أسلوب التحصين التدريجي فبينما يبدأ التحصين التدريجي مثيرات أقل اثاره للحساسية فان أسلوب الغمر يبدأ بمثيرات اكثر اثاره للحساسية و فيه يتم تقديم المثير (الخوف مثلا) او يتم وضع المريض امام الامر الواقع "دفعة واحدة" و هذا يثير التوتر و يرفع درجة القلق عنده.

و قد يكون الغمر حيا اي على الطبيعة و الواقع و كانه يمثل الدور و يعيشه في خبرة حية، و قد يكون خياليا، و الغمر الحي هو الافضل و الاكثر استخداما في العلاج، و في معظم الحالات يكون الغمر في حضور المعالج الخبير للمساعدة الانفعالية و السيطرة على الموقف (لان الغمر مثير للتوتر و يرفع مستوى القلق) و مهما و مهما ارتفع مستوى القلق يظل المريض في الموقف المقصود حتى يزول التوتر و ينخفض القلق او ينطفئ، و قد يستعان بالعلاج الطبي في هذا الأسلوب العلاجي (مثلا المهدئات) (د.محمد محروس الشناوي، ص 221).

4_ النمذجة MODELING:

يمكن اعتبار النمذجة من الاساليب المهمة التي لها تأثير بعيد الامد في تغيير السلوك، اتى بهذا الأسلوب العلاجي باندينا سنة 1969 الذي يشير الى التعلم الذي يحدث عن طريق المشاهدة و المحاكاة التي تليها يمكن ان تشكل اتجاهات فعالة لتغيير العادات الضارة بالصحة.

يستند هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم الاجتماعي حيث يقوم هذا الأسلوب على ملاحظة سلوك شخص اخر (نموذج سلوكي) من احداث تغيير في السلوك المضطرب و تعلم سلوك جديد مناسب و يمكن ان تتم النمذجة بعدة صور فهناك النمذجة المباشرة او الحية التي يتم فيها عرض نماذج حية تقوم بالسلوك المطلوب تعلمه حيث يتم ذلك عن طريق اشخاص واقعيين او عن طريق مواقف معروضة في الافلام و على المفحوص ملاحظة ذلك السلوك و تعلمه.

5- أسلوب التوكيد الذاتي :

يعد التوكيد الذاتي أسلوب مهم في العملية العلاجية و يعرف على انه مجموع الاساليب و الاجراءات المعرفية و السلوكية التي تهدف الى تعديل السلوك المعرفي لدى الافراد و تدريبهم على التعبير على مشاعرهم و افكارهم بطريقة ملائمة دون انتهاك حقوقهم و يبدو اكتساب الفرد لمهارة توكيد الذات من خلال المظاهر الجسدية الخارجية مثل التواصل البصري، وضع الجسم، الإيماءات، تعبيرات الوجه، نغمة الصوت، الطلاقة اللفظية، و استخدام ضمير المتكلم بدلا من الغائب للتعبير عن الذات.

9. الرابطة العلاجية Alliance thérapeutique:

ويعتمد العلاج المعرفي على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل وهو يقوم بدور موضوعي بعيدا عن إصدار الأحكام . كما ويعتمد في تنفيذ الاستراتيجية المعرفية

العلاجية مزيجاً خاصاً من التقنيات السلوكية والمعرفية، المبنية على طبيعة المشكلة ونوع
التشوهات المعرفية

ويعدّ الواجب المنزلي جزءاً مهماً من العملية العلاجية، لزيادة مستوى النشاط لدى المكتئب من
جهة ولاختبار التشوهات المعرفية الخاصة بعدم كفاءته المفترضة. ويستخدم لذلك جداول نشاط
يومي وأسبوعي، وجداول الإتقان والرضا.. الخ

لا يستغرق العلاج المعرفي- السلوكي فترة علاجية طويلة فهو يتطلب ما بين 1 و20 جلسة حتى
25 الى 100 ترتكز في الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعياً
على الأقل لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعياً لمدة 10-15 أسبوعاً، وغالباً ما يتبع العلاج الناجح
جلسات متابعة على فترات مراقبة، للمحافظة على النتائج التي تحققت والاستمرار في دعم وتقوية
المتعالم. والزمن المخصص لكل جلسة علاجية 50 دقيقة تقريباً باستثناء الجلسة الأولى التي
تتطلب ضعف هذا الوقت.

وبذلك يكون العلاج المعرفي السلوكي علاجاً نشطاً، تعاونياً، توجيهاً، تعليمياً، قصير الأمد، أهدافه
واضحة ومحددة.

خلاصة:

إن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أحد الطرق العلاجية الأكثر استعمالاً في وقتنا الحالي، و
كما استخلصنا من خلال هذا الفصل أنه طريقة متعددة النظريات، ولا تقتصر على منهج معين، و
إنما يشمل الجانب السلوكي والجانب المعرفي، وهذا كله بهدف الوصول إلى نتائج علاجية
ناجحة.

الفصل الثالث

الضعفونات النفسية

تمهيد:

لا تخلو الحياة التي يعيشها الفرد من الضغوطات و المثيرات التي تحدث في البيئة الداخلية و الخارجية للفرد و التي قد تكون السبب في ظهور مشكلات نفسية لذا كان على الفرد أن يحاول جاهدا التصدي لهذه الضغوط و محاولة التوفيق و التوافق معها ليتمكن من تحقيق التكيف السليم مع محيطه، و تعد الضغوط النفسية من الظواهر الشائعة في حياتنا اليومية، و التي إذا استمرت قد تؤدي إلى إعاقة الإعاقة الإنسان عن تكيفه و اختلال سلوكه و سوء توافقه النفسي و من خلال هذا الفصل سنحاول التطرق و توضيح كل الجوانب التي يشملها الضغط النفسي.

1- لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي:

لا يمكن دراسة أو فهم ظاهرة ما دون العودة إلى جذورها التاريخية فلقد شاع استخدام مصطلح الضغط على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالطب و الفيزياء و علم النفس و غيرها من المجالات، و كان أول من استخدم مصطلح قرحة الضغط العالم سوان **swan** عام 1823، ثم جاء العالم داروين **darwin** عام 1872 بوصف ميكانيزمات الخوف أمام المواقف الصعبة، و في عام 1928 جاء عالم الفيزيولوجيا والتر كانون **walter canon** الذي يعتبر أول عالم اهتم بمصطلح الضغط و التوازن (أحمد نايل غرير، 2009، ص22).

و في عام 1956 لاحظ العالم هانز سيلبي **Hans selye** أنه بالرغم من اختلاف مصادر الأمراض لدى الأفراد، إلا أنهم يشتركون في الأعراض التي تصف المرض الخاص بكل منهم، و هذا ما جعل سيلبي يطلق مصطلح الضغط (Swedsen .J. 2005.p10).

و في عام 1993 أرجع العالم سميث **Smith** أصل كلمة ضغط **stress** إلى الكلمة اللاتينية **stictus** و هي تعني الصرامة أما ضمينا فهي تدل على الشعور بالتوتر و إثارة الغضب (عبد العظيم حسين طه، 2006، ص17).

و في عام 1966 أكد لازاروس **lazarus** على وجود تداخل بين الضغط النفسي و القلق الذي يعتبر كنتاج للضغط النفسي إلى أن هناك علاقة ثنائية بين الفرد و البيئة (Boudaresse.2006.p2).

و بناء على ما سبق نستنتج أن مفهوم الضغط لم يظهر في القرن 20م إنما وجوده قديم لدى الإنسان و يعتبر سيلبي الرائد الذي أدخل مصطلح الضغط في اللغة العلمية.

2- مفهوم الضغط النفسي: تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم الضغوط و منها:

- يشير عبد العظيم حسين في معجم الوجيز: إلى أن الأصل اللغوي لكلمة ضغط هو ضغطه ضغطا أي عصره و زحمه و الضغط في الطب ضغط الدم الذي يحدثه تيار الدم على جدران الأوعية الدموية، أما في الهندسة فهو القوة الدافعة على وحدة المساحات (عبد العظيم حسين، 2006، ص16).

- أما سيلبي فيعرف الضغط بأنه مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط و هو استجابة غير محددة من جسم نحو متطلبات البيئة (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص20).

- و في حين يعرف العالم **جوردن Gorden** الضغوط على أنها الاستجابات النفسية و الانفعالية و الفيزيولوجية للجسم اتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد سعادة الفرد و هذه التغيرات تقوم بإعداد للتوافق مع الضغوط (**عبد العظيم حسين، 2006، ص20**).

- و في حين يشير **وليم الخولي** في الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب النفسي بأن مفهوم كلمة ضغط هو حالة يتعرض فيها الإنسان لصعوبات بدنية، مادية و معنوية و جسمية و نفسية و تشكل هذه الصعوبات إجهادا لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق (**محمد حسن غاتم، ص286**).

- و يعرفه **لازاروس** بأنه نتيجة لعملية تقييمية يقيم بها الفرد مصادره الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة أي مدى الملائمة بين متطلبات الفرد و البيئة الخارجية (**أحمد نايل غرير، ص24**).

- و باختصار يمكن تعريف الضغوط النفسية على أنها عوامل خارجية ضاغطة تؤثر على الفرد سواء بكاملها أو جزء منها و تولد لديه إحساسا بالتوتر و بتثويته في تكامل شخصيته و إذا ازدادت حدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد من قدرة الفرد على التوازن و يغير نمط سلوكه (**حسن شحاتة، زينب النجار، 2008، ص45**).

3- الضغوط النفسية و الدليل التشخيصي الرابع: يمكن تشخيص معاناة الفرد من الضغوط النفسية من خلال عددا من المحكات التشخيصية وفقا للدليل الرابع كالاتي:

• يمكن تشخيص تعرض الفرد للضغوط من خلال ضرورة توافر شرطان هما:

1- أن يكون الشخص قد تعرض لحادث أو مجموعة من الحوادث تقترب من الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو التعرض لإصابة خطيرة أو تهديد كامل على جميع أعضاء جسده.

2- أن تكون استجابة الفرد (إزاء كل ما سبق) هو الخوف الذي قد يصل إلى درجة الرعب.

• أن يعيد الفرد تذكر (الخبرة الصادمة) بأسلوب أو أكثر من الأساليب الآتية:

1- تذكر الحادث المؤلم بشكل متكرر.

2- أن تعاود الأحداث المؤلمة اقتحام أحلام الفرد مما يؤدي إلى الانزعاج.

3- الشعور الدائم بأن الحادث الصدمي يعاود اقتحام مجال شعوره.

4- آلام نفسية شديدة.

5- وجود العديد من المؤشرات الفسيولوجية التي ترمز أو تشير إلى جانب أو أكثر من جوانب الحادث الصادم أو الضاغط.

• محاولة مستمرة لكي يتحاشى كافة المثيرات التي قد ترتبط من قريب أو من بعيد بالحادث الضاغط.

- ظهور العديد من الأعراض و العلامات لم تكن موجودة قبل تعرض الفرد للخبرة الضاغطة أو الصادمة مثلا: اضطرابات النوم.
- تستمر الاضطرابات السابقة أكثر من شهر واحد.

ينتج عن هذه الأعراض حدوث العديد من الآلام أو الضيق لدرجة حدوث إعاقة أو أكثر في وظيفة من الوظائف الاجتماعية أو المهنية (محمد حسن غانم، ص288، 289).

4- أنواع الضغوط النفسية: هناك عدة أنواع للضغوط النفسية فهي تنوعت تبعا لتنوع مدارس و تخصصات علم النفس و يشير الخطيب سنة 2003 إلى أن هناك عدة أنواع من الضغوط منها:

- **ضغوط غير حادة:** و ينتج عنها استجابات طفيفة مع علامات ضغط من السهل ملاحظتها.
- **ضغوط حادة:** و ينتج عنها استجابات شديدة القوة و تختلف من شخص لآخر.
- **ضغوط متأخرة:** و هي لا تنتظر دائما أثناء وقوع الحدث و إنما تظهر بعد فترة.
- **ضغوط بعد الصدمة:** و هي ناتجة عن حوادث عنيفة و شديدة و عالية و تترك آثارها على الفرد بشكل طويل المدى.

كما أشار سيلبي **selye** إلى نوعين من الضغط النفسي هما:

- **الضغط النفسي السيء:** و هذا الذي يزيد من حجم المتطلبات على الفرد مثل فقدان العمل، فقدان شخص عزيز.
- **الضغط النفسي الجيد:** و هذا ما يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة كولادة طفل جديد أو السفر في عمل.

و تحدث سيلبي أيضا على نوعين آخرين للضغط النفسي:

- **الضغط النفسي الزائد:** و ينتج عنه تراكم الأحداث السلبية بحيث تتجاوز مصادر الفرد و قدراته على التكيف معها.
- **الضغط النفسي المنخفض:** و يحدث عندما يشعر الفرد بالملل و انعدام التحدي.

و قد ميز لازاروس بين نوعين من الضغوط هي:

- **ضغوط خارجية:** و تعني الأحداث الخارجية و المواقف المحيطة بالفرد و تمتد من الأحداث البسيطة إلى حادة.

ضغوط داخلية: و تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي و النابع من فكر و ذات الفرد (أحمد نايل غرير، ص28، 29).

5- العوامل المسببة للضغوط النفسية: حاول العديد من الباحثين الذين اهتموا بأسباب الضغط و العوامل المؤدية لحدوثه فوجدوا أسباب عديدة و هي:

- **الأسباب النفسية:** و تتمثل في الاحباطات و الصراعات اللاشعورية داخل شخصية الفرد و نقص تقدير الذات كما أن القلق و الاكتئاب يعتبر من مصادر الضغط (عبد العظيم حسين، 2006، ص39).
- **الأسباب البيئية:** يمكن أن تكون سببا من أسباب حدوث الضغط مثل: الغلاف الجوي، درجة الحرارة و البرودة، الضجيج و الضوضاء، كما يمكن أن تكون الأماكن الضيقة عامل من عوامل حدوث الضغط النفسي (سمير شيخاني، 2003، ص26).
- **الأسباب الاجتماعية:** و تتمثل في الخلافات الأسرية كالطلاق أو فقدان أحد أفراد العائلة أو الصراعات الاجتماعية بين الأفراد.
- **الأسباب الثقافية:** و تتمثل في الانفتاح على ثقافات جديدة دون مراعاة الأطر الثقافية و الاجتماعية القائمة في المجتمع كما يمكن أن يكون سوء تكيف مع السياق الثقافي الجديد مصدرا لحدوث الضغط كصعوبة التأقلم مع لغة العادات و التقاليد.
- **الأسباب الأكاديمية:** و تتمثل في صعوبة المناهج و عدم مراعاتها لمبدأ الفردية بين التلاميذ إلى جانب طرق التدريس التقليدية و كذا نظام الامتحانات و التقويم (أحمد نايل غرير، ص31).

5- مصادر الضغوط النفسية: تتعدد مصادر الضغوط النفسية و سنحاول في هذا الحيز استعراض عددا من الآراء، فقد تحدث كثير من العلماء عن مصادر الضغوط و حاولوا حصرها في مصادر محددة إلا أنهم رغم اتفاقهم على تلك المصادر فقد اختلفوا في أولوياتها و في أي منها يشكل ضغطا أكثر من المصادر الأخرى على النحو التالي:

- يشير لازاروس إلى أن هموم الحياة اليومية تشكل مصدرا للضغط أكثر من أحداث الحياة الرئيسية و هناك ثمانية فئات من المشاكل اليومية:
 - مشاكل منزلية (التسوق المنزلي، القيام الأمور المنزلية، ...)
 - مشاكل صحية (استشارات طبية، احترام تعليمات الطبيب، ...)
 - مشاكل زمنية (جدول أعمال مزدحم، ضيق الوقت، ...)
 - مشاكل بيئية (انعدام الأمن، الضوضاء، ...)
 - مشاكل شخصية (الشعور بالوحدة، الخوف من المواجهة، ...)
 - مشاكل مالية (ديون، قروض، ...)
 - مشاكل مهنية (عدم الرضا الوظيفي، صراعات مع الزملاء، ...)
- **مصادر اجتماعية:** يشير سبيلبيرجر 1972 إلى أنه من أهم مصادر الضغوط النفسية المواقف الاجتماعية التي تؤدي إلى الإحباط و التهديد.

- **مصادر شخصية:** تتمثل في شخصية الفرد و سلوكه و طريقة تفكيره، و انفعاله مع الأحداث و عاداته الخاصة كأحد مصادر الضغوط النفسية له.
- و حدد **ماك جراث 1976** ستة مصادر محتملة للضغوط هي: الضغوط في بيئة العمل، الضغط القائم الدور، الضغط الداخلي لموقع السلوك، الضغط النابع من البيئة المادية و الاجتماعية، و الضغط داخل النظام الشخصي.
- و وصف **ميلر 1979 Miller** مصادر الضغط إلى:

- ضغوط داخلية: نابعة من الافتراضات الذاتية أي أنها غير واقعية.

- ضغوط خارجية: و هي المواقف التي تحدث الضغط مثل: ضغط القيم، المعتقدات و المبادئ و الصراع بين العادات و التقاليد التي يتمسك بها الفرد في الواقع (سمير شيخاني، 2003، ص26).

6- النظريات المفسرة للضغوط النفسية: اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط النفسي تبعاً لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها انطلقت منها على أساس أطر فيسيولوجية أو نفسية أو اجتماعية كما اختلفت هذه النظريات فيما بينها بناء على ذلك من حيث مسلمات كل منها و هذه النظريات هي:

- **نظرية هانز سيللي:**

أطلق هذه النظرية بعد صياغتها بمتلازمة التكيف العام **General Adaptation Syndrome** إذ يؤكد أن التعرض المستمر أو المتكرر للضغوط يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياة الفرد مما يفرض متطلبات فيسيولوجية أو اجتماعية أو انفعالية أو نفسية و هذا ما يؤدي بالفرد إلى حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط و هنا تظهر أعراضها الفسيولوجية، و قد وصف سيللي نظريته في ثلاث مراحل هي :

- **مرحلة رد الفعل التحذيرية:** و تمثل هذه المرحلة خط الدفاع الأول لضبط الضغط النفسي فعندما يتعرض الفرد للخطر أو التهديد الجسمي مثل المرض فان ردة فعل الجسم تكون واحدة حيث تبدأ من الإشارات العصبية في الجسم لتعبئة الطاقة اللازمة للطوارئ فتزداد دقات القلب و يرتفع ضغط الدم و تتوتر العضلات و يزداد إفراز الأدرينالين لذا سيحاول الفرد مواجهة الضغط النفسي (أحمد نايل غرير، ص61).

- **مرحلة المقاومة:** تأخذ هذه المرحلة وقت أكبر من المرحلة الأولى و تنشأ من مجموعة رد الفعل غير محدودة بسبب تعرض الفرد لمؤثرات ضارة لفترات طويلة، مما يعرضه لتطویر اضطرابات نفسية و جسمية و تنشأ هذه الاضطرابات نتيجة المحاولات للتعامل مع الضغوط النفسية و مقاومتها.

- **مرحلة الإنهاك:** تنشأ من مجموعة ردود فعل غير محدودة التي يتسم بها الجسم وقت توقف قدرته على التكيف مع المثيرات التي يخضع لها، و يدخل الجسم في هذه المرحلة إلى مستوى من الخطورة و العنف و يستطيع أن يظهر في بضعة أسابيع أو عدة أشهر بعد بداية الهجوم و يستطيع

التكيف إذا كان عامل الهجوم كافيا و حاضرا لوقت طويل، و هذه تعيد إنتاج جزء من ردات الفعل الفيزيائية لمرحلة رد الفعل التحذيرية.

و حسب سيلبي قد تتكرر المراحل الثلاثة للضغط مرات عديدة في اليوم الواحد كلما واجه الفرد موقفا ضاغطا (Gaziani ,2005 ,p21).

• نظرية الإدراك سبيلبرجير:

يعتبر سبيلبرجير **1979 Spelberger** واحد من العلماء الذين وضعوا تفسيراً للضغوط النفسية معتمدا على نظرية الدوافع، إذ يرى أن الضغوط تلعب دورا في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها و يحدد نظريته في ثلاث أبعاد رئيسية:

الضغط stress، القلق Anxiété، التعليم teaching.

و في ظل هذه الأبعاد يحدد محتوى النظرية فيما يلي:

- التعرف على طبيعة الضغوط وأهميتها في المواقف المختلفة.
- قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.
- قياس الفروق الفردية في الميل إلى القلق.
- توفير السلوك المناسب للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.
- توضيح تأثير الدفاعات السيكولوجية لدى الأفراد المطبق عليهم برامج التعليم لخفض مستوى القلق.
- تحديد مستوى الاستجابة.

- قياس ذكاء الأشخاص الذين تجرى عليهم برامج التعليم و معرفة قدرتهم على التعلم.

و هذه النظرية تركز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة إدراك الفرد لها (أحمد نايل غرير، ص64).

• نظرية لازاروس و فولكمان:

ويرى هذا النموذج أن أساليب مواجهة الضغوط تتحدد من تقييم الفرد للموقف، فعندما يواجه الفرد موقف ما و يتم تقييمه على أنه ضار و مهدد و يمثل تحديا لتوافقه، هنا ينشأ الضغط، كما يركز كما النموذج على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد، و أن الضغوط تحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة، و يرى لازاروس و فولكمان أن تفسير الحدث الضاغط يركز على عمليتين أساسيتين هما:

- عملية التقييم الأولي: تشير إلى عملية تقييم الفرد للموقف و طريقة إدراكه لها و هل الموقف خطير و مهدد له.

- عملية التقييم الثانوي: فهي تشير إلى تقييم ما يمتلكه الفرد من مصادر التعامل مع الحدث الضاغط.

و قد أضاف لازاروس عملية ثالثة و هي:

- إعادة التقييم: التي من خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه و مواجهته للموقف الضاغط حيث يطور من أساليب مواجهته لها (طه عبد العظيم حسين، 2006، ص57،58).

• نظرية هانري موراي في تقدير الضغط:

ينفرد موراي بين منظري الشخصية بعمق فهم الديناميات التي تحدث داخل الكائن البشري من أجل انبثاق التكيف و إحداث التوازن النفسي، و يتسم منهجه بالدينامية النفسية، و يصل موراي إلى مستوى الدينامية عندما يتعرض لمفهوم الحاجة ة مفهوم الضغط و يعتبرهما مفهومين مركزيين و متكافئين في تفسير السلوك الإنساني، و قد ميز بين نوعين من الضغوط:

- ضغط بيتا **Beta stress** و يشير إلى دلالة الموضوعات البيئية و الأشخاص كما يدركها الفرد.

- ضغط ألفا **Alpha stress** و يشير إلى خصائص الموضوعات و دلالتها.

و يوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول، و يؤكد على أن الفرد يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة، و يطلق على هذا المفهوم (مفهوم تكامل الحاجة أما عندما يحدث التفاعل بين موقف الحاضر و الضغط و الحاجة النشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا)

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص100)

خلاصة:

تناولنا في هذا طبيعة الضغوط النفسية و ذلك من خلال التعرف عليها في ضوء العديد من العلماء، كما تطرقنا إلى مختلف أنواعها و مصادرها ، كنا أشرنا إلى عناصرها و العوامل المسببة لها و أعراضها انطلاقاً من الدليل التشخيصي الرابع، ثم في الأخير قمنا بعرض أهم النظريات المفسرة للضغوطات النفسية.

الفصل الرابع

التخلف الذهني

تمهيد:

ان وجود طفل معاق عقليا يمثل مشكلة كبيرة على الطفل نفسه و على الاسرة فهو لا يستطيع ان يعول نفسه و يكون غير قادر على ان يمارس حياته و دوره في الاسرة و المجتمع ، الامر الذي يزيد من احساسه بالعجز و النقص عن الاخرين ، و الى جانب ذلك تمثل الاعاقة العقلية مشكلة كبيرة للأسرة عامة و الام خاصة لما يصدر عن الطفل المعاق عقليا من سلوكيات سلبية، حيث و ايضا يمثل التخلف الذهني للطفل مشكلة معقدة تؤرق المجتمع و تهدد امنه و استقراره ، لان الطفل المتخلف عقليا اكثر حاجة للرعاية و الاهتمام من حيث انه لا يعرف ما ينفعه او يضره .

1- تعريف الاعاقة:

تعرفها منظمة الصحة الدولية "بانه ضرر يلحق بشخص معين نتيجة خلل او عجز يقيد او يحول دون اداء دور يعد طبيعيا بالنسبة لذلك الشخص تبعا لعمره جنسه وحالته الاجتماعية والثقافية". (صالح شيخ كمر: 1994، ص18)

2- تعريف التخلف العقلي:

عرفه "هبر" وهو التعريف الذي تبنته الجمعية الامريكية للتخلف العقلي والذي يشير الي مستوى الاداء العقلي الوظيفي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو ويكون مرتبط بخلل في واحد او اكثر من الوظائف التالية: النضج - التعلم - التكيف الاجتماعي .

و عرفه "بول بينوت" وهو تعريف يعتمد على وجهة نظرة نفسية وعصبية والذي يشير الي عجز في وظائف الذكاء ناتج عن عوامل متعددة داخل الفرد او خارجه.

اما التعريف الطبي فيركز على اصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل او بعد الولادة والتي تؤدي الي عدم اكتمال عمر دماغ الفرد سواء قبل او بعد. (سعيد عبد العزيز: 2008، ص 134-136)

التعريف التربوي: ترى الجمعية الوطنية للأطفال المتخلفين عقليا ان المتخلف عقليا شخص يعاني منذ الطفولة من صعوبة غير عادية في التعلم وهو غير فعال نسبيا في استخدام ما تعلمه في مواجهة مشكلات الحياة العادية , وهو يحتاج الي تدريب وتوجيه خاص ليستفيد من طاقاته مها كانت (وليد السيد احمد خليفة: 2006، ص15)



3- أسباب التلف الذهني:

1- اسباب ما قبل الولادة:

*الخلل في الصبغيات

1- متلازمة دوان

تنتج عن وجود صبغية اضافية في الزواج ال 21 من الصبغيات (الكروموزوم) فيكون عدد الصبغيات في الخلية 47 بدلا من العدد الطبيعي 46 وهي اكثر الحالات المشخصة عند الولادة ،لكن تشخيصها ممكن خلال فترة الحمل ،يتميز اصحاب متلازمة داون بإمكان وجود خصائص جسدية معينة منها :

1-لسان كبير يخرج من الفم .

2-يدان صغيرتان واصابع قصيرة.

3-غضن فوق العينين.

4-عضلات ضعيفة ينتج عنها ارتخاء في الجسم

5-مشاكل صحية مثل الالتهاب في الرئتين او مرض سرطان الدم.

6-ثقب في القلب

7-مشاكل في السمع و البصر

8- مستوى ذكاء يختلف بحسب الحالات.(**ماجد السيد عبيد :2000, ص 51-53**)

عندما تتخطى الحامل سن 35 يزداد احتمال ولادة حالات متلازمة دوان لكن الام اصبحت بسبب التطور الطبي تستطيع اكتشاف وجود هذه الحالة قبل الولادة، وذلك بإجراء عدة فحوص وصور خلال فترة الحمل منها:

*فحص البزل الامنيوني ،ويتم بأخذ عينة من ماء الرحم لمعرفة وجود جيني (وراثي).

*فحص :وهو فحص دقيق لدم الام.

*صورة الصوتية.

2-متلازمة وليمز (ريم نشابة معوص :2004, ص151)

تنتج عن خلل في سابع زوج من الصبغيات (الكروموزومات). وتتميز هذه الحالة ببعض الخصائص الجسدية الشبيهة بخصائص الاقزام (كبر الاذنين ،قصر القامة).ويكون نسبة ذكاء المصابين بها 40-60% ولكن من الممكن ان يكون ذكاؤهم اعلى في حالات نادرة ،ويواجه هؤلاء صعوبة في القراءة والكتابة والحساب، ولكنهم يتميزون بقدرتهم على التعبير الشفهي وسرد القصص ،اما صحيا فقد يعاني البعض مشاكل في القلب

3-متلازمة كلينفلتر:

تنتج عن وجود (س)اضافي عند الذكور يؤثر في تطورهم الذهني بدرجة خفيفة ، يؤدي الى بعض الصعوبات في التعلم .(ريم نشابة معوص :2004, ص 151-152)

4- المتلازمة براد ويلي: تنتج عن خلل جيني موروث من الاب في الزوج الـ15 من الصبغيات يؤدي في معظم الحالات الى تخلف عقلي بسيط ، و صعوبات في النوم ، و كثرة في الاكل لدرجة السمنة .

5-متلازمة (س) هشة: خلل في الزوج 23 من الصبغيات ، و امكان وجودها عند الذكور اكبر منه عند الاناث بسبب وجود (س2) حيث يتم تعويض (س)الهش عندهن وقد ينتج عند هذه الحالة :
*راس كبير ،وجه طويل ،اذن عريضة وكبيرة ،انف عريض ،يدان كبيرتان.
*تأخر عقلي متوسط، الا في حالات نادرة خاصة عند الاناث اذ يكون ذكاؤهن عاديا او بسيطا.

-الاطباء في تفاعل الحيوي:

ناتجة عن خلل في احد الانزيمات يؤدي الى عدم قدرة الجسم على تحويل بعض المواد ومن الحالات الشائعة، الحالة الناتجة عن عدم قدرة الجسم على تحويل الفينيلانين الى تيروسين مما يسبب خلا في تطور الدماغ ،وقد اصبح الاطباء في معظم المستشفيات يجرون فحوصا للأطفال عند الولادة بشكل عادي (روتيني). فاذا اكتشفوا حالة وضعوا حمية خاصة للطفل لحماية دماغه ،كي لا يؤدي ذلك الى تأخر دماغي عقلي.(عبد الرحمان عيسوي:1999، ص 94-95)

-الاضطرابات في الدماغ:

*من هذه الاضطرابات :الصلصل او صغر الراس ، بسبب تأخر نمو الجمجمة يصبح حجم الدماغ صغيرا ،فينتج عن ذلك تخلف عقلي متوسط او شديد.

*موه الراس : وهو تضخم التجاويف الطبيعية الموجودة داخل الدماغ ،نتيجة زيادة حجم السائل الدماغي النخاعي في الجمجمة و تؤدي هذه الحالة الى تضخم مميز في الراس عند الطفل و تعرف الحالة بكبر الرأس و اذا شخصت هذه الحالة في المراحل المبكرة (من الولادة حتى 5 سنوات) من الممكن اجراء عملية جراحية لوضع قناة تفريغ تمتص السائل من الدماغ و تخفف الاضطرابات المؤدية الى تأخر العقلي.(كريستين مايلز:1994،ص11)

*الاسباب البيئية :

العديد من الاسباب البيئية تؤدي في معظم الاحيان الى اضطرابات في التطور الدماغي عند الجنين:

*كمية المخدرات و دخان السجائر التي تأخذها الام خاصة في الاشهر الاولى.

*كمية الكحول التي تشربها الام ،فالإدمان على تناول الكحول خلال فترة الحمل يسبب تشوهات جسدية

و عقلية للجنين تعرف بحالة (المتلازمة الكحولية الجنينية)

*الالتهابات و الامراض التي قد تصاب بها الام الحامل مثل الحصبة الالمانية و داء البلازميات السمية.

*سوء تغذية الام الحامل. (ريم نشابة معوص :2004، ص 153)

- اسباب اثناء الولادة :

تؤدي عوامل و حوادث كثيرة تحصل خلال الولادة الى تأخر عقلي ، ومنها:

*نقص الاكسجين الانسجة : قد تؤدي الصعوبات في الولادة و طول فترتها الى نقص الاكسجين في أنسجة المولود ، و هذا يسبب فقدان بعض الخلايا في الدماغ التي تؤثر في تطور المولود الذهني السليم.

*الولادة قبل الاوان او المولود الصغير (اي المولود ذو وزن غير مناسب لعمر، اي تحت 1500غ) هتان الحالتان قد تؤدي الى نمو بطيء و تأخر عقلي.

-اسباب ما بعد الولادة:

*الخلل الدماغى : ينتج هذا الخلل عن امراض او التهابات قد يصاب بها الولد خاصة في المرحلة المبكرة (من الولادة الى 5 سنوات) مثل مرض التهاب السحايا او الالتهاب في الدماغ ، وينتج ايضا عن حوادث مثل ضربة او وقوع شيء على الراس او حادث سيارة او حوادث اخرى، مما يؤدي الى خلل معين في الدماغ.

*الاسباب البيئية : و هي تؤثر في معظم حالات ذوي الحاجات الخاصة ، و منها:

1-سوء التغذية ، التسمم .

2-عدم الاهتمام بالولد و عدم متابعته.

3-الجو العام غير مناسب للتعلم.

4-كون الام من ذوي التأخر العقلي.(ريم نشابة معوص :2004، ص 154)

4- خصائص التخلف الذهني:

اولا المميزات العامة للمتخلفين ذهنيا:

1* الخصائص الجسمية: يتميزون بتأخر النمو الجسمى و بطئه و صغر الجسم بشكل عام كما ، ان وزنهم اقل من العادى و يصغر حجم الدماغ ، كما تظهر احيانا تشوهات في شكل الجمجمة والعين والفم والاطراف والاصابع، اما بالنسبة للنمو الحركى فانهم يتميزون بالتأخر في ذلك و عدم الاتزان الحركى في بعض الحالات.

2*الخصائص العقلية: يتميز في تأخر النمو العقلي و تدنى نسبة الذكاء بحيث تقل عن 70 درجة، وتأخر النمو اللغوى الى حد كبير وكذلك الامر فيما يتعلق بالعمليات العقلية الاخرى مثل ضعف الذاكرة الانتباه، الادراك، التخيل، التفكير، القدرة على الفهم والمحاكات والقدرة على التركيز.

3* الخصائص الاجتماعية: يتميزون بضعف القدرة على التكيف الاجتماعية، لدرجة دعت بعض علماء النفس الي اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي اساسا في تصنيف المتخلفين عقليا الي فئات وفق قدراتهم علي هذا التكيف، ويتميزون ايضا بنقص في الميول واهتمامات وعدم تحمل المسؤولية كما يتميزون بالانسحاب والعوانية، اضطراب مفهوم الذات (فاشل، عاجز، اقل من غيره، لا قيمة له)، وهذا كله ينعكس على سلوكه الاجتماعية بشكل خاص واهتمامه بنظافته الشخصية، ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية وخاصة مع اقرانه.

4* الخصائص العاطفة الانفعالية: يتميزون بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار والهدوء كما يتميزون بسرعة التأثر احيانا، وببطء الانفعال احيانا وعدم القدرة على تحمل القلق والاحباط ويتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة.

تانيا: المميزات الخاصة للمتخلفين عقليا:

ضمن الفئات المختلفة تظهر لدى كل فئة من الفئات التخلف العقلي صفات وخصائص قد تختلف نوعا ما عن مواصفات الفئات الاخرى كالقدرة العقلية على التعلم وعلى التكيف الاجتماعي اذ نجد ان بعض فئات التخلف قابلة للتعلم الاكاديمي الي حد ما في حين ان فئات اخرى لا تملك تلك القابلية، كما نجد ان بعض الفئات قادرة على انشاء علاقات اجتماعية مقبولة. (سعيد عبد العزيز: 2008، ص 142-144)

5- تصنيف التخلف الذهني:

1* التصنيف التربوي:

نسبة الذكاء تتراوح	الفئة	
90-75	- بطيء التعلم	1
75-50	- القابلون للتعلم	2
50-30	- القابلون للتدريب	3
30	- الطفل غير قابل للتدريب الاعتمادي	4

2* التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفسي):

في ضوء معيار نسبة الذكاء علي مقاييس القدرة العقلية ل ستانفورد و بينيه، يصنفه الي الفئات التالية:

نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد و بينيه	الفئة
من 75-51	1- المألوف
من 50-62	2- الابله
من 25 فاقل	3- المعتوه

3* التصنيف الاجتماعي: يعتمد هذا التصنيف علي فكرة التكيف الاجتماعي ، وقد صنفت حالات التخلف العقلي بما يتفق مع تصنيف الجمعية الامريكية للمتخلفين عقليا والذي يكون علي الشكل التالي:

الفئات	درجة التخلف	فئة الانحراف المعياري لنسبة الذكاء	نسبة ذكاء ستانفورد بنيه	نسبة ذكاء لوكسلر بلفيو
- تخلف عقلي بسيط	1	2.01 الي 3	72-52	74-55
- تخلف عقلي متوسط	2	3.6 الي 4	51-36	54-40
- تخلف عقلي شديد	3	4.01 الي 5	30-20	39-25
- تخلف عقلي عميق	4	5 فاقل	اقل من 20	اقل من 25

4* التصنيف الطبي : يمكن تصنيف ذوي الاحتياجات العقلية في ضوء الحالات الطبية فيما يلي:

الفئات	اهم اسبابها
1- المنغولية (عرض داون)	اضطرابات الافرازات الداخلية لدى الام في بداية الحمل واضطراب او نقص هرمونات الغدد الصماء وكبر سن الام عند الحمل، ولشدود توزيع الكرموزومات في شكل وجود كرموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
2- القدم	نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتتحسن حالتهم الجسمية ونموهم ودرجة ذكاءهم اذا عولجوا مبكرا خلال السنة الاولى.
3- صغر الجمجمة	اصابة الجنين في الشهور الاولى نتيجة علاج الام بالأشعة او الصدمات الكهربائية . حدوث عدوى اثناء فترة الحمل او وجود مورث متنحي او التحام عظم الجمجمة مبكرا .
4- كبر الجمجمة	وجود عيب في المخ عن طريق المورثات ادى الى نمو شاذ في انسجة المخ وفي الجمجمة .
5- حالات عامل الريزي في الدم	اختلاف دم الزوجين RH +.RH

(وليد السيد احمد :2006، ص 24-25)

6- تشخيص التخلف الذهني: يركز تشخيص ذوي التأخر العقلي علي تقييم الذكاء وتقييم مهارات التكيف، ويمر الطفل بثلاث مراحل للتشخيص قبل اعتماد الاختبارات الملائمة لحالته.

1* مرحلة المراقبة: تراقب قدرات الطفل التي قد تكون غير ملائمة لعمره، وقد يظهر من خلال مراقبة قصور في:

*قدرته التركيبية ، قدرته اللغوية ، قدرته الاستيعابية ، الحياتية ، مهاراته الجسدية واليدوية، واحيانا قد يختلف الطفل عن غيره في الشكل مثل حالة متلازم داون مما يجعل التشخيص سهل.

2* مرحلة ما قبل الاحالة: يتأخر هذا الطفل دائما عن زملاءه في الصف ، لأنه بطيء ولا يستوعب بعض المفاهيم المجردة في معظم المواد، لذا يحاول مربى الصف بالتنسيق مع المعالج النفسي الموجود في المدرسة مساعدته ، ولكنه يحتاج الي عمل فردي مختص ، مما يجعل التعديل والتغيير والمساعدة في الصف العادي امورا غير كافية.

3* مرحلة الاحالة: اذا كانت درجة التأخر متوسطة او شديدة فالاختلاف يكون واضحا وظاهرا، اما اذا كانت درجته خفيفة فيحال التلميذ الي فريق عمل مختص للتقييم.(ريم نشابة معوض:2004، ص158)

جداول توضح ابعاد تشخيص التخلف العقلي:

التشخيص	البعاد
وفيه تحدد نسبة الذكاء اقل من 70 ، ويلاحظ سلوكه العام (غريب ،بداءي) وقدرته علي التعبير عن نفسه (ضعيفة) ومحصوله اللغوي (متأخر غير واضح) وشخصيته (غير ناضجة).	النفسي
يلاحظ فيه نسبة التحصيل، وعدم النجاح في المدرسة ونقص القدرة على التعلم ، ونقص المعلومات العامة.	التربوي
وفيه يفحص النمو الجسمي العام مع ملاحظة علامات الضعف العقلي الاكلينيكي، ونمو الحركي وفحص الحواس، وفحص الجهاز العصبي ،واستقصاء اسباب التخلف العقلي قبل واثناء وبعد الولادة ، واجراء الفحوصات للبول الدم السائل النخاعي الشوكي، ووظائف الغدد الصماء وعمل الاشعة البيئية للراس ورسم المخ.	الطبي
وفيه يؤخذ تاريخ حالة الطفل واسرته ويدرس مستوى نضجه وتوافقه الاجتماعي (متأخر وغير متوافق واكل شعبية ومدى اعتماده على الاخرين وحاجته الى الاشراف في سلوكه الاجتماعي.	الاجتماعي

(وليد السيد احمد خليفة:2006، ص19)

الاختبارات المعتمدة في التشخيص:

- 1* الاختبارات الطبية: مثالها تخطيط الدماغ وفحص الصبغيات وفحوص الدم.
 - 2* الاختبارات الرسمية: اختبار حاصل الذكاء (اختبار وكسلر , اختبار كوفمان , اختبار بينه) و اختبار السلوك التكيفي.(ريم نشابة معوض: 2004، ص 158)
- كما يشير دونك واخرون الي بعض الاختبارات لتشخيص التخلف العقلي :

اشعة الرنين المغناطيسي على الدماغ	الدراسات الاستوجينية دراسة الخلايا الحية	الدراسات الايضية
شلل مخي او عدم تناسق حركي	ضعف الجمجمة	حالات قيء وكسل ونمو ضعيف
حجم او شكل غير طبيعي للرافق	شدود متعدد في الجسم	اضطرابات في التخزين
تشكيل وجهي وراس غير طبيعي	لون الجلد غير طبيعي	رائحة غير طبيعية من الجسم
ضعف المهارات النمائية	شك في متلازمة الجين المعدي	فقدان للحس (خاصة شدود في شبكة العين)
شدود متعددة في الجسم	تاريخ اسري من التخلف العقلي	اضطرابات حركية
نوبات	تاريخ اسري من موت الاطفال قبل الولادة	نوبات عصبية وجلدية مكتسبة

(وليد السيد احمد خليفة: 2006, ص 21)

اتجاهات الوالدين نحو الابناء المعوقين عقليا:

مهما كانت اتجاهاتهم فهي تؤثر على سلوكهم و ادراكهم و اداءهم في مختلف المجالات بالإضافة الى اوضاعها الاجتماعية والاقتصادية والثقافية تلعب دورا، لقد اشارت بعض الدراسات بان الاباء الذين يهتمون و يتابعون ابناءهم المعاقين هم اكثر تقبلا لهم ، كما ان بعض اسر تعتبر الطفل رفيقا للام وان الامهات اقل تقبلا و اكثر سيطرة عليهم قياسا مع امهات الاطفال ذوات الاعاقة الجسمية، وعند الميلاد الام تشعر بالقلق، الذنب، الغضب، الرفض، الخجل، الانسحاب و تقديم الحماية الزائدة.(صالح شيخ كمر: 1994، ص 156-157)

الاستراتيجية الوقائية :

يمكن تقسيم مستويات الوقاية للإعاقاة العقلية الي ثلاث مستويات وهي:

- 1-الوقاية الاولية: وهي الاجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكل وتعمل على منع حدوثها ، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية الاجتماعية والثقافية في البيئات والاسرة ذات المستوى المتدني.

2-الوقاية الثانوية: وهي الاجراءات التي تكفل التقليل من الاستمرار او تعمل على شفاء الفرد من بعض الاصابات التي يعاني منها ،اي تحول دون تطور الاصابة من خلال الكشف المبكر .

3-الوقاية الثلاثية: وهي اجراءات والتدابير الوقائية التي تحد من المشكلات المترتبة على الاعاقة العقلية، وتعمل على تحسين المستوى الاداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الاثار النفسية و الاجتماعية عند حدوث الاعاقة.(طه عبد العظيم حسين:2008، ص 336)

خلاصة:

كخلاصة يمكن القول بأن التخلف الذهني، هو حالة نقص أو عدم إكمال النمو العقلي المعرفي، فطريا أو مكتسبا نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو نفسية تؤثر على الجهاز العصبي ، مما يؤدي إلى ضعف الذكاء و إنخفاض مستوى الأداء في الحالات المرتبطة بالنضج، التعلم، و التوافق الإجتماعي.

و الطفل المتخلف ذهنيا مثل الطفل العادي، فهو بحاجة إلى أن يعيش في بيئة يسودها الأمان و الاستقرار النفسي و التقبل من الوالدين و الاخرين.

الفصل الخامس

العلاقة أم - طفل

تمهيد:

يعد موضوع الامومة و الطفولة ذو درجة كبيرة من الأهمية، فدراسة الأمومة خطوة اولية و ضرورية لتفهم و تطور الطفل عبر مراحل نموه، لذا فالعلاقة بين الام و الطفل تعد الحجر الأساس في توازنه النفسي و في تطوره و نموه و تؤثر عليه بالسلب أو بالإيجاب حسب نوع العلاقة و هذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل حيث سنبرز مفهوم الامومة الطفولة، التعلق و نظرياته، حاجات الطفل المعاق و تأثير الإعاقة على أم الطفل المعاق و في الأخير سنتكلم عن طبيعة العلاقة بين الطفل و الأم.

1- مفهوم الطفولة: هي مرحلة عمرية من حياة الإنسان تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة. و يعرف علماء النفس و علماء الاجتماع الطفولة بأنها تلك الفترة المبكرة من حياة الإنسان التي يعتمد فيها على والديه اعتمادا كلياً و هي جسر العبور الذي يمر عليه الفرد للنضج الفسيولوجي و العقلي و النفسي و الاجتماعي و الخلفي و التي تتشكل خلالها حياة الإنسان ككائن اجتماعي.

2- مفهوم الأمومة: هي علاقة بيولوجية و نفسية بين الام و أطفالها.

3- مفهوم التعلق: هو كل صيغة من السلوك المؤدي إلى التقارب بين الأم و الطفل، و هو سلوك موجود عند الإنسان و حتى الحيوان، يتميز بالتقارب بين الأم و الطفل.

و يعرفه بولبي **Boulby** أنه دافع أساسي في الحياة كدافع الجوع و العطش و الجنس، فعلاقة الطفل بالأم هي ضرورية للنمو الطبيعي كضرورة الغذاء (فايز قنطار، 1992، ص23، 25).

التعلق المبكر: يؤكد معظم الباحثين بعلم النفس بأن علاقات الطفل الأولى تكون بمثابة حجر الزاوية في تكوين شخصيته إلا أن الاختلاف يتركز غالباً حول أصول هذه العلاقات فمن الواضح أن الطفل خلال السنة الأولى يقيم علاقة قوية مع الأم و تلك حقيقة ثانية تنطبق على معظم الأطفال (فايز قنطار، 1992، ص35).

التعلق عكس السلوكيات العشوائية كما في الابتسامة و المناغاة فإن التعلق سلوك تغييري انتقائي له علاقة بأشخاص معينين و غيابهم يضطرب شعورهم فيكون و حضورهم يسرهم فيفرحون، و إن تعلق الصغير بالكبير يظهرها بين الشهرين السادس و التاسع من عمره و يزداد حده فيما بعد (كاملة الفرج شعبان، 1999، ص77).

و يعتبر تعلق الطفل بالأم سلوك شديد التعقيد رغم أنه يتشكل كأى سلوك تعبيرى بالمثير و الاستجابة من قبل الوالدين و الطفل، فالأم تستجيب لإشارات طفلها و هذا يضعف قلق الطفل، كما يرتبط التعلق بشدة و بالاستجابة الوالدين الفورية و الدافئة لسلوك طفلهم، وتلعب نوعية العناية الأكثر من كميتها كدور حاسم في تكوين سلوك التعلق (كاملة الفرج شعبان، 1999، ص29).

4- أنواع التعلق: هناك نوعان من التعلق هما:

- **التعلق الامن:** و هو ذلك التعلق الذي يظهر فيه الطفل درجة أقل من التوتر لغياب حاضنه، كما يظهر فرحه و ترحيبه بالحاضن عندما يعود إليه و هو الذي يبدو فيه الطفل كذلك و كأنه واثق من أن الحاضن في متناول يده، و تشير الأبحاث إلى وجود فروق بين الأطفال من حيث نوع التعلق و شدته، و هذه الفروق ترجع بدورها إلى شكل التفاعل بين الطفل في الأشهر الأولى من حياة الطفل.

- **التعلق غير الامن:** هو ذلك التعلق الذي يعبر عنه الطفل ببكائه الشديد لمدة طويلة عندما ينفصل عن أمه، ثم يبكائه مرة أخرى عندما يجتمعان، كذلك فإن الطفل ذا التعلق غير امن يبكي عندما يبعد عن الالتصاق العضوي بجسد الأم أو الحاضن (**عبد العلي الجسماني: 1999، ص45، 46**)

5- النظريات المفسرة للتعلق:

- **نظرية التحليل النفسي:** فهي تتلخص فيما ذهب إليه فرويد من أن علاقة الوليد بأمه من النوع الفريد، و قد اعتبر فرويد و بولبي أن اللذة التي يشتمها الوليد من الطعام هي الأساس في النمو التطور في إطار العلاقة الأولية مع الموضوع، و عادة ما يتمثل هذا الموضوع في شخص معين و هو الأم، حيث أرجعت هذه النظرية جذور التعلق إلى الحاجات البيولوجية عند كل من الصغير و أمه و ذلك وفقا للفرض الفرويدي الذي أكد على حاجة الرضيع الفطرية إلى الرضاعة، و لعل هذا التفاعل الخارجي و تكيف الصغير لتجارب التغذية العملية و حاجته للإشباع الفمي عن طريق الرضاعة بالإضافة إلى النماذج الأخرى للاستثارة الفمية عن طريق الرضاعة، كل هذا يؤدي إلى ظهور التعلق عند الصغير، الذي ارتبط إشباعه بصدر أمه و هو الأمر الذي بات جوهريا ليس بحياة الصغير فحسب و إنما لحياة الأم نفسها كذلك.

- **نظرية التعلم:** تؤكد هذه النظرية على استجابة الأم، فأصحاب هذه النظرية يرون أن التعلق ينمو من خلال سلسلة من أساليب السلوك المدعمة تبادليا، فالطفل يبتسم و الأم تفسر الابتسامة كعلامة على الارتياح و الرضا و الاهتمام، و تبتسم هذه الأخرى فيستجيب الطفل بابتسامة و بمحاولة نطق بعض المقاطع الصوتية، و الام تقلد المقاطع الصوتية التي تصدر عن الطفل، و هكذا تتقدم عمليات التفاعل المؤدية إلى تشوه التعلق، و من الواضح أن التعلق لن ينمو نحو راشد غير مستجيب.

و بعض علماء هذه النظرية من أصحاب التوجيه السلوكي، يرون أن الأطفال يمكن أن يتعلقوا بالراشدين الذين يشبعون لهم حاجات معينة كالحاجة إلى الطعام و الى الحماية (**علاء الدين كفاي، 1999، ص112**).

كما تقر نظرية التعلم بأن الطفل يتعلق انفعاليا بالأم لأن ذلك يخفف عنده القلق و التوتر، فالأم هي مثير محايد بالنسبة له و لكن عندما تقترن صورتها بأحداث سارة تكتسب في النهاية نتيجة لهذا الاقتران خصائص مرغوبة لذاتها (**كاملة الفرج شعبان، 1999، ص179**).

- **النظرية الإيثولوجية:** و هي تمثل وجهة نظر أخرى تؤكد على الطبيعة التبادلية لعملية التعلق و ذلك من خلال فروض نظرية بولبي الأخلاقية عن التعلق، التي رأت أن التعلق لا يحدث فقط نتيجة لاستجابات غريزية مهمة لحماية و حفظ حياة الصغير، بل إنه يلعب دورا مهما لحماية و حفظ حياة الجنس البشري كله، لأن لسلوكيات الطفولة من: بكاء، أو ابتسام، أو رضاعة، أو رغبة في الالتصاق بالأخرين و متابعتهم، أثرا فعلا لا يمكن إغفاله، الأمر الذي ينتج عنه بالضرورة نشأة

مسؤوليات الرضاعة الوالدية و الرغبة في حماية الصغير، هذا بالإضافة إلى ان ذلك قد يؤدي إلى الارتقاء بمستوى عمليات الاتصال بين الأم و صغيرها من المستوى البيولوجي المجهز له كل من الصغير و أمه على حد سواء إلى المستوى الأخلاقي و الإنساني في كل عمليات التنشئة الاجتماعية للصغير (نادر فتحي قاسم، 2013، ص3).

- النظرية السلوكية: قد تبنى عددا من السلوكيين نموذج تخفيض الدافع أساس لتفسير الاعتمادية التي تظهر لدى الطفل في علاقته مع أمه باعتبارها الشخص الأول الذي يقدم الرعاية الأولية له و يشبع حاجاته الرئيسية، و قد سلوكيات الطفل الاعتمادية على مقدم الرعاية الأساسية (كالبحت عنها، و القرب منها، و ملاحظتها بالبكاء عند غيابها) كدوافع متعلمة تكتسب نتيجة لارتباط مقدمة الرعاية الأساسية المتكرر لإشباع حاجة الجوع لدى الطفل، و لكن المدرسة السلوكية لا تستطيع أن تفسر الاستمرار المميز و الفريد لعلاقة التعلق مع مرور الوقت (عدي راشد محمد، ايثار منتصر شعلان، 2013، ص170).

5/ العلاقة (أم ، طفل): تعتبر الأم الوسيط بين الطفل و العالم الخارجي، و هي أول معلمة للعلاقات الإنسانية، كما تعد مصدر الأمن في حياة الطفل، فعلى جميع الأمهات أن يدركن أن الطفل ليس كائن خامل غير قادر على فهم أمه و التفاعل معها بل بالعكس إنه قادر على تنظيم تجاربه فالمولود الجديد لا يعبر فقط عن أحاسيسه و يحتفظ بذكراها، بل تنشأ بصورة مبكرة علاقة تفاعل بين الطفل و الأم (روسان، 2001، ص13).

كما على الام أن تدرك أن لرضيعها جهازا نفسيا خاصا محتاج إلى شحنات نرجسية و التي لا يؤمنها له إلا الحنان، و هنا يقول **Pierre Marty** أن الطفل يولد مالكا لجهاز نفسي بدائي متميز بالنرجسية الأولية غير متميزة، ووظيفة الأم في هذه المرحلة هي في قيامها بإعادة شحن هذه النرجسية الأولية (النابلسي، 1988، ص101).

تتمثل العلاقة بين الأم و الطفل علاقة تبادل فالأم تقدم الحب و المساندة المادية بينما يستجيب الطفل بالعاطفة، و كل من الطفل و الأم يكتسب الرضا من هذه العلاقة الأمر الذي يؤدي إلى تفاعل مستمر و متبادل بين الطرفين، فالأم هي المحور الأساسي لإشباع حاجات الطفل البيولوجية و يتميز سلوك الأمومة بالتقارب الجسدي بين الطفل و أمه الذي يعتبر امتدادا لمرحلة الحمل فيتم التوحد بينهما خاصة أثناء الرضاعة و المخاطبة و لمسها مما يولد لديه علاقة قوية (فايز قنطار، 1992، ص139).

كما أنه أول علاقة تربط الطفل بأمه تعود للطبيعة البيولوجية للام، فهي تسعى لتلبية حاجاته البيولوجية من رضاعة و تنظيف و وقاية، حيث أن جميع اهتمامات الأم أثناء المرحلة الأولى تكون موجهة نحو الترفيه الجسدي، و من أهم الدراسات التي أوضحت أهمية سلوك الأم في تشكيل سلوك طفلها و تطويره، دراسة بولبي لذي يرى أن السنتين و الصف الأولى تشكل فترة حرجة ينبغي أن تتشكل فيها الروابط بين الطفل و الأم مما يساعد على نمو مهارات الطفل الاجتماعية (دوتش، ت: مصعب، 2008، ص323).

6/ تأثير إعاقة الطفل على أمه:

إن الانتقال من الحياة الجينية إلى الحياة الخارجية يؤدي إلى تغيرات هامة من الناحية البيولوجية و النفسية للطفل، إذ أن العلاقة التي يؤسسها الطفل مع أمه في هذه المرحلة هي علاقة اندماجية تتميز بالتأثر، و تتحقق هذه العلاقة إذا كان الطفل مرغوب فيه وخاصة في الحالات التخلف العقلي فالعلاقة بينه و بين الموضوع الأولي - الطفل - تنحرف إلى الاضطراب و عدم الانسجام، مما يتولد لدى الطفل الشعور بالاضطهاد و عدم الشعور بالأمن، و تتميز الاثار الناتجة عن التخلف العقلي عن الأم، أنها تعتبر صدمة بالنسبة لها، و عليه تشعر الأم في حالة إنجابها لطفل غير عادي بالوحدة من خلاله كما يتولد لديها الشعور بالحرمان أكثر من أي أم أخرى لديها طفل عادي و بالتالي تقوم بتمثيل دور الأمومة تاركة طفلها في عالمها الهوامي.

و هناك أمهات تتناهن مشاعر الحزن و الخوف و الحيرة و القلق و الحسرة لذلك تستجيب بالرفض أو عدم استيعاب الحقيقة و يتشككن في تشخيص الأخصائيين، لهذا نجدهن ينتقلن بين العديد من المتخصصين لعل أحدهم يبعث فيهن الأمل في الشفاء ابنهن و عودته طبيعياً مكتمل الذكاء، و في نهاية المطاف تدرك الأمهات هذه الحقيقة، و قد تتناهن بعض المشاعر السلبية من الإحساس بالذنب و المسؤولية و الخجل من أطفالهم و هم يتأملون، و قد يخفيان طفلها المعاق عن الآخرين أو يتجنبان الخوض معهم في حديث عنه ليتجنب الإحراج و مشاعر الخجل لانجاب طفل معاق، فلا يذكرونه إلا نادراً، و هناك من يرضخن للواقع و يتقبلن الأمر و يكرسن كل جهدهن في رعاية الطفل و تعليمه و جعله يتكيف مع إعاقته و يحقق الاستقلالية الاندماج الاجتماعي (ايمان كاشف، 2001، ص146).

7/ حاجات الطفل المتخلف ذهنياً: تتشابه الحاجات الاجتماعية و النفسية عند المتخلفين ذهنياً مع حاجات الأطفال العاديين، فالإنسان سواء كان معاقاً أم عادياً يسعى إلى إشباع حاجات الطعام و الشراب و النوم و الراحة و الأمان و التقبل و الحب،... و غير ذلك من الحاجات النفسية، فالطفل المتخلف ذهنياً لا يختلف عن الطفل العادي بالنسبة لهذه الحاجات، فهو يحتاج إلى أن يكون محبوباً و مرغوباً فيه، و يحتاج إلى الاحساس بالأمان و إلى أن ينتمي إلى الآخرين، و أن تكون علاقته بهم طيبة، كما يحتاج إلى أن يصبح ملماً بالعالم المحيط به، حتى يستطيع أن يعرف من هو، و فيما يلي نذكر أهم هذه الحاجات:

- **الحاجة إلى التقبل الاجتماعي:** تعتبر الحاجة إلى التقبل الاجتماعي، الشعور بأنه محبوب و مرغوب فيه من الأشخاص المحيطين به عند الطفل المتخلف ذهنياً أعلى من العاديين، و قد فسّر الباحثين هذه الظاهرة بأنها نتيجة الحرمان الاجتماعي الذي يعيش فيه الأطفال المتخلفين ذهنياً، فهذه الفئة من الأطفال عندما تشعر بعدم التقبل في البيت المدرسة و مع الأصدقاء يجعلهم يسعون للحصول على هذا التقبل، و يظهر هذا في تأثرهم بتشجيع الآخرين و تأييدهم لهم، فهم يستمرون في العمل و في بذل الجهد بالتدعيم الاجتماعي، أي عندما يشعرون بالتقبل من المحيطين بهم (محمد سلامة غباري، 2003، ص64).
- **الحاجة إلى جو أسري مستقر:** الجو العائلي الهادئ المستقر الذي يسوده روح المحبة و التقاهم و التعاون من جميع أفراد الأسرة يعطي للطفل الشعور بالأمان و الثقة بالنفس، و تحميه من القلق و توقع الخطر، و العلاقة بين الوالدين يجب أن تكون مبنية على الاحترام

المتبادل و التعاون على مشكلات الحياة، بحيث يضع الكل في جو هادئ بعيدا عن الصراعات الانفعالية التي تضيف عبئا انفعاليا و نفسيا على درجة التخلف العقلي لطفلها، و كذلك على الوالدين إتاحة الفرصة للاهتمام بالأطفال الاخرين بالأسرة (اخوة الطفل المعاق) لأنهم يشعرون بحاجتهم لذلك و كذلك توفير الوقت للمرح معم، و بذلك ينمو لديهم هذا الشعور بالراحة و الاطمئنان في نفوسهم، و حتى لا تظهر عليهم علامات الغيرة من أخيهم المتخلف ذهنيا الذي يحظى بكل الحب و الحنان و الرعاية، و بذلك تزداد محبتهم لأخيهم و يحاولون مساعدته و يشركونه في العابهم في حدود قدراته، و يجب ان يكون لكل طفل في الأسرة قيمته و اعتباره و أهميته بدون تفضيل أحدهم عن الآخر، فالأصحاء يعطفون على الطفل المتخلف ذهنيا و يساعدونه في جو من الود و التفاهم، و الاخ المتخلف ذهنيا يساعد في المنزل بقدر استطاعته، الأمر الذي يساعده على النمو النفسي و الاجتماعي و الجسمي بصورة سليمة (ماجدة السيد عبيد، 2000، ص341).

● **الحاجة إلى التقدير:** إن إحساس المتخلف ذهنيا بتقدير الاخرين له يؤدي إلى ارتفاع تقديره لنفسه و بالتالي إلى إحساسه بالأمن النفسيين و على العكس عندما يحرم الطفل من تقدير الاخرين يشعر بالعجز و الفشل، مما يجعله يعزف عن المشاركة في أي نشاط إيجابيين و يرتبط بهذه الحاجة أيضا الحاجة إلى تعديل مفهوم الذات.

و من خلال العرض السابق يمكننا استنتاج أن المتخلفين عقليا أكثر عرضة لانعدام الصحة النفسية، و التعرض للاضطرابات النفسية و العقلية، ليست بسبب تخلفهم العقلي فقط، و لكن بسبب الخبرات السيئة التي يتعرضون لها بتفاعلهم مع الاخرين مثل الفشل و الإحباط و الحرمان، لذلك ظهرت الحاجة إلى توفير برامج للرعاية الخاصة للمتخلفين ذهنيا في سن مبكرة لوقايتهم من تنمية الاستعدادات الخاطئة و غير السوية، و لا يتحقق ذلك الا من خلال توفير للطفل أسرة يشعر معها بالأمن و الطمأنينة، و يدرك التقبل من الراشدين المهمين في حياته، كالأب و الأم و الإخوة، و يحتاج إلى التعليم و التأهيل المهني حتى يعول نفسه فيمارس حياته الاجتماعية كغيره من العاديين (محمد سلامة غباري: 2003، ص67).

خلاصة:

نستخلص من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل ، أن ما يواجه الطفل من مؤثرات في مراحل نموه يستند على طبيعة العلاقة القائمة بينه و بين والديه خاصة الأم ، فهي الإنسان الرئيسي في حياته ، و المصدر الأول لخبراته ، كما أنها المظهر الأصيل لاستقراره و توازن شخصيته ، سواء أن كان طفل عادي أو معاق ، و على هذا فاستقرار شخصية الطفل و ارتقائه يعتمد كل الاعتماد على العلاقات الأمومية السائدة بين الطفل و أمه.

الجانب النظري

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية

1- تعريف بمنهج البحث:

- هو مجموعة الخبرات المنتظمة التي يسير وفقها الباحث من أجل التحقق من الفرضيات الخاصة بالدراسة، أو بعبارة أخرى كيف يحقق الباحث هدفه.
- و يعرف **موريس أنجرس** المنهج بأنه مجموعة من الإجراءات، و الطرق الدقيقة المتبناة من أجل الوصول إلى نتيجة، و المنهج في البحث العلمي يعتبر مسألة جوهرية لأن الاجراءات المستخدمة أثناء إعداد البحث و تنفيذه هي التي تحدد النتائج.
- و يعرفه **روشلان** بأنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة، و الإجابة عن الأسئلة، و الاستفسارات التي يثيرها الموضوع البحث و طبيعته (**مزيان محمد، 1999، ص29**).

2- تعريف المنهج العيادي: اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي، و يعتبر من المناهج البحثية و التشخيصية الأساسية التي يستخدمها علم النفس العيادي، و يطبقها الأخصائيين النفسانيين في دراسة و تشخيص ما يعانيه مرضاهم من اضطرابات و أمراض نفسية.

و هو منهج يركز على دراسة الحالات الفردية لمختلف وسائل و أدوات جمع البيانات المستخدمة في البحوث النفسية و في اختبارات الذكاء و اختبارات الشخصية و دراسة الحالة (**عمر محمد تومي، 1996، ص131**).

و يعتبر المنهج الذي يستخدم في العيادات النفسية للتشخيص و العلاج لأن تفسير أي مظهر سلوكي لا يكون بعزل هذا المظهر عن غيره من المظاهر، بل بالرجوع إلى التشخيص ككل، و إلى كافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص، لأن المنهج العيادي يدرس المريض كحالة واحدة ووحدة كلية (**الديرين حسين، 1985، ص85**).

و للمنهج العيادي عدة مناهج فرعية:

- ✓ المنهج الوصفي باستعمال الملاحظة و المقابلة العيادية.
- ✓ المنهج التاريخي لمعرفة تاريخ الحالة.
- ✓ المنهج التشخيصي باستعمال الاختبارات النفسية و الإسقاطية.

(محمد عطية، ص13)

3- أدوات المنهج العيادي:

أ - **المقابلة العيادية:** هي قلب العمل الاكلينيكي و تعد من الأدوات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي النفساني، و يعتمد عليها في الحصول على البيانات و المعلومات عن العميل مما يساعد في عملية التشخيص و العلاج (**حسن مصطفى عبد المعطي، 1997، ص155**).

و تعرف بأنها تفاعل لفظي بين شخصين في موقف مواجهة، حيث يحاول الباحث أن يستثير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى المبحوث، و التي تدور حول آرائه و معتقداته (**الفتلي حسين هاشم، 2014، ص106**).

و يعرفها **بنجهام مور و جستراد** و غيرهم على أنها محادثة موجهة لغرض محدد، غير الاشباع الذي يتم عن المحادثة نفسها (**زكي محمد زكي، 1062، ص122**).

وليس الهدف من المقابلة العيادية عنونة المريض و إصاق الصفات به أو تصنيفه في فئة اكلينيكية محددة، و إنها الهدف منها هو الكشف عن ديناميكية سلوك المريض قبل أي اعتبار، و يتوقف نجاحها على قدرة الأخصائي في بناء علاقة دافئة و مشجعة بينه و بين المريض (**حسن مصطفى عبد المعطي، 1997، ص155**).

و المقابلة ثلاث أنواع:

- ✓ **المقابلة الموجهة:** و هي التي تتطلب أسئلتها إجابات دقيقة و محددة مثلا: نعم أو لا، و يمتاز هذا النوع من المقابلة بسهولة تصنيف بياناتها و تحليلها إحصائيا.
- ✓ **المقابلة غير الموجهة:** و هي التي تتطلب أسئلتها إجابات محدودة و هذا النوع من المقابلة يمتاز بغزارة بياناته، و صعوبة تصنيف إجابات.
- ✓ **المقابلة النصف موجهة:** و هي التي تكون أسئلتها مزيج بين أسئلة النوعين السابقين، و تأخذ من إجابيات النوعين السابقين.

و قد اعتمدنا في دراستنا هذه على المقابلة النصف موجهة، وحيث كنا نترك الحرية للحالة في التعبير عن معاناتها، و لكن كنا نضطر في بعض الأحيان بالتحديد ببعض الأسئلة، و ذلك بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات عن الحالة (**الفتلي حسين هاشم، 2014، ص107**).

ب - الملاحظة العيادية: تعتبر من الوسائل التي يمكن بواسطتها الباحث الحصول على معلومات عن طبيعة البشرية، و يقصد بالملاحظة تسجيل الباحث الأحداث و الوقائع كما هو موجود بالفعل (**عباس محمد عوض، 1987، ص96**).

و الملاحظة في البحوث العلمية أداة لجمع البيانات أو المعلومات حول السمات أو السلوك الذي يراد قياسه، تقوم على مشاهدة هادفة بموجب إجراءات منظمة لموضوع معين أو سلوك معين بقصد فهمه و تفسيره (**الفتلي حسين هاشم، 2014، ص109**).

كما يعرفها **جوليان روس** على أنها مجموعة من المهارات الضرورية للإكلينيكي و التي تتجلى في ملاحظة المريض بوجه عام، من منظر خارجي إلى تغيرات الوجه بنبرات الصوت، حركات الجسم، الموقف الذي يكون عليه المريض أثناء الإجابة على سؤال ما... (**دكراس كمال، 1957، ص3**)

و الملاحظة نوعان:

- ✓ **الملاحظة المباشرة:** حيث يقوم الباحث بملاحظة سلوك معين، من خلال اتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يدرسها.
- ✓ **الملاحظة غير المباشرة:** حيث يصل و يطلع الباحث على السجلات و التقارير و المذكرات التي أعدها الآخرين (**الفتلي حسين هاشم، 2014، ص110**).

و قد اعتمدنا في هذه الدراسة على الملاحظة المباشرة، و التي يتم عن طريقها دراسة السلوك الظاهري للشخص بموضوعية و بصورة مباشرة و جمع البيانات و المعلومات اللازمة لفهم السلوك و فهم الأسباب التي تكمن وراءه و الظروف التي تؤثر فيه.

ج - دراسة الحالة: هي المجال الذي يقدم للأخصائي النفسي أكبر من المعلومات حتى يتمكن من فهم السلوك المعمق للحالة، فهي دراسة تركز على الفرد، فدراسة الحالة تتم بمعرفة التاريخ الشخصي و المرضي و الاجتماعي للأفراد (الخالدي أو هيب محمد، 2006، ص78).

و يعرفها جون روتر **J Rotter** بأنها المجال الذي يتيح للأخصائي النفسي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو المريض و ذلك من المعلومات التي يتحصل عليها من خلال المناقشة المباشرة مع الحالة و المتضمنة لطبيعة المشكلة، و ظروفها، و مشاعر صاحبها، و اتجاهاته و رغباته و الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها و يقوم بتحليل ما تحصل عليه تحليلاً دقيقاً و عميقاً الوصول إلى تشخيص سليم (حواليات روتر محمد عطية، ص13).

4- الاختبارات المستعملة:

أ - اختبار فحص الهيئة العقلية: هو عبارة عن وسيلة تحليلية للوصول إلى التشخيص الملائم الخاص لكل حالة، وضع من طرف الدكتور نصره قويدر رحمه الله سنة 1978، يعتمد هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية و الحركية. و يحصل الفاحص على المعلومات الرئيسية. إما من خلال إعطاء التفسيرات أو تقديم التوضيحات المهمة أو من خلال ذكر الفاحص لمشكلته. و يركز هذا الفحص على النقاط التالية:

- **الاستعداد و السلوك العام:** المظهر، اللباس، النظافة، التعبير، السلوك العام خلال الحديث، السلوك خلال الفحص، الانقطاعات في الحديث، تغيرات في السلوك الحركي.

مؤشرات القلق: كالانحراف، الاضطراب الحركي، التنفس السريع، الاستثارة و الاستجابات الحركية الغير المراقبة.

- **النشاط العقلي:** الإنتاجية التلقائية، الكمية، الإجابة، التكرار الآلي و الشرود الذهني.

- **الميزاج و العاطفة:** الاستجابات العاطفية لشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، البلاء، تضخم الأنا، الإحساس بالذنب، أفكار تعكس، احتقار الذات، نزعات الانتحار.

- **محتوى التفكير:** محتوى التعبير، التلقائية في الإجابات، انشغالات تدمير الذات، العدوانية الموجهة نحو الآخرين، شكاوي توهم المرض، أفكار العظمة و الاضطهاد.

- **القدرة العقلية:** التوجه الزمني و المكاني، الانتباه، الذاكرة الحديثة و البعيدة، الحساب، القراءة، الكتابة، الفهم، المعارف العامة و الذكاء.

- **الاستبصار و الحكم:** القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانية المفحوص على استيعاب مشكلاته و الظروف التي ساهمت في ظهور المشكل مدى درجة إستعبابه للسلوكات المتكررة و ميزات شخصيته، أسلوب مقاومة المرض المشكل، المراقبة الاندفاعية، المخططات السابقة لمواجهة المشكل و لتقويم الحكم نطرح الأسئلة التالية:

ماذا تفعل إن كانت أول من اكتشف وجود النار في قاعة السينما؟

ماذا تفعل إذا وجدت نفسك تائه في مدينة غريبة؟

التشخيص: يجب أن يترك متسعا من الوقت كي لا يترك مجال الشك في التشخيص المتوصل إليه.

ب - مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق: وضع هذا المقياس الطبيب النفسي ماكس هاملتون عام 1959م لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطى درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية و النفسية، و إذا استخدم استخداما سليما فإن الدرجات تكون مؤشرا يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

و يعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص و إدراكه لوجود الأعراض المتنوعة، عن طريق استجواب و تقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

و يشمل المقياس على 14 عرضا مركبا، يكون مجموع درجاتها مقياسا كميا لدرجة القلق، و عادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دوريا بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن.

يقيس هذا المقياس كما ذكرنا سابقا مدى شدة الأعراض النفسية و الجسمية للقلق، فيضع الفاحص درجة لاستجابة المريض وفقا لخمس مستويات هي:

صفر = لا توجد أعراض.

1 = أعراض طفيفة.

2 = أعراض متوسطة.

3 = أعراض شديدة.

4= أعراض شديدة جدا.

لتفسير الدرجات هناك طريقتين:

الطريقة الأولى: تتبع عرض واحد و مقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن، فالمريض الذي ينال درجة 3 على فقرة المزاج الاكتئابي مثلا في أول تطبيق ثم ينال درجة 1 بعد أسبوع فهذا يعني أن هناك تحسن و استفاد من العلاج.

الطريقة الثانية: هي مقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمريض الذي ينال في أول تطبيق درجة كلية 30 و بعد أربعة أسابيع يحصل على درجة 15 يكون قد تحسن بنسبة 50.

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
					التوجس و الشك، توقع الأسوأ أو الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.	1- عسر المزاج
					مشاعر عدم الارتياح، سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال.	2- التوتر
					من الظلام و الغرباء و الوحدة و الحيوانات و زحمة المرور.	3- الخوف
					صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع و الاحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام و كوابيس و مخاوف ليلية.	4- الأرق
					صعوبة التذكر و ضعف الذاكرة.	5- الذاكرة
					اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، حزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من النقيض إلى النقيض في يوم واحد.	6- المزاج الإكتئابي
					تململ، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تنهيدات أو تلاحق الانفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشؤ، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حركة العين و جحوظ العينين.	7- السلوك خلال المقابلة
					طنين في الأذن، زغلة البصر، نوبات من السخونة و البرودة، احساس بالضعف.	8- المشاعر الجسمية الحسية
					الام و أوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الاسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.	9- المشاعر الجسمية العضلية
					اختلال ضربات القلب، الام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، الاحساس بالدوار.	10- أعراض القلب و الأوعية الدموية
					ضيق الصدر أو اختناقه، الاحساس بالاختناق، التثهد و عسر التنفس.	11- أعراض تنفسية
					صعوبة البلع، الام البطن، حرقان المعدة، الاسهال، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان،	12- الأعراض المعوية العضلية

					القيء، نقص الوزن، الإمساك.
					زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية.
					جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع و توتر، وقوف الشعر.
					13- أعراض المسالك البولية و التناسلية
					14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: (...)

5- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تم تطبيقها على الحالة:

أ - **الاسترخاء:** هو أسلوب يهتم في الأصل في التقليل من حدة القلق والضغط النفسي الذي يشعر به الفرد من خلال اكتسابه عدد من المهارات، ويعمل الاسترخاء على زيادة قدرة الفرد على التمييز عناصر الضغط والانزعاج ومقاومة الآثار السلبية الناتجة عنها (عبد الحليم عب الله: 2013، ص 248).

لذلك يعتبر الاسترخاء كأحد نوع من مضادات الضغط و التوتر، و بما أن والدي الأطفال المتخلفين ذهنياً، خاصة الأمهات يعانون من بعض المشاعر و الأحاسيس، التي لا يستطيعون السيطرة عليها كالقلق و التوتر، إضافة إلى أنهم ليست لهم القدرة على التعبير عن رغباتهم و انفعالاتهم بسبب انشغالهم الدائم بالطفل و بحاجاته و مشاكله، و هذا من شأنه أن يكون أفكار لا منطقية حول دواتهم و حول الطفل المتخلف ذهنياً، لذلك هن بحاجة إلى أسلوب يساعدهم على التخفيف من الضغوطات و الانفعالات المكبوتة الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة، و عليه ستتم استعمال تقنية الاسترخاء و الذي يعتمد على عدة تمارين، و لكن تم الاعتماد على تمرين واحد و هو تمرين التنفس، فهذه الطريقة تساهم في التحقيق الراحة النفسية و الجسمية.

ب - **التخلص التدريجي من الحساسية:** تعتبر هذه الطريقة من أهم الطرق المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي، و يقصد بها التخلص التدريجي من ارتباط السلوك المضطرب بشيء أو حادث معين، و يتم ذلك بتحديد مثيرات السلوك المضطرب و تعريض المريض لتكرار متدرج من المثيرات و هو في حالة استرخاء حتى لا تنتج الاستجابة المضطربة، ثم يستمر التعرض للمثيرات المتدرجة في الشدة حتى يتم الوصول إلى اختفاء السلوك المضطرب.

ومن أجل تحقيق ذلك يقوم المعالج باتباع الخطوات التالية:

- تدريب المفحوص على الاسترخاء.

- اعداد مدرج للقلق بمعنى ترتيب كل المواقف التي تثير القلق لدى المريض من أقل شدة إلى أكثرها شدة.

- مرحلة العمل (إجراءات التخلص المنظم من الحساسية). (جودت عبد الهادي: 2007، ص 126)

تبدأ الجلسة الأولى بأن يطلب المعالج من المفحوص أن يسترخي بنفسه لمدة 5 دقائق مع الايحاء بأنه قد أصبح في حالة استرخاء، و يطلب منه بأن يشير بأصبعه عندما يشعر بالراحة و يصبح في حالة من الاسترخاء، و عندما يتم ذلك يطلب من المريض أن يتخيل مشهدا من المواقف التي تشكل لديه قلق و ضغط، و نبدأ بالمشهد الأقل إثارة للقلق ثم ننتقل إلى مشهد اخر، و هكذا إلى أن يشير المريض بأنه قد بدأ في الشعور بالتوتر، و يكرر المعالج تقديم المشهد الواحد من 3 إلى 4 مرات، تستغرق كل مرة حوالي 10 ثواني، و تعرض المشاهد التي يتخيلها المفحوص في شكل تصاعدي من المشهد الأقل إثارة للقلق إلى المشهد الأكثر إثارة للقلق.

ج - التدريب التحصيني ضد الضغوط: اتى بهذه الطريقة ميكنيوم سنة 1974 الذي يرى أن تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم المعلومات و التعليمات الذاتية التي تركز على تعليم المرضى كيفية التخطيط و التفكير قبل الاستجابة، و مساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الايجابي حيث أن التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية و استبدالها بأحاديث ذاتية ايجابية. (محروس الشناوي:ص135)

و تشمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية هي:

- مرحلة التصور العقلي و تكوين المفاهيم: و فيها يتعاون المعالج مع المفحوص على إقامة علاقة تعاونية ايجابية بينهم، كما تتضمن هذه المرحلة بتزويد المعالج بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط و طبيعتها و تأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد.

- مرحلة إكتساب المهارات: و تهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المفحوص على تعلم و إكتساب مهارات المواجهة المعرفية السلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها، و ذلك من خلال التدريب على مجموعة من الفنيات مثل: الاسترخاء، التحكم في التنفس، التخيل و أحاديث الذات الايجابية، و كذلك التدريب على حل المشكلات من أجل التحكم في الانفعالات و ذلك بالتأكيد على الفنيات المعرفية.

- مرحلة التطبيق: و فيها يتم تشجيع المفحوص على تطبيق ما تعلمه من مهارات لمواجهة الضغوط و تنفيذها، فهناك بعض الأفراد يجدون صعوبة في حل ما يواجههم من مشكلات و مواقف صعبة نتيجة نقص مهارات التدريب على حل المشكلات، و في ضوء ذلك يعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة. (محروس الشناوي:ص136)

6- التعريف بمكان الدراسة: يعود تأسيس المؤسسة الى تاريخ 04-04-1853 الفئة المستفيدة المرضى المزمنين، المسنين، اليتامى و الطفولة المسعفة تحت رعاية الراهبات، و طبقا للمرسوم رقم 59,80 المؤرخ في 08-03-80 اصبحت المؤسسة تتكفل بالأطفال ذهنيا، و يهتم المركز باستقبال الاطفال المتخلفين ذهنيا الذين يعانون من تأخر عقلي و التكفل بهم قصد تحقيق الاستقلالية، الدمج الاجتماعي و كذا التوجيه الوالدي .

البرنامج البيداغوجي: نشاطات التفتنين –استقلالية ونشاطات الحياة اليومية –النشاطات الذهنية –النشاطات الجسم و الذات – النشاطات الحركية المكيفة –النشاطات الحركية المكيفة – النشاطات الحسية- النشاطات التعبيرية و الثقافية.

وتتكون من: مختصين في علم النفس العيادي و التربوي و الأروطوفوني، مربون عاديين و مربون مختصون، مساعدة اجتماعية، وواصفات ليلية.

يعمل المركز في شكل مؤسساتي من خلال التكفل الطبي النفسي و التربوي للأطفال المتخلفين و الذي يتم توزيعهم داخل الاقسام البيداغوجية حسب مستوياتهم و درجة اعاقتهم علما ان عدد اطفال الفوج لا يتعدى 10 افراد.

الافواج هم: التفتنين، الملاحظة، تأخر عقلي متوسط اعلى، تأخر عقلي متوسط اقل، تأخر خفيف، ورشة الورق المسترجع، نظام التكفل نظام المؤسسة داخلي و نصف خارجي.

قدرة الاستيعاب: 60 طفلا، تتراوح اعمارهم ما بين 6 سنوات و15سنة.

وتجسيدا لأهداف المؤسسة الرامية الى تحقيق عملية التكفل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا فقد تم فتح قسم خاص للأطفال , الذين يتراوح اعمارهم من 03 الى 06 سنوات و مقره روضة (ام الحرمان) ما رفال (العثمانية) وهران.

نشاطات المؤسسة:

-اجتماع بيداغوجي (اسبوعي) دراسة الحالة، التقييم،...

- اجتماع التنسيق .

-اجتماع مع اولياء الاطفال.

الهيئة المقررة :

-مجلس الادارة

- مجلس النفسي التربوي.

حيث تمت المقابلات مع الحالة في مكتب الأخصائي النفساني و في ظروف جيدة، وتم الاتصال فيها بسهولة، أما عن الحصص العلاجية فقد تمت في غرفة التمارين الحسية الحركية الخاصة بالمركز و ذلك لتوفر فيها الوسائل.

الفصل السابع

تقديم الحالة

التقرير السيكولوجي للحالة

الاسم و اللقب: ح. ز

الجنس: أنثي

السن: 43

الحالة المدنية: متزوجة و أم لأربعة أطفال

المستوى الدراسي: 6 ابتدائي

مكان التقويم: المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا

تاريخ التقويم: مدة 3 أشهر (فيفري، مارس ، افريل)

دافع التقويم: في إطار تحضير مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستار تخصص علاجات نفسية.

الاختبارات المستعملة:

- فحص الهيئة العقلية.

- مقياس هملتون لتقدير مدى القلق.

العلاج النفسي المستعمل:

- العلاج المعرفي السلوكي بالاستعمال التقنية الاسترخاء ، التحصين التدريجي ضد الضغوط و أسلوب تأكيد الذات ، و تقنية التخلص من الحساسية و الكلام الذاتي.

فحص الهيئة العقلية:

الاستعداد و السلوك العام: الحالة (ح.ز) امرأة تبلغ من العمر 43 سنة، سمراء البشرة ، متوسطة القامة ، ممتلئة الجسم ، لا تعاني من إعاقات أو تشوهات ، تظهر اكبر من سنها مقارنة مع النساء في سنها ، ترتدي الحجاب (حجاب شرعي) قديم نوعا ما ، تظهر الحالة من خلال السلوك العام استعدادا و تركيزا أثناء المقابلات ، لديها بعض الانقطاعات في الكلام وذلك عند عجزها عن التعبير عن معاناتها ، كما تعاني الحالة من حزن و قلق و ضغط و تبين هذا من خلال نبرة صوتها المنخفضة ، طريقة كلامها ، وملامح وجهها المعبرة عن ذلك.

الهيئة الخارجية: لدى الحالة (ح.ز) هيئة بسيطة و هذا ما لاحظناه من خلال المقابلات، فهي لا تبدي اهتماما كبيرا بمظهرها من حيث التغيير و التجديد ن فهم الحالة الوحيد هو انشغالها الكبير بأولادها و محاولة الاهتمام بهم.

النشاط العقلي: تتكلم الحالة (ح.ز) تتكلم بطريقة واضحة و مفهومة ، انتاجها للكلام قليل و هذا ما لاحظناه من خلال المقابلات ، فهي في بعض الاحيان تعجز عن ايجاد العبارات المناسبة للتعبير عن معاناتها و احيانا أخرى تعجز عن الكلام و ذلك بسبب عدم فهمها للأسئلة، و ما اضطرنا إلى

غلى إعادة صياغة الأسئلة بطريقة واضح و بسيطة ، كما تتميز الحالة بالصراحة و هذا ما ساعدنا في إدراك أمور كثيرة حول معاش الحالة النفسي.

المزاج والعاطفة: إن ردود الأفعال و العاطفة و الحياة الانفعالية للحالة (ح.ز) تراوحت ما بين الحزن و القلق ، و امتلاء فكرها بمشاعر الدونية ، الاحساس بالذنب ، و نقص الثقة بالذات و ذلك من خلال انجابها لطفل متخلف ذهنيا.

محتوى التفكير: إن محور حديث الحالة يدور حول معاشها النفسي مع أبنائها خاصة حول ابنها المتخلف ذهنيا و عن مشاكلها العائلية و الاجتماعية ، كما تبحث دائما على ايجاد طرق تربوية لمساعدة ابنها على اكتساب الاستقلالية و الاندماج الاجتماعي.

القدرة العقلية: من خلال المقابلات تبين لنا أن الحالة (ح.ز) لا تعاني من أي اضطراب في الذاكرة ، فذاكرتها قوية سواء للأحداث القريبة أو البعيدة و الدليل على ذلك هو تقديمها لبعض المعلومات الدقيقة حول طفولتها و حول ابنها المتخلف ذهنيا و عن مراحل نموه.

امل من خلال الفهم و الذكاء ، فالحالة لها فهم بسيط للأمور الخاصة و المتعلقة بطرق تدريب و تربية طفل معاق، قدرتها على القراءة و الكتابة و الحساب محدودة ، و ذلك بحكم أنها توقفت عن الدراسة في المرحلة الابتدائية ، لدى الحالة فهم عام لبعض المعارف و هي تجهل بعض الأمور الدقيقة.

الاستبصار و الحكم: الحالة (ح ، ز) مدركة تماما لوضعيتها الحالية و لظروف نشأة هذه معاناتها و مشاكلها النفسية، كما أنها تحمل نفسها ظروف إنجاب طفل معاق ، كما أنها دائمة البحث على ايجاد حلول لمشاكلها، وتحاول جاهدة إلى أن تعيش في استقرار نفسي و أسري و اجتماعي، و حاليا الحالة تحاول التأقلم و التكيف مع وضعها الحالي، و تبحث عن الحلول التي تخفف من معاناتها و تساعد على تخطي كل هذه المشاكل و العيش كباقي الأمهات.

الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة (ح،ز):

الحالة (ح،ز) امرأة تبلغ من العمر **43** سنة حيث ترعرعت في أسرة بسيطة مكونة من الوالدين و هما على قيد الحياة، و أخت وحيدة و أربعة إخوة و كلهم يتمتعون بصحة جيدة، عدا الأم و التي تعاني من مرض السكري و الروماتيزم، الحالة تحتل المرتبة الثانية في الأسرة بعد أخ أكبر، تلقت تعليمها بصورة طبيعية إلى غاية تحصلها على شهادة التعليم ابتدائي، إلا أن والدها أوقفها عن الدراسة بحجة بعد الإكتمالية عن مكان إقامتها، و البقاء في المنزل لمساعدة والدتها في التكفل بإخوتها و بأمور المنزل، و كانت ردة فعل الحالة الرفض و عدم التقبل و هذا ما صرحت به أثناء المقابلات : " كنت أريد أن أصبح امرأة مثقفة و لها مكانة في المجتمع، و ليس كما أنا عليه الان" و عبرت الحالة عن هذا بملامح حزينة و نستخلص من ذلك انها غير متقبلة لوضعها الحالي و أن لها تدني لقيمة الذات، ثم بعد مرور وقت تقول أنها تقبلت توقفها عن الدراسة لمساعدة والدها المريضة، و عند بلوغ الحالة سن **19** سنة تقدم لخطبتها أحد أفراد عائلتها من بعيد و الذي كان يكبرها بست سنوات، كان يعمل عون أمن بالبلدية و هو ذو صحة جيدة، و تزوجت الحالة في سن العشرين، و انتقلت للعيش في بيت الزوج المكون من والدها، أختين و ثلاثة إخوة ، تقول الحالة أنها

كانت تعيش استقرار في حياتها الزوجية و لكن بعد مرور وقت و بالضبط في حملها الأول بدأت تظهر بعض الصراعات في الاسرة بين الحالة و أخت الزوج الكبرى و ذلك لأنها كانت مريضة و لم تكن لها القدرة الكافية على القيام بأشغال المنزل، و تقول الحالة: "حملي الأول فوته غي بكاء و زعاف و مشاكل" و بعد إنجابها لطفلها الأول، طلب منهم والد الزوج الخروج للسكن لوحدهم لأنه كان يريد تزويج ابنه الآخر، و تصرح الحالة أنها عانت كثيرا من هذا الأمر و طفلها صغير و غير قادر على تحمل هذه الأعباء و التنقلات المتكررة من مكان لآخر، و ذلك بسبب عدم توفر منازل للكراء، و إن وجد يضطرون أحيانا لترك المنزل بسبب غلاء تكلفة الكراء أو يخرجهم صاحب المنزل لأغراضه الخاصة، حيث صرحت الحالة بقولها: "دراهمنا راحوا قاع في الكراء"، و ظلوا على هذا الحال لمدة 5 سنوات، كما أنها أنجبت ابنتها الثانية في تلك الظروف الصعبة، و في تلك الاثناء توفي والد الزوج، و أخذ كل واحد من الاخوة حصته من الميراث و تقول الحالة أنهم اشتروا من نصيبهم ارض و قاموا ببناء منزل لإيوائهم، و حاليا تعيش في منزل بسيط و هش و بسكن فوضوي، فالمنزل غير مكتمل البناء و تقول: " نغبن بزاف و كثيرا في الشتاء، و أولادي صغار، فالامطار تدخل لكامل المنزل، و دخل الزوج ما يكفيش للترميم، و رانا حاصلين غي في المصروف و المرض و الكريدي".

و في هذا المنزل أنجبت الحالة (ح،ز) ولدها الثالث و الولد الرابع و الاخير (م) و هو الذي يعاني من تخلف ذهني.

أنجبت الحالة طفلها (م) و هي تبلغ من العمر 38 سنة، و هو يحتل المرتبة الرابعة و الاخيرة في الأسرة، بعد اولادها الثلاثة الاخرين من بينهم بنت وحيدة و التي اصيبت هذه الاخيرة بمرض خبيث على مستوى العين اليسرى، عندما كانت تبلغ من العمر 5 سنوات، حيث تبين بعد إجراء الفحوصات و التحاليل أن الورم منتشر في كامل العين، و مما اضطر الاطباء استئصال العين بكاملها، و عبرت الحالة عن هذا بالبكاء و قالت: "بنت وحدة بلا عين" و ابنتها حاليا تضع عدسة من زجاج مكان العين المستأصلة، أما عن الطفل الذي يحتل المرتبة الثالثة في الأسرة فتصرح الحالة أن له بنية جسدية هشة، فهو يتعرض دائما اثناء اللعب إلى كسور، و تبرر الحالة هذا، بسبب نوع الأطعمة التي يتناولونها الخالية من الفيتامينات و تقول: "أنا نحوس غي نشبع ولادي، و ما يرقدوش جيعانين" و تصرح انها عندما تصطحب ابنها (م) و يرى ما تشتهي له نفسه في المحلات يحب سرقة ما يراه، و تبدأ الحالة بالبكاء و هي تقول أن راتب زوجها لا يلبي احتياجات الأسرة و يذهب في بداية الشهر في الديون.

أما فيما يخص ظروف الحمل و الولادة فقد صرحت الحالة من خلال المقابلات أنه نظرا لما مرت به من ظروف صعبة، و مشكلة السكن، و مرض أولادها نقص دخل الزوج، فكانت تقر عدم الانجاب مرة أخرى، و تقول: "أن هذا الحمل غلطة"، و من خلال نستخلص أن هذا الحمل غير مرغوب فيه، فقد دامت مدته بصورة طبيعية 9 أشهر، و من خلاله مرت بظروف جد صعبة، كما أنها حاولت في العديد من المرات، في الأشهر الأولى من الحمل إجهاض الجنين و ذلك بتناولها لحبوب دون استشارة طبيب، كما قالت: " في هذه الفترة لم أكن أتغذى جيدا، و كنت أتقيء كثيرا لأنني لم أحب ما أطبخه" و هذا ما أثر على صحتها، أما فيما يخص الولادة مرت بصورة طبيعية بالمستشفى الجامعي لوهران تحت إشراف قابلتين، و الحدث غير الطبيعي فيها هو أن الطفل لم يصرخ صرخة الميلاد الأولى إلا بعد مرور بعض الوقت و هذا حسب تصريح الحالة و تقول: "

حسبت ولدي زاد ميت" و كان هذا صدمة بالنسبة للأم، و الذي شكل لها إحساس بالذنب، ولد الطفل بوزن ضعيف و باضطراب في التنفس، و هذا ما اضطر الأم لمتابعة صحة ابنها عند طبيب مختص في أمراض الاطفال بمستشفى الأطفال بكنتال.

و عند بلوغ الطفل الشهر 16 لاحظت الأم أن طفلها أن طفلها تأخر عن الحبو و المشي (تأخر في النمو الحسي الحركي) مقارنة مع اخوته، و عندما أخبرت أهلها بذلك هناك من قال لها ربما لأن أسنانه ستتمو، و عندما اخبرت طبيبه بذلك شك في الأمر و قام بتوجيهها عند الاختصاصية النفسانية بالمستشفى، و التي طلبت من الحالة إجراء فحص التخطيط الكهربائي للمخ (EEG) للطفل عند طبيب الاعصاب، و من خلال هذا الفحص تبين ان الطفل يعاني من تخلف عقلي، في البداية الأم لم تفهم الأمر جيدا حتى ذهبت عند الاختصاصية النفسانية و هي التي أخبرتها أن ابنها معاق ذهنيًا، و شرحت لها ما معنى هذه الإعاقة، و تقول الحالة أنها دهشت لمعرفة ذلك، و أنها ظلت في تلك الاثناء لمدة و هي تبكي بسبب الصدمة، و تقول أن الاختصاصية حاولت تهدئتها و التخفيف من معاناتها، و أعطتها موعد و ذلك من اجل التكفل بحالتها، و التي قمت هذه الاخيرة بشرح لها كل الجوانب المتعلقة بإعاقة طفلها و كيف تتعامل معه و مع إعاقته، كما حاولت مساعدتها على تقبل هذه إعاقة و صرحت الحالة أن الاختصاصية ساعدتها كثيرا و قالت: "عاوننتي بزاف لو كان ماشي هي لو كان هبلت"، كما ذكرت الحالة أن أهلها و أهل زوجها كلهم ساندوها، و لكنها ظلت دائما تلوم نفسها على أنها السبب فيما هو عليه ابنها الان و عبرت ن ذلك بالبكاء، و نستنتج من ذلك أن الحالة تعيش حالة من عدم تقبل هذه الإعاقة و تطغى على تفكيرها مشاعر القلق و الذنب.

الطفل (م) يبلغ من العمر 8 سنوات، قصير القامة، ضعيف البنية، عيانه سوداويتين، شعره أسود و ناعم، ذو بشرة سمراء، نظرتة مباشرة و معبرة، ليس دائما نظيف الملابس، و لا يوجد تناسق في ذلك، حيث ان ثيابه بسيطة على حسب الظروف المعيشية للأسرة، يتميز الطفل (م) أحيانا بسلوك مستقر اثناء تواجده بالمركز و خاصة بحضور مربيته، و عند غيابها يبدي بعض العدوانية مع زملائه، أما في المنزل و في الخارج يضطرب سلوكه و يشكل نوع من العدوانية مع أفراد عائلته و خاصة مع أبناء الجيران حيث صرحت الحالة أنها أصبحت جد مستاءة من كثرة الشكوى منه، و تقول أن والده يضربه كثيرا، و بالرغم من ذلك لم يستقر سلوكه، و أنها عندما تغلق عليه باب المنزل يبدأ برمي الأشياء و تكسير كل ما يجده أمامه و هي تقول: "أوف... و لاه ما عرفت كيفاش ندير معاه.."، كما، ها تخاف عليه عند بقاءه في الخارج و تقول بملامح حزينة: "راني خايفة كاش نهار تضربه لوطو، و لا يخونوه... أنا نبغي ولدي بصح مقديتش... بكاء.."

الطفل (م) لا يندمج بسرعة مع الاخرين، كما أنه يأخذ وقت في تكوين علاقات مع الآخرين، إلى جانب ذلك لديه اضطرابات خفيفة في الانتباه و التركيز لكن هذا لم يمنعه من اكتساب بعض المهارات المعرفية مثل التمييز بين الأشكال و الألوان، و كذلك اكتسابه للاستقلالية الذاتية، أما بالنسبة للغة فالطفل (م) فقد اكتسبها متأخرا حيث بدا في السنة الثالثة من عمره من نطق بعض الحروف، و حاليا اكتسب بعض المنسوب اللغوي الا انه يجد صعوبة في نطق بعض الكلمات، كما يستبدل بعض الحروف بحروف أخرى، أما عن النمو الحسي الحركي فقد كان متأخرا حيث جلس الشهر 16 تقريبا، و هذا حسب تصريح الأم، أما عن المشي فقد كان في حوالي سنتين و نصف.

التطبيق القبلي لمقياس هاملتون لتقدير مدى القلق:

تم تطبيق على الحالة (ح،ز) هذا المقياس من أجل معرفة درجة القلق و الضغط النفسي الذي تعيشه الحالة، و قد تم تطبيقه في ظروف جيدة و لم تمنع من الإجابات الإيجابية على عبارات المقياس و كانت نتائج المقياس كالاتي:

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
	X				التوجس و الشك، توقع الأسوأ او الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.	1- عسر المزاج
	X				مشاعر عدم الارتياح، سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال.	2- التوتر
			X		من الظلام و الغرباء و الوحدة و الحيوانات و زحمة المرور.	3- الخوف
		X			صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع و الاحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام و كوابيس و مخاوف ليلية.	4- الأرق
			X		صعوبة التذكر و ضعف الذاكرة.	5- الذاكرة
	X				اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، حزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من النقيض إلى النقيض في يوم واحد.	6- المزاج الإكتابي
		X			تلملم، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تنهيدات أو تلاحق الانفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشؤ، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حركة العين و جحوظ العينين.	7- السلوك خلال المقابلة
	X				طنين في الأذن، زغلة البصر، نوبات من السخونة و البرودة، احساس بالضعف.	8- المشاعر الجسمية الحسية
			X		الام و أوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الاسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.	9- المشاعر الجسمية العضلية
		X			اختلال ضربات القلب، الام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، الاحساس بالدوار.	10- أعراض القلب و الأوعية الدموية
		X			ضيق الصدر أو اختناقه، الاحساس بالاختناق، التنهد و عسر التنفس.	11- أعراض تنفسية
	X				صعوبة البلع، الام البطن، حرقان المعدة، الاسهال، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الامساك.	12- الأعراض المعوية العضلية
		X			زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية.	13- أعراض المسالك البولية و التناسلية
		X			جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع و توتر، وقوف الشعر.	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: (30)

انطلاقاً من المقابلات و مقياس هملتون لتقدير مدى القلق، يمكننا استنتاج أن الحالة (ح،ز) تعيش وضع من القلق و الاكتئاب، و ضغط نفسي، و هذا ما شكل لها عدم الاستقرار النفسي الاجتماعي، و ظهور اضطرابات سيكوسوماتية، حيث أصبحت سريعة الاستثارة و الغضب، و تستعمل القسوة في تعاملها مع أبنائها، و يمكن تفسير هذا لتطافر عدة مشاكل و ضغوطات الحالة دون أن تكون في وضعية نفسية جيدة، و لعل أهم هذه المشاكل مشكلة الفقر، التي تعتبرها الحالة أصل جميع مشاكلها، وعبرت عن هذا بملامح حزينة و بقولها: " ولادي قاع ما ياكلوش مليح من قلة الشئ، و ما يلبسوس كيما الناس " ، و ما عمق شعورها بالقلق هو ولادتها لطفل متخلف ذهنياً، و قلقها حول مستقبله و مستقبل ابنتها الوحيدة المستأصلة العين و ذلك بقولها: " بنت وحدة بلا عين...بكاء.. " ، زيادة على هذا فهي ترى نفسها السبب في ولادتها لطفل متخلف ذهنياً، و هذا ما ولد لديها مشاعر الذنب.

ونتيجة لكل هذه الضغوط و المشكل أصبحت الحالة، تستعمل القسوة في التعامل مع أبنائها، و خاصة ابنها (م) و ذلك بسبب اضطراب سلوكه، و خلق لديها مشاعر الحرج الاجتماعي حيث صرحت من خلال المقابلات أنها أصبحت لا تزور العائلة بسبب هذا إلا إذا كانت مضطرة.

كما أظهرت الحالة (ح،ز) من خلال المقابلات رغبتها في القيان بحصص ارشاد من أجل تغيير طريقة التعامل مع ابنائها، و اطفاء السلوكات المضطربة لدى ابنها (م).

العقد العلاجي:

بعد الانتهاء من الفحص النفسي للحالة (ح،ز) ، و جمع المعلومات المتعلقة بالجانب النفسي و الاجتماعي و العلائقي لها، و الذي استغرق منا أربعة مقابلات، و كانت مدة كل مقابلة من 45 دقيقة إلى ساعة، تميز فيها الاتصال بسهولة، حيث لاحظت مما سبق حاجة الحالة إلى النصح و المساندة، و هذا ما دفعني إلى اقتراح عليها العلاج المعرفي السلوكي ، مع الشرح لها كل خصائصه، و أهم خاصية هي أن العلاقة العلاجية في هذا النوع من العلاجات النفسية هي علاقة تعاونية، أي يجب على الحالة أن تكون متعاونة معي، و أن تطبق كل تعليمات العلاج و ذلك بهدف الوصول إلى نتائج جيدة، كما حددنا عدد العلاجية و التي تمثلت في (6 حصص)، و مدة كل حصة، استغرقنا مدة من ساعة إلى ساعة و نصف، و حددنا المكان ، وكان في قسم التمارين الحسية الحركية بالمركز، وافقت الحالة على ذلك و بدون تردد، و انطلاقاً من الأفكار و السلوكات المشكلة عند الحالة، و الأهداف العلاجية إخترت التقنيات التالية:

✓ الاسترخاء.

✓ التخلص التدريجي من الحساسية و أسلوب تأكيد الذات.

✓ التحصين التدريجي ضد الضغوط و الكلام الذاتي.

تطبيق خطوات العلاج المعرفي السلوكي:

في هذه الدراسة تم الاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي كطريقة علاجية لأنها الانسب في مساعدة الحالة (ح،ز) على التخلص أو التخفيف من الضغط النفسي، و التي انجر عليها تأثر في سلوكها و في طريقة تعاملها مع المواقف و كذا اسلوب التعامل ابنها المعاق عقليا، و من أجل ذلك تم الاعتماد على التقنيات التالية: الاسترخاء، التدريب التحصيلي ضد الضغوط، و التخلص التدريجي من الحساسية.

1- الاسترخاء: تم الاستعانة ب تقنية الاسترخاء، و بالخصوص تمرين التنفس، حيث تم الطلب من الحالة الاستلقاء و إغماض عينيها، و أخذ نفس عميق ثم اخراج الهواء " ملأ البطن بالهواء و حبسه مدة 10 ثواني، ثم اخراجه بهدوء عن طريق الزفير، و تكرار هذه العملية عدة مرات"، و في الوقت نفسه قمنا بالإيحاء للحالة أنها في حالة استرخاء تام، لم تفهم الحالة ما معنى الاسترخاء و ما الفائدة منه، و قمت بشرح لها الامر، و أن هذه العملية مفيدة لها، لأنها إذا اتبعت التعليمات بإتقان يمكن أن تخفف من قلق و من الضغط لديها، وافقت الحالة على القيام بالاسترخاء بكل ثقة و بدون اي مشاكل و ذلك بقولها: "مادابيا ندير استرخاء، راني حاسة روعي مقلقة"، و قامت بعملية التنفس "شهيق، زفير"، و لكن الحالة لم تدخل بسرعة في حالة استرخاء، لأنها كانت تحرك جسمها قليلا، كما أنها كانت تقوم بترميمش عيناها و تتنفس بصورة سريعة، حيث كانت تخرج و تستنشق الهواء بسرعة و دون انتظام، كما أنها تقوم بملأ الصدر بالهواء بدل البطن، أما عضلات الدراع و الرجل كانت مشدودة، و شيئا فشيئا بدأت عضلاتها في الارتخاء و بدأت عملية التنفس في الانتظام، و بعد مرور حوالي 20د طلبت من الحالة فتح عينيها ببطء فقامت و قالت بنبرة صوت منخفضة و بابتسامة على وجهها: " اوف... عندي شحال ما حسيتش روعي خفيفة كيما هاك"، حي لاحظت تغيير في ملامح ها بعد القيام بعملية الاسترخاء.

2- التخلص التدريجي من الحساسية و تأكيد الذات:

كان الهدف من إجراء هذه التقنية هو مساعدة الحالة على التخفيف من القلق، و مواجهة الضغوط المتشكلة من جراء ولادة طفل متأخر عقليا و بالتالي تجاوز الحزن و الحرج الاجتماعي، و مساعدتها على تأكيد ذاتها، و عليه تم الاعتماد في هذه التقنية على ثلاث خطوات:

- يتم فيها عرض جميع الضغوط التي تتعرض لها الحالة من جراء إنجابها لطفل معاق عقليا و التي تسبب لها القلق.
- الاسترخاء.
- تخيل المواقف.

1- تم الطلب من الحالة عرض جميع الضغوطات التي تتعرض من جراء ولادتها لطفل معاق ذهنيا و ذلك بمحاولة توضيح و شرح السؤال بأمثلة، أخذت الحالة بعض الثواني و هي تفكر في المشاكل التي تعرضت لها و التي شكلت لها ضغوط نفسية، و أولها كانت حول مشكل السكن الفوضوي و الهش التي تعيشه و تقول: " داري فوضوي، و مشي كاملة البناء، و في الشتاء تدخل الأمطار حتى لدار"، ثم ذكرت الحالة المشكلة التي شكلت لها الشعور بالذنب و بتأنيب الضمير و

هي عدم رغبتها في إنجاب طفلها (م) و محاولتها اجهاضه في مرحلة الحمل، و ذلك بسبب المستوى المعيشي المتدني للأسرة، حيث أصبحت تحمل نفسها السبب في ولادتها لطفل متخلف ذهنيا، كما تكلمت الحالة عن الاضطرابات السلوكية لابنها (م) و التي أصبحت تحلق لها الحرج الاجتماعي.

2- بعد هذه المرحلة تم الطلب من الحالة ترتيب هذه الضغوط من الأقل إثارة للقلق إلى أكثرها إثارة للقلق، و كان الترتيب كالآتي:

- مشكلة الفقر و السكن.
- خوف على مستقبل أبنائها خاصة الطفل (م) و ابنتها الوحيدة (مستأصلة العين).
- مشكلة الحرج الاجتماعي.
- السلوكات المضطربة التي تظهر عند الطفل (م).

3- و بعد ترتيب مواقف الضغط تم إجراء مع الحالة تقنية الاسترخاء، و التي تمت بطريقة سريعة، حيث كان تنفسها منتظم و كانت عضلاتها مرتخية، و أثناء الاسترخاء طابت من الحالة تخيل موقف من مواقف الضغط و التعبير عنه و وصف شعورها و هي تعيش ذلك الموقف.

وباستعمال تقنية التخلص التدريجي من الحساسية تم التركيز على المواقف التالية:

مشكلة الفقر و السكن:

تم استعمال مع الحالة تقنية الاسترخاء كما طبقتاه في أول جلسة علاجية، حيث قمت بشرح أهمية هذه التقنية، و أنه يجب عليها مواجهة هذه المواقف و الضغوط التي تقف كحاجز في طريقها و جعلها غير قادرة على تجاوز المواقف الصعبة الأخرى التي تتعرض لها حاليا أو قد تتعرض لها مستقبلا، فوافقت الحالة على ذلك، و بعدها طلبت منها التكلم عن وضعها و كيف تعيش، فتغيرت ملامحها و ظهر عليها بعض سمات القلق، ثم بدأت بالتكلم عن وضعيتها و هي في حالة استرخاء، و قالت: "راني عايشة مع راجلي و أولادي، الحمد لله راجاي قاع ما غابنيش و ما يز عفنيش، مشكلتنا الوحيدة هي نقص دخل زوجي الذي لا يكفيننا، بالرغم من أننا ماناكلوش مليح، و حتى مايشربوش صباح حليب كيما الناس، و زيد الداري هشة، و في الشتاء نخاف غي يطيح حيط على ولادي، و ما عندناش باش نرموا المنزل"، ثم طابت أن تسترخي مرة ثانية، و تغير هذه الفكرة بفكرة أخرى أكثر تفاؤلا، و أن تعتبر نفسها أنها في وضع أحسن من أسر أخرى تعيش في خيم، أو أسر تعيش في منازل الكراء عكسها هي التي تعيش في منزل بالرغم من هشاشته، إلا أنه يأويها و يأوي أسرته، كما أكدت لها أنها في وضع تحمد الله عليه، لان هناك فئات أكثر تضررا منها و قمت بإعطائها بعض النماذج من المجتمع، و ذلك بهدف التخفيف من آلامها، كما الرفع من معنوياتها و ذلك بمحالة تذكيرها، أنها تعيش استقرار زواجي، و علاقتها مع زوجها جيدة، ثم تغيرت ملامحها و قالت: "علا بالي، هادي هي الحاجة الوحيدة إلي راهي مصبرتي على قاع هاذ الهموم"، و حاولت تأكيد لها أن مشكلة الفقر و السكن هي مشكلة العديد من فئات المجتمع و ليست هي الوحيدة التي تعيش في هذا الوضع، فتنهدت الحالة و قالت: "صح... الحمد لله على الصحة"

الخوف على مستقبل ابنها (م) و ابنتها (مستأصلة العين):

عندما تطرقنا إلى الموقف الذي يخص خوف الحالة على مستقبل إبنتها المتخلف ذهنياً، وإبنتها المستأصلة العين و التي تبلغ من العمر حالياً 15 سنة، أبدت الحالة نوع من القلق مع تغير ملامح وجهها إلى الحزن، لأنها ترى نفسها دائماً التفكير حول مستقبل أولادها حيث عبرت عن ذلك بقولها: "الموت حق علينا، و شكون يهتم بأولادي، لو كان أنا نفارق الحياة"، كما تكلمت الحالة بملامح حزينة عن على الاضطرابات السلوكية لإبنتها (م) و التي تزجها كثيراً حيث قالت: "أنا ولدي و ما نتحملش سلوكه، شكون يتحملة من بعدي"، كما صرحت من خلال الحصة العلاجية أنها أصبحت لا تزور الأقارب بسبب ذلك، و أنها خائفة على مستقبله إن بهذا السلوك و بهذه العدوانية عندما يكبر، و تقول: "ماقديتلش و هو صغير، و كي يكبر كيفاش ندير"، و عبرت الحالة عن هذا بقلق كبير و بزيادة في السرعة التنفس، و يتوضح لنا من هذا أنها تعيش في توتر و ضغط مستمرين، و هنا طلبت منها الاستلقاء و القيام بعملية الاسترخاء كما فعلت في المرات السابقة، و عبرت الحالة كذلك على خوفها على مستقبل ابنتها الوحيدة و ذلك بقولها: "قاع النسا بيغوا يفرحوا بناتهم، بصح أنا بنتي شكون يتزوجها بال عين...بكاء.."، كما صرحت أن ابنتها بدأت تتشكل لها بعض العقد النفسية و خاصة عند دخولها مرحلة المراهقة، و قالت: "بنتي أصبحت لا تحب رؤية ووجهها في المرأة، و أنا قلبي ينقسم عليها، بصح واش ندير هذا أمر الله سبحانه و تعالى...أوف"، هنا طلبت من الحالة التنفس بعمق عدة مرات حتى تحس بالهدوء، و طلبنا بدل التفكير بأن ابنها سيبقى على هذا الحال، و بهذا الاضطراب في السلوك، تفكر و تتفاعل بأنه ملتحق بمركز متخصص في المجال النفسي و التربوي، و كل هذا سيساعد في التكفل بحالته و في ضمان استقراره النفسي و السلوكي مستقبلاً، و أكدت معها على أن تكون ثقها بنفسها قوية، و ان تكون متفائلة، و أن تفكر في كل ما هو ايجابي، و يجلب لها الهدوء و الاستقرار النفسي، و أن تطرد تلك الأفكار السلبية التي تسيطر على تفكيرها و التي تشكل لها العديد من الضغوط النفسية، و ردت بقولها: "عندك الصبح و الله يلا ريحت"، كما طلبت منها أن تقوم بعملية الاسترخاء كما تعلمتها في الحصة العلاجية، و ذلك كلما وجدت نفسها قلقة، و اعتبرت هذا كواجب منزلي لها.

و كخلاصة يمكن القول بأن تقنية التخلص التدريجي من الحساسية و تقنية الاسترخاء، قد ساعدت الحالة على التخلص من القلق و العصب الذي كان يملكها من جراء مواجهتها للضغوط، و المتمثلة في مشكل الفقر و السكن، و مشكلة خوفها على مستقبل ابنائها، كما أن ثقها بنفسها زادت و أصبحت تتكلم بتلقائية بكل ثقة، كما طلبت منها تطبيق كل ما تعلمته من الحصة السابقة و ذلك بهدف تخلصها من الضغوط و القلق، و بالتالي شعورها بالاستقرار النفسي و تحقيقها للصحة النفسية.

3- التدريب التحصيني ضد الضغوط أو الحديث الذاتي:

تم الاستعانة بتقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط أو الحديث الذاتي من أجل مساعدة الحالة على التقليل من الشعور بالذنب، كونها السبب في ولادتها لابنتها المتخلف ذهنياً، إلى جانب ذلك مساعدتها على التأقلم مع الاضطرابات السلوكية لابنتها، و العمل على إيجاد حلول لها، و مساعدتها على التخلص من الشعور بالحرج الاجتماعي.

الشعور بالذنب:

من مساعدة الحالة على التخلص من احساسها بالذنب، تم الاستعانة بتقنية الحديث الذاتي، والتي تهدف إلى مساعدتها على تغيير أفكارها الداخلية المتمثلة في باعقادها بأنها السبب في ولادتها لطفل مصاب بالتخلف الذهني و أن الله أعطاه لها كعقاب لأنها حاولت إجهاضه بعد معرفتها أنها حامل لأنها لم تكن ترغب في الانجاب مرة رابعة، و ذلك بسبب الفقر، و عليه تم تعليم الحالة عدة تأكيدات ايجابية و أفكار أكثر منطقية، و اقناعها بأن تتبنى هذه الأفكار الايجابية في حياتها اليومية و تؤمن بها.

طلبنا من الحالة أن تسترخي و تغمض عينيها و لا تفكر في أي شيء، و أن تكون في نبرة صوتها قوة و ثقة في النفس و تم ذلك على النحو التالي:

قامت الحالة بالاسترخاء بعدما اصبحت متدربة عليه، و تعلمته جيدا في التقنيات العلاجية السابقة، طلبت من الحالة أخذ نفس عميق، و اعادة الجملة التالية و تكرارها عدة مرات.

" ابني هدية من الله سبحانه و تعالى "

قامت في البداية الحالة بترديد الجملة بنبرة منخفضة، و بسرعة في التنفس مع تحريك لعينيها، و لكن شيئا فشيئا بدأت في رفع صوتها و ترديد الجملة بنبرة صوت حادة، ثم بدأ الارتياح يظهر على ملامحها.

" ابني هبة من عند الله و ليس عقاب منه "

عندما طلبت من الحالة ترديد هذه الجملة بدأت ملامحها بالتغيير، حيث لاحظنا انقباض في عضلات جسمها و حتى وجهها، و تنهدت بصوت، و حينما طلبت منها أخذ نفس عميق ثم اخراج الهواء و كررنا هذه العملية عدة مرات، ثم طلبت منها أن لا تفكر في أي شيء إلا الجملة التي يجب عليها أن تكررهما عدة مرات حتى تستطيع نسيان فكرة أن ابنها عقاب من عند الله، ثم بدأت الحالة في ترديد الجملة و لكن بصوت منخفض، ثم طلبت منها إعادة التكرار و لكن بصوت مرتفع و بكل ثقة، و فعلت كما طلبت منها، و بعد الانتهاء قامت الحالة بالاسترخاء لوحدها دون أن اطلب منها ذلك و قالت: " أوف...راني نحس روعي مريحة بزاف.. تحسبي جبل كان على ظهري، و درك ماراهش...عندك الصح ربي عطاني هاذ الولد هبة من عنده.. و أنا قاعدة نشرك بقضائه و قدره.. أستغفر الله ثم بدأت بالبكاء "

" أنا لست السبب في ولادة طفل متخلف ذهنيا "

عندما طلبت من الحالة تكرار هذه الجملة بدى على ملامحها بعض القلق، سكتت قليلا و تنهدت و قالت: " هاذ الفكرة السيئة مابغاتش قاع تروح من بالي، حتى ننساها و بعد وقت نعاود نتفكرها، أنا بغيت نهض هاذ الطفل، و كنت غي نشرب في الدواء غي باش يموت في كرشي " ثم طلبنا من الحالة أن تسترخي مرة ثانية قلت لها، إن طفلها هذا هو هبة من الله سبحانه و تعالى منذ أن كان نطفة في بطنك سطر له الله حياته كلها، و من بينها أنه سيكون طفل متخلف ذهنيا، ثم بدأت الحالة بالبكاء ثم طلبت منها أن تأخذ نفس عميق و أن تركز فقط على تكرار هذه الجملة بكل ثقة و تأكيد، في البداية بدأت بترديدها بصوت منخفض و تقطعات للكلام و شيئا فشيئا بدأت في التكلم بكل ثقة و بصوت مرتفع، ثم بعد ترديد الجملة عدة مرات، شرحت للحالة أن هناك حكمة من عند الله في

إعطائها هذا الطفل، لذلك عليها أن ترضى بها ، ولا تحمل نفسها هذا العبء و لأنها لا تستطيع تغيير قضاء الله، و بعد هذا بدأت ملامح الحالة في التغير إلى الأحسن و لاحظت على ملامحها بعض الراحة و الاطمئنان، و طلبت منها أن تترك الماضي وراءها و تركز على الحاضر و كيف تساعد ابنها على التطور الفكري و الاندماج الاجتماعي.

من خلال المقابلات لاحظت أنه من بين الاسباب التي تشكل لدى الحالة ضغوط نفسية هي سلوكيات ابنها المضطربة لذلك ركزت على الجملة التالية:

" ابني ليس الوحيد الذي يتميز بهذه السلوكيات "

طلبت من الحالة أن ترداد هذه الجملة ، و لم يبدو أي تغيير على ملامحها، طلبت منها كذلك التنفس بعمق، و أن تكرر الجملة بصوت مرتفع و كل ثقة، و بعد الانتهاء من العملية قالت الحالة : "مشي غي ولدي إلي قبيح، راني نروح للمركز إلي يقرا فيه، و يحكولي الامهات، أن هناك اطفال أكثر من ولدي، و أمهاتهم قابلين بيهم، و أنا راني كاتلة ولدي بالضرب، أنا إلي زدت خفته" ثم أفهمت الحالة أنها على حق و أن هناك اضطرابات عند الأطفال شدة و حدة من التي تظهر على ولدها، و أ، العقاب ليس الاسلوب الوحيد للتربية و التعليم، و أنه عليها إستشارة أخصائية نفسانية تعطيها بعض الارشادات و النصائح في كيفية التعامل مع ابنها.

انطلاقا مما سبق نستخلص أن تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط و الحديث الذاتي، قد ساعدت الحالة على التخلص من الشعور بالذنب، و اقتنعت الحالة بأن ابنها هبة من الله و ليس عقاب منه، و أنها ليست هي السبب في ولادة طفلها معاقا، و هذا ما أكدته لي من خلال الحصص العلاجية، كما قمت بإعطاء للحالة نماذج من الواقع حول أطفال عاديين و معهم اضطرابات سلوكية شديدة ، و هذا ادخل في نفسية الحالة بعض الراحة و الشعور بالاطمئنان، و حفزها على محاولتها البحث عن حلول لتخليص نفسها من مشاعر الذنب، و التخفيف من الضغط النفسي، و مساعدة ابنها الاستقرار النفسي و السلوكي.

الشعور بالخرج الاجتماعي:

انطلاقا من المقابلات السابقة مع الحالة اتضح لنا أنها تعاني من خرج اجتماعي، و ذلك بسبب ابنها المعاق عقليا، و من مساعدتها على تجاوز هذا المشكل الذي يطرح لها العديد من الضغوطات، ارتأيت استعمال تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط، و ذلك من خلال تعليم الحالة رصد جميع أفكارها اللامنتطقية و تغييرها إلى أخرى ايجابية، و تمثلت أفكار الحالة اللامنتطقية فيما يلي:

- ✓ أشعر بالنقص كوني أم طفل متخلف ذهنيا.
- ✓ أخجل لنظرة الناس لابني في الشارع.
- ✓ أخجل كوني الوحيدة في العائلة التي لديها ابن معاق عقليا، و خاصة عندما تلتقي كل العائلة مع أطفالها في المناسبات.
- ✓ أخجل من اضطرابات ابني السلوكية خاصة بوجود أفراد العائلة.
- ✓ يزيد احساسني بالنقص عندما يقولون لي "ولديك قبيح بزاف".

بعد جمع أفكار الحالة اللامنطقية، قمت بمحاولة تعديل هذه الأفكار السلبية للحالة و ذلك عن طريق تعليمها أفكار جديدة أكثر منطقية و أكثر ايجابية، و هذا بهدف تحسيس الحالة بأقل درجة من الخجل و النقص الذي تشعر به، و الذي يسبب لها العديد من الضغوط النفسية و القلق و أحيانا ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، و قمت بتعليمها أفكار ايجابية المتمثلة في كون الحالة ليست الأم الوحيدة في العالم من أنجبت طفل متخلف ذهنيا، و أن ابنها هبة من عند الله سبحانه و تعالى، كذلك شرحت لها بأنه في الاعاقة العقلية يوجد أنواع، و هناك أنواع أكثر حدة و شدة من درجة إعاقة ابنها، كما قمت بإعطائها أمثلة و نماذج من الواقع، و حاولت اقناعها بأن تتبنى هذه الافكار الايجابية و تؤمن بها، و أن تتذكرها كلما سيطرت عليها تلك الأفكار السلبية

ثم طلبت من الحالة أن تسترخي، و تغمض عينيها و لا تفكر في أي شيء سوى الجمل التي ستقولها لنفسها، و ذلك بترديدها بصوت عالي و بثقة كبيرة في النفس و تم ذلك على ال النحو التالي:

" لا أهتم بنظرة الاخرين إلى ابني "

عندما طلبت من الحالة تكرار هذه الجملة بدا على ملامحها القليل من الحزن، ثم بدأت الجملة بصوت منخفض و شيئا فشيئا بدأت نبرة صوتها في الارتفاع، و ثقته بنفسها تزيد، و أنهت الحالة تكرار الجملة بابتسامة.

" لا أبالي بما يقوله الناس عن ابني "

عندما طلبت من الحالة تكرار هذه الجملة قالت بصوت مرتفع و هي في حالة غضب: "ولاه العظيم، تقول عمرهم ما شافوا طفل معاق، و لا طفل قبيح، راهم بعقلهم وقباح، و إلي ضرني بزاف هو قولهم لي ولدك قبيح بزاف، و الله يجرحوني بزاف، حتى أنني اصبحت لا أقوم بزيارات للعائلة إلا للضرورة، و بدأت بالبكاء... " ، هنا طلبت من منها أن تتجاهل كل ما يقال عن ابنها، و كل ما يتسبب في جرح مشاعرها، و أن تسترخي و تغمض عينيها و لا تفكر في أي شيء سوى في ترديد هذه الجملة بصوت مرتفع و بكل ثقة و بملامح لامبالاة، و فعلت مثل ما طلبت منها، ثم سألتها كيف تشعر؟ قالت: "أحسن من السابق، و الله ما نزيد نعمر راسي بهدرة الناس حتى واحد ماراه يصرف عليا و لا على ولادي" ، و قالت هذا بكل ثقة، و نستخلص من ذلك بأن ثقة الحالة بنفسها زادت عن السابق.

" لا أهتم كوني الوحيدة في العائلة أنجبت طفل متخلف ذهنيا "

لم يبدو على الحالة أي ملامح حزن أو قلق عندما طلبت منها ترديد هذه الجملة، بل قامت بتكرار الجملة عدة مرات بكل ثقة و بصوت مرتفع، و عندما انتهت قالت: "صح مشي غير أنا عندي ولد معاق، الحمد لله".

" أبدل كل ما بوسعي ليكون ابني أحسن مما هو عليه، و لن أخجل به في الزيارات العائلية "

بدت الحالة بصورة عادية و لم يبدو على ملامحها أي علامات القلق بعدما طلبت منها تكرار هذه الجملة، كما شرحت لها أن هذه الجملة تبين الهدف الذي يجب أن تصنعه لنفسها و لابنها و هذا ما

زاد من ثققتها في نفسها، ثم طلبت منها أن تسترخي و تقوم بتكرار الجملة بكل ثقة و بصوت عالي، ففعلت ذلك بكل تأكيد و اصرار و عند الانتهاء ابتمت.

من خلال ما سبق يتضح لنا أن تقيية التحصين التدريجي ضد الضغوط قد ساعدت الحالة على تغيير أفكارها السلبية و اللامنطقية حول نظرة الاخرين لها لابنها السلبية، و بفضل العلاج المقدم للحالة بدأ شعورها بالحر ج الاجتماعي يختفي شيئاً فشيئاً، حيث لاحظت تحسن تدريجي في نفسيتها من خلال الحصص العلاجية ، كما طلبت منها تكرار كل ما تعلمته، كلما أحست بالقلق و بالضغط، أو كلما راودتها تلك الأفكار اللامنطقية، و اعتبرت هذا كواجب منزلي، كما عليها دائماً أن تتذكر بأن هناك حالات في وضع أسوأ مما هي عليه و لكن متقبلين لذلك.

إعادة تطبيق مقياس هملتون بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بمختلف تقنياته، و استخلاص النتائج التي خرجت بها الحالة كان لابد من التأكد أكثر من خلال إعادة تطبيق المقياس و كانت النتائج كالآتي:

الفقرة	لا توجد أعراض	أعراض طفيفة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	شديدة جدا
1- عسر المزاج		X			
2- التوتر			X		
3- الخوف	X				
4- الأرق			X		
5- الذاكرة		X			
6- المزاج الإكتابي		X			
7- السلوك خلال المقابلة			X		
8- المشاعر الجسمية الحسية		X			
9- المشاعر الجسمية العضلية		X			
10- أعراض القلب و الأوعية الدموية		X			
11- أعراض تنفسية			X		
12- الأعراض المعوية العضلية		X			

				القيء، نقص الوزن، الإمساك.
		X		زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية.
			X	جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع و توتر، وقوف الشعر.
				13- أعراض المسالك البولية و التناسلية
				14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: (18)

حيث بينت نتائج القياس البعدي لمقياس هاملتون لتقدير مدى القلق، وجود تحسن في وضع الحالة بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، حيث كانت مجموع الدرجات الكلية قبل تطبيق العلاج (30) درجة، و انخفض العدد ليصل إلى (18) بعد تطبيق العلاج، فمثلا في الفقرات المتعلقة بسر المزاج، التوتر، المزاج الاكتئابي، و الاضطرابات السيكوسوماتية، فالحالة نالت درجة (3) و التي تمثل وجود أعراض شديدة و كان قبل تطبيق العلاج ، و لكن ما لاحظناه هو أن مستوى الأعراض الشديدة كان غائبا بعد تطبيق العلاج، و هذا ما يبين لنا نجاح العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة إلى هذا فقد لاحظت من خلال الحصص العلاجية و الملاحظة العيادية نقص في درجة القلق و الضغط النفسي ، و هذا نفسه ما عبرت عنه الحالة من خلال المقابلات، حيث أصبحت تفكر بطريقة إيجابية و اكثر عقلانية مما كانت عليه في السابق، كما صرحت الحالة بأنها لم تكن تؤمن بالعلاج النفسي من قبل، و الآن أصبحت تثق بفعاليتها و أنها ستبناه في حياتها اليومية.

حوصلة عن الحالة:

الحالة (ح،ز) تبلغ من العمر 43 سنة، أم لأربعة أطفال، مرت بالعديد من الضغوطات منذ زواجها من بينها مشكلة الفقر السكن، مرض ابنها الوحيدة الذي أدى إلى استئصال عينها و الذي أثر بشكل كبير على نفسيته، و كذلك حملها بطفلها الأخير (م) في سن 38 سنة، عن حمل غير مرغوب فيه بسبب الظروف المادية السيئة للأسرة، ما دفع بالحالة إلى محاولة إجهاضه، عن طريق تناولها لأدوية دون استشارة طبيب، و الذي تبين بعد أشهر من الولادة أن الطفل متخلف ذهنيا، كل هذه الأحداث أثرت بشكل كبير على نفسيته، و شكلت لها العديد من الصراعات و الضغوط النفسية، و هذا ما استنتجته من خلال المقابلات مع الحالة، و هذا ما دفعني إلى تبني العلاج المعرفي السلوكي معها من استعمال التقنيات المذكورة سابقا، و محاولة بناء علاقة علاجية تعاونية مع الحالة، و بفضل هذا استطاعت التخلص تدريجيا من الضغوطات التي كانت تعيشها، حتى طريقة تفكيرها تغيرت عن السابق و أصبحت ايجابية و أكثر منطقية، حيث ادركت أن ولادتها لطفل معاق هو هبة من عند الله سبحانه و تعالى و ليست هي السبب في ذلك، كما أن درجة القلق في مقياس هملتون أصبحت (18) بعدما كانت (30) قبل تطبيق العلاج، و يرجع الفضل إلى نجاعة العلاج المعرفي السلوكي، كما أن الحالة أصبحت جد راضية و سعيدة بما حققته.

الفصل الثامن

مناقشة فرضية البحث

مناقشة فرضية البحث:

لقد تناولت هذه الدراسة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المتخلفين ذهنيان، و طبقنا هذا العلاج على الحالة (ح،ز) و هي أم لطفل متخلف ذهنيا، بالمركز النفسي التربوي للأطفال المتخلفين ذهنيا بمسرغين.

و يتضح لنا من خلال من خلال نتائج الدراسة الحالية مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغط النفسي لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، و لقد استخلصنا من خلا لهذه الدراسة وجود تحسن لدى نفسية الحالة، و ذلك راجع إلى مدى فعالية العلاج المستخدم ن حيث استهدفت هذه الدراسة الجانب المعرفي و الجانب السلوكي لأمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا، حيث يهدف هذا العلاج حسبما يرى رواد هذا الاتجاه، أن الاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة الأفكار اللامنطقية المرتبطة بها، و التي تعتبر عوامل مؤثرة في السلوك، و أن تغير السلوك يتطلب تغيير في الأفكار ، و على أساس هذا قمنا بتطبيق هذا العلاج المعرفي السلوكي و هذا بهدف تغيير الأفكار اللامنطقية عند الحالة و الذي بدوره سيؤدي إلى تغيير في السلوك ن و مساعدتها على أن تكون واعية بأفكارها السلبية و كل ما ينجر على هذه الأفكار من قلق و إحباط و ضغط نفسي، و بالتالي تغيير هذه الأفكار بأفكار ايجابية وأكثر واقعية، مما يساعد الحالة على الشعور بالثقة بالنفس ، و التكيف مع وضعها العالي، و تعديل إدراكاتها المشوهة ، و إحلال محلها طرق تفكير أكثر ملائمة و ذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية و سلوكية لدى الحالة و بالتالي التخفيف من الضغوطات التي تعيشها.

كما احتوى العلاج الذي طبقناه في هذه الدراسة على مجموعة من الفنيات المختلفة، و هذا بهدف تعديل الجانب المعرفي للحالة، و بالتالي تعديل السلوك، و لقد اتضح لنا من خلال نتائج الدراسة التالية مايلي:

- وجود فرق في مستوى الضغط النفسي قبل و بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، و هذا أوضحه لنا مقياس **هملتون** لتقدير مدى القلق، حيث كانت درجات الضغط في المقياس قبل تطبيق العلاج (**30 درجة**) ، و انخفضت هذه الدرجة بعد تطبيق العلاج لتصل إلى (**18 درجة**)، و هذا يبين لنا انخفاض في مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا، بعد تطبيق البرنامج المقترح و يرجع هذا التحسن إلى:

انتظام الحالة و رغبتها في العلاج ، و مدى نجاعة الفنيات المستخدمة في العلاج المقترح و الذي يتمثل في العلاج المعرفي السلوكي، حيث وجدنا أن مجيء طفل معاق في الأسرة يؤدي على تغييرات عديدة في المحيط الأسري، و يؤثر على جميع أفرادها خاصة على الأم و لما يخلقه لها من جرح نرجسيو من أفكار سلبية و غير منطقية كاعتبارها السبب في ولادة طفل معاق ذهنيا ، زيادة على الشعور بالذنب الذي يولد لها الضغط النفسي ، كل هذه الأفكار وجدناها عند الحالة زيادة إلى ما أكدته العديد من الدراسات السابقة على أن وجود طفل معاق يؤثر على صحة الوالدين النفسية خاصة على الأمهات، و من بين هذه الآثار النفسية التي حظيت اهتمام الباحثين الضغط النفسي، كما تمثل نظرة الآخرين الدونية للأم و اتجاهاتهم السلبية نحو الطفل المتخلف ذهنيا تعد مصدرا آخر للضغوط النفسية لدى أم الطفل المعاق عقليا، و أشارت دراسة أخرى على أن الأطفال المعاقين يشكلون خطرا و ضغطا و قلق مرتفعا لدى أمهاتهم، و أن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة

للضغط النفسي و المشكلات الانفعالية، و أن إعاقة أطفالهم يكون لها نتائج عكسية على السعادة الأسرية و خاصة سعادة الأم، و هذا ما وجدناه عند دراستنا لهذه الحالة، و ما أوضحه لنا مقياس هملتون لتقدير مدى القلق، و على هذا الأساس قمنا باختيار العلاج المعرفي السلوكي و تطبيقه على الحالة، حيث استخلصنا أن هذا العلاج فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيان و الدليل على ذلك نجاحه على الحالة (ح،ز)، و هو تسجيل اختلاف و انخفاض في درجات القلق للمقياس المطبق بعد العلاج، و نظرا لما أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة (دهيمات ، بن جابر ، و معالي) حول فعالية العلاج المبني على النظرية المعرفية و السلوكية في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين، و هذا ما توصلنا إليه كذلك من خلال تطبيقنا للعلاج المعرفي السلوكي على الحالة (ح،ز)، و ذلك بالاستعانة بتقنيات التالية: الاسترخاء و كان الهدف من تطبيقه هو التخفيف من القلق و الغضب الذي كان يمتلك الحالة، كما تم استعمال التخلّص التدريجي من الحساسية، من أجل مساعدة الحالة على التخفيف من المواقف الضاغطة و التي طلبنا منها ترتيبها من أقلها إثارة إلى أكثرها إثارة، مع دمج الاسترخاء و طلبنا من الحالة تخيل مواقف بالتدرج و تكرارها عدة مرات حتى يزول القلق، و استعملنا تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط و هذا بهدف مساعدتها من التخلّص من الشعور بالذنب و الخرج الاجتماعي و تأكيد ثقتها بنفسها، و بانتهاء الحصص العلاجية خرجنا بالنتائج التالية:

- تغيرت نظرة الحالة عن ذاتها ، و أصبحت ايجابية بعدما كانت تشاؤمية.

- أصبح لدى الحالة القدرة على مواجهة الضغوط و المشاكل التي تعترضها بصورة ايجابية و منطقية.

انطلاقا من النتائج المذكورة يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي قد ساعد الحالة على التخفيف من الضغط النفسي الذي كانت تعيشه من جراء تربيتها لطفل معاق، و بالتالي فرضيتنا قد تحققت، و هذا ما تطابق مع الدراسات السابقة الرامية إلى أن العلاج المعرفي السلوكي لأمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا ، يسمح بتصحيح المخططات المعرفية و السلوكية لدى أمهات هذه الفئة ، و عليه تم تحقيق فرضية البحث.

التوصيات:

- من خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة ارتأينا تقديم بعض الاقتراحات المتمثلة في :
 - تشجيع الأبحاث و الدراسات المتعلقة بواقع التكفل بأسر المتخلفين ذهنيا، و ذلك بإعداد و تقديم ملتقيات وطنية و محلية لمناقشة موضوع الإعاقة العقلية في الأسرة.
 - فتح خلية إصغاء لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيا، و ذلك بهدف تمكينهم من طرح مشاكلهم مع أطفالهم و التعبير عن أحاسيسهم و انفعالاتهم، و القيام أيضا بجلسات استرخاء.
 - إجراء المزيد من الدراسات التجريبية لفحص فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على متغيرات لها علاقة بالصحة النفسية.
 - إقامة برامج تثقيفية و ندوات علمية بتوعية الأسر بالإعاقة و أسبابها ، و النتائج المترتبة عليها و مخاطرها كي نحد منها قدر الإمكان.

الخاتمة:

إن الضغط يكاد لا يفارق الإنسان في هذا العصر إذ أصبح يسمى بعصر الضغوط، و نخص بالذكر في هذه الدراسة ، الضغط النفسي الذي تتعرض له أسرة الطفل المتخلف ذهنيا خاصة الأم، لذلك قمنا باختبار العلاج المستند على النظرية المعرفية و النظرية السلوكية، و ذلك بهدف خفض من حدة هذه الضغوط.

و ما يمكن استنتاجه من خلال هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا، و من المؤكد أن يكون البرنامج العلاجي قد أسهم في خفضها من خلال تركيزه على المشكلات التي تتعرض لها أم الطفل المعاق و طرق التعامل معها، إضافة إلى فعالية التقنيات الناجحة التي طبقناها و المتمثلة في الاسترخاء، التخلص التدريجي من الحساسية و أسلوب تأكيد الذات، و التحصين التدريجي ضد الضغوط و الحديث الذاتي و هذه المهارات العلاجية من شأنها المساعدة في التخفيف من الضغط النفسي ذا العلاقة بالمشكلات المعرفية و السلوكية التي تعاني منها أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

مراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1- أبو المعالي عبد الفتاح (1990)، أثر وسائل الإعلام على الطفل العربي، ط2، دار الشروق العربي للنشر، الأردن.
- 2- أحمد نايل غرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2009)، التعامل مع الضغوط النفسية، ط1، دار الشروق للنشر، عمان.
- 3- أو هيب محمد خالدي (2006)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، دار وائل للنشر و التوزيع.
- 4- السيد عبيد ماجدة بهاء الدين (2008)، الضغط النفسي مشكلاته و أثره على الصحة النفسية، دار صفاء للنشر، عمان.
- 5- السيد عبيد ماجدة بهاء الدين (2000)، الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر، عمان.
- 6- الفتلي حسين هاشم (2014)، أسس البحث العلمي في العلوم التربوية و النفسية، ط1، دار صفاء للنشر، عمان.
- 7- حامد بن أحمد ضيف الله (2013)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، ط1، دار وفاء للنشر، الاسكندرية.
- 8- حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط4، علم الكتب للنشر، القاهرة.
- 9- حوليات روتر، ت: محمد عطية، علم النفس الاكلينيكي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 10- ديانا هيلز، روبرت هيلز، ت: عبد العلي الجسماني (1999)، العناية بالعقل و النفس، ط1، الدار العربية للنشر، لبنان.
- 11- ريم نشابة معوض (2004)، الولد المختلف تعريف شامل لذوي الاحتياجات الخاصة و الاساليب التربوية المعتمدة، ط1، دار العلم للنشر، بيروت.
- 12- زكي محمد زكي (1962)، أسس البحث الاجتماعي، دار الفكر العربي للنشر، القاهرة.
- 13- سمير عبد العزيز (2005)، إرشاد ذوي الإحتياجات الخاصة، ط1، دار الثقافة للنشر، عمان.
- 14- سمير شيخاني (2003)، الضغط النفسي - الأسباب، الأعراض، المداواة - دار الفكر العربي للنشر، بيروت.
- 15- صالح شيخ كمر (1994)، الجوانب النفسية و الطبية للتخلف العقلي في الطفولة، دار الهدى، الجزائر.

- 16- عبد العظيم حسين طه، عبد العظيم حسين سلامة(2006)، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية، دار الفكر للنشر، عمان.
- 17- عبد العظيم حسين طه(2008)، الارشاد النفسي للأطفال العاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية.
- 18- عبد الرحمن العسوي(1990)، التخلف العقلي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 19- عباس محمد عوض(1987)، علم النفس العام، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 20- عبد المعطي حسن مصطفى(1997)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، دار القيادة للطباعة و النشر.
- 21- عبد العزيز حسين الدين(1985)، مدخل الى علم النفس، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 22- عبد الحميد حنان العناني(2000)، الطفل و الأسرة و المجتمع، ط1.
- 23- علاء الدين كفاي(2009)، علم النفس الأسري، ط1، دار الفكر للنشر، الأردن.
- 24- عمر محمد تومي(1996)، أسس علم النفس، ط1، دار الكتاب الوطنية للنشر، ليبيا.
- 25- فاروق السيد عثمان(2001)، القلق و إدارة الضغوط، ط1، دار الفكر العربي للنشر.
- 26- فايز قنطار(1992)، الأمومة، عالم المعرفة للنشر، الكويت.
- 27- كاشف ايمان(2011)، الإعاقة العقلية بين الإهمال و التوجيه، دار قباء للنشر، القاهرة.
- 28- كمال دكراس(1959)، مدخل إلى علم النفس و المنهجية، دار طليعة للنشر، بيروت.
- 29- كريستين ناصر(1998)، اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي، شركة المطبوعات للنشر، لبنان.
- 30- كاملة الفرج شعبان(1999)، النمو الانفعالي عند الطفل، ط1، دار صفاء للنشر، بيروت.
- 31- ليونيل دوسان، ت:جورجيت حداد(2001)، التفتح الحركي عند الطفل، ط1، دار عويدات للنشر، لبنان.
- 32- لويس كامل مليكة(1994)، العلاج السلوكي و تعديل السلوك، دار القلم للنشر، الكويت.
- 33- محمد أحمد النابلسي(1988)، نكاء الرضيع، دار النهضة للنشر، بيروت.
- 34- محمد حسن غانم(2009)، علم الصحة النفسية، ط1، المكتبة المصرية للنشر، الاسكندرية.
- 35- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن(1998)، العلاج السلوكي الحديث، دار قباء للنشر، القاهرة.
- 36- محمد سلامة الغباري(2003)، رعاية الفئات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث للنشر، القاهرة.

37- مايلز كريستين، ت: عفيف الرزاس (1994)، دليل تعليم الأطفال المعوقين، ورشة المواد العريسة للنشر، لبنان.

38- مزيان محمد (2000)، مبادئ البحث النفسي و التربوي، ط1، دار الغرب للنشر، الجزائر.

المعاجم:

39- حسن شحاتة، زينب النجار (2003)، معجم المصطلحات التربوية و النفسية، ط1، الدار المصرية و اللبنانية للنشر، القاهرة.

40- عبد المجيد سامي، نور الدين خالد (1998)، معجم مصطلحات علم النفس، ط1، دار الكتاب للنشر، لبنان.

المجلات:

41- أحمد حامد الغامدي (2010)، مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية و النفسية، المجلد2، العدد1.

42- أميرة طه بخش، أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالقلق و الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا، مجلة كلية التربية لجامعة أم القرى، مكة المكرمة.

43- سعاد منصور غيث (2011)، فاعلية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقبيلة السحائية، المجلة الأردنية، المجلد7، العدد4.

44- عدي راشد محمد، ايثار منتصر شعلان (2013)، التعلق التجنبي و علاقته بالثقة بالنفس لدى اطفال الرياض، مجلة كلية التربية البنات، المجلد24.

45- نادر فتحي قاسم، الاتجاهات الحديثة في دراسات و بحوث ظاهرة التعلق كأحد مظاهر نمو الشخصية.

مراجع باللغة الفرنسية:

46- Boudaress Mahmoud (2005), **Le stress : entre bien et souffrance** ,Edition beri ,Alger .

47- Drew western (2000), **psychologie "pense cerveau et culture"** de Boeck supérieure , Bruxelles.

48- Graziani Pierluigi, Swendsen joel (2005), **le stress émotion et stratégie d'addaptation**, edition2, Dund, paris .

49- Isebell vaoescon, **les addiction comportementales aspects cliniques et psycho pathologique**, édition mardaga, paris.

50- Ivier(2003), **psychothérapie trois approches évalué**, iserm, paris.

51- Jean couttraux(1998), **les thérapies comportementales et cognitives**, masson, paris.

52- Jeffrey E young(2005), **la thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité**, de Boeck supérieure , Bruxelles.

53- Louis p vera (2009), **la TCC chez enfant et l'adolescent**, masson .

54- Micheal hamsenne(2004) , **psychologie de la personnalité**, de Boeck supérieure , Bruxelles.

الملاحق

مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق

وضع هذا المقياس الطبيب النفسي ماكس هاملتون عام 1959م لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطى درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية و النفسية، و إذا استخدم استخداما سليما فإن الدرجات تكون مؤشرا يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

و يعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص و إدراكه لوجود الأعراض المتنوعة، عن طريق استجواب و تقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

و يشمل المقياس على 14 عرضا مركبا، يكون مجموع درجاتها مقياسا كميًا لدرجة القلق، و عادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دوريا بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن.

يقيس هذا المقياس كما ذكرنا سابقا مدى شدة الأعراض النفسية و الجسمية للقلق، فيضع الفاحص درجة لاستجابة المريض وفقا لخمس مستويات هي:

صفر = لا توجد أعراض.

1 = أعراض طفيفة.

2 = أعراض متوسطة.

3 = أعراض شديدة.

4 = أعراض شديدة جدا.

لتفسير الدرجات هناك طريقتين:

الطريقة الأولى: تتبع عرض واحد و مقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن، فالمريض الذي ينال درجة 3 على فقرة المزاج الاكتئابي مثلا في أول تطبيق ثم ينال درجة 1 بعد أسبوع فهذا يعني أن هناك تحسن و استناد من العلاج.

الطريقة الثانية: هي مقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمريض الذي ينال في أول تطبيق درجة كلية 30 و بعد أربعة أسابيع يحصل على درجة 15 يكون قد تحسن بنسبة 50.

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
					التوجس و الشك، توقع الأسوأ او الأشياء المخيفة، سهولة الاستثارة.	1- عسر المزاج
					مشاعر عدم الارتياح، سهولة الاجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال.	2- التوتر
					من الظلام و الغرباء و الوحدة و الحيوانات و زحمة المرور.	3- الخوف
					صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع و الاحساس بالتعب عند الاستيقاظ، أحلام و كوابيس و مخاوف ليلية.	4- الأرق
					صعوبة التذكر و ضعف الذاكرة.	5- الذاكرة
					اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، حزن، الاستيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من النقيض إلى النقيض في يوم واحد.	6- المزاج الإكتابي
					تململ، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، تهديدات أو تلاحق الانفاس، اصفرار الوجه، ابتلاع الريق، التجشؤ، حركات مفاجئة في المفاصل، اتساع حركة العين و جحوظ العينين.	7- السلوك خلال المقابلة
					ظنين في الأدن، زغلة البصر، نوبات من السخونة و البرودة، احساس بالضعف.	8- المشاعر الجسمية الحسية
					الام و أوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الاسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي.	9- المشاعر الجسمية العضلية
					اختلال ضربات القلب، الام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، الاحساس بالدوار.	10- أعراض القلب و الأوعية الدموية
					ضيق الصدر أو اختناقه، الاحساس بالاختناق، التنهد و عسر التنفس.	11- أعراض تنفسية
					صعوبة البلع، الام البطن، حرقان المعدة، الاسهال، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الامساك.	12- الأعراض المعوية العضلية
					زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية.	13- أعراض المسالك البولية و التناسلية
					جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع و توتر، وقوف الشعر.	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: (...)