

العلاج السلوكي المعرفي لذوي الاحتياجات الخاصة الطفل الاصم نموذجا

Cognitive behavioral therapy for people with special needs deaf child model

عزالدين بوداري¹ ، الصالح بوعزة²

¹ جامعة المسيلة (الجزائر) ، boudari343434@gmail.com

² جامعة سطيف 2 (الجزائر) ، bouazasalah19@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2021/03/31

تاريخ القبول: 2020/03/28

تاريخ الاستلام: 2019/03/28

ملخص:

إن الصم فئة من أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا تحظى بالرعاية الكافية التي تحظى بها الفئات الأخرى مثل فاقد البصر أو فئة التخلف العقلي، وقد لوحظ مدى عمق المشاكل التي يعاني منها الأصم فهي تتدرج من عدم النضج الاجتماعي إلى سوء التوافق الانفعالي، إلى عدم الاتزان النفسي وسوء التكيف العام تظهر مظاهره في اضطرابات عديدة أهمها القلق والاكتئاب. ومن المعروف أن التواصل الاجتماعي يعتمد على اللغة فهي تعد الطريق السريع المؤدي إلى كسر الوحدة التي يعيش فيها الأصم. والرسم واللعب يعتبران بمثابة لغة تشكيلية تجعله قادرا من خلالها التعبير عن نفسه وتوصيل مشاعره، وتحقيق كينونته وزيادة فاعليته الاجتماعية وتوافقته النفسي وشعوره بقيمته وسط الجماعة مما يشعره بالأمن. فالعلاج السلوكي المعرفي بما فيه الرسم واللعب واحد من أهم طرق التنفيس والتشخيص والعلاج النفسي، فهو يساعد على معرفة مظاهر الاضطراب التي يعاني منها الطفل الأصم ومعرفة جذورها، ومن ثم علاجها لاستعادة التوازن الانفعالي والاجتماعي للفرد والحفاظ على صحته النفسية، وبذلك تتحول الدوافع الهدامة للطفل مثل الغضب والعدوان والقلق والاكتئاب إلى دوافع بناءة من خلال ممارسة الفن، فيتعدل سلوكه ويصبح أكثر فاعلية في تحقيق الاتزان السلوكي والتوافق النفسي
كلمات مفتاحية: الاصم، العلاج السلوكي المعرفي، ذوي الاحتياجات الخاصة.

ABSTRACT:

The deaf is a group of children with special needs that are not adequately cared for by other groups such as the blind or mental retardation group. General adaptation manifests itself in many disorders, the most important of which is anxiety and depression. It is well known that social communication depends on language as it is the highway leading to the break of the unit in which the deaf live. Drawing and playing are a formative language through which they are able to express themselves and communicate their feelings, achieve their being, increase their social effectiveness, psychological compatibility and sense of value in the community, which makes them feel secure. Cognitive behavioral therapy, including drawing and playing, is one of the most important methods of venting, diagnosis and psychotherapy, it helps to know the manifestations of the disorder suffered by the deaf child and know its roots, and then treat it to restore the emotional and social balance of the individual and maintain his mental health, and thus Destructive impulses of the child such as anger, aggression, anxiety and depression turn into the motives of building it through the practice of art, modifying his behavior and becoming more effective in achieving behavioral balance and psychological compatibility

Keywords: Deaf, Cognitive Behavioral Therapy, People with Special Needs.

1- مقدمة:

العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التأهيل النفسي للمعاقين وهو: عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمعوق وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي .

ويركز الأخصائي النفسي فيها على مساعدة الفرد المعوق على التعايش مع قدراته المحدودة المتعلقة بإعاقته وكذلك في التغلب على الإحباط وعدم الثقة، إذ أن التأهيل النفسي هو إعادة تكيف الفرد من الناحية النفسية، في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي الذي يعرف بأنه: مجموع الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه ومشاكله وأن يستغل إمكانيات البيئة من ناحية أخرى نتيجة لفهمه لنفسه وبيئته.

وتتركز أهداف التأهيل النفسي الهدف العام من التأهيل النفسي هو مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه من جهة وأن يفهم العالم المحيط به من جهة ثانية ليكون قادراً على التكيف المناسب نتيجة هذا فهم، ويمكن تلخيص أهداف التأهيل النفسي فيما يلي القوي، والسرطاوي، 1995:-

1- مساعدة الشخص المعوق على فهم وتقدير خصائصه النفسية ومعرفة إمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتطوير اتجاهات إيجابية سليمة نحو الذات.

2- تخفيض التوتر والكبت والقلق الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وانفعالاته.

3- تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة.

4- المساعدة في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها والسعي إلى تحقيق أقصى درجة ممكنة من درجات تحقيق الذات.

5- تدريب المعوق على تصريف أموره وغرس ثقته بنفسه وبالآخرين، وإدراكه لامكانياته المحدودة وتبصيره بها وكيفية استغلالها والاستفادة منها.

6- تنمية وتطوير اتجاهات إيجابية نحو الحياة والعمل والمجتمع.

2- مقارنة نظرية حول العلاج السلوكي المعرفي:

1-1- أهم الخدمات التي تقدم للمعوقين في عملية التأهيل النفسي:

1- خدمات الإرشاد النفسي: وهي الخدمات التي تهتم بتكيف الشخص المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ القرارات السليمة في علاقته مع هذا العالم والوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته.

2- خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي: وتتضمن اشتراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة، كما تتضمن تقديم النصح للوالدين بشأن خدمات البيئة التي يحتاج إليها الطفل المعوق، وطرق إبلاغ الأهل عن التقدم الحادث للطفل المعوق نتيجة الإرشاد النفسي.

3- خدمات تعديل السلوك (العلاج السلوكي): ويتضمن مجموعة من الإجراءات التي انبثقت من قوانين السلوك. وتعديل السلوك عملية منظمة تشتمل على تطبيق إجراءات علاجية معينة الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة والمتمثلة في تغيير السلوكيات ذات الأهمية الاجتماعية على النحو المرغوب فيه.

4- خدمات الإرشاد والتوجيه المهني: وتهدف إلى مساعدة الفرد المعوق وتوجيهه نحو اختيار المهنة المناسبة سواء أكان للتدريب عليها أو العمل بها تتلاءم مع ميوله واستعداداته وقدراته.

5-خدمات العلاج النفسي: وتتناول المشكلات الأكثر حدة والتي تحد من تكيف الفرد مع مجتمعه وأسرته. وتساعد في جعل الشخص المعوق يتكيف مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى (عبيد، 2007).

2-2- دور الأخصائي النفسي في عملية التأهيل:

يتلخص دور الأخصائي النفسي فيما يلي:-

- 1-مساعدة المعوق على تقليل مشاعر النقص لديه، وتقليل المقارنة بين نفسه وبين الآخرين.
- 2-مساعدة المعوق على تحسين الصورة التي يكونها عن ذاته.
- 3-مساعدة الفرد المعوق على أن يكتسب مشاعر الأمن.
- 4-مساعدة المعوق على تنمية العلاقات الاجتماعية المناسبة وتحسين ردود فعل الآخرين نحوه.
- 5-مساعدة الفرد المعوق على تكوين نمط حياة مناسبة لحالته.
- 6-مساعدة الفرد المعوق على تصحيح إدراكاته عن نفسه وإدراكاته عن الناس من حوله وعن المجتمع بصفة عامة.

2-3- مراحل عملية التكيف للإعاقة:

تشير (عبيد، 2007) بأن عملية تكيف المعوق مع الإعاقة عملية مهمة جداً لجميع العاملين مع المعوقين وخاصة المرشدين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين. وعملية تكيف المعاق مع الإعاقة تمر بمراحل معينة كالتالي:-

- 1-مرحلة الصدمة: وهي مرحلة التشخيص الأولي وفترة العلاج، وفيها لم يستوعب الفرد أن جسمه مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى لا يظهر عليه أي قلق.
- 2-مرحلة توقع الشفاء: تبدأ هذه المرحلة بعد ما يتبين الفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.
- 3-مرحلة الحزن: وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد، فكل شيء ضاع وهو يشعر أنه سوف لا يستطيع أن يعمل أي شيء أو يحقق أي هدف له ويمكن أن يفكر في الانتحار.
- 4-مرحلة الدفاع: وهي تنقسم إلى قسمين: الأول: الدفاع الإيجابي: وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد التعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها. والثانية: الدفاع السلبي، وهنا يستعمل الفرد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة وخصوصاً النكران.
- 5-تراود الشخص المعوق الأفكار التالية: إن جسدي مختلف، وإعاقتي مختلفة، ولكنها ليست سيئة، إن الإعاقة تجعلني مختلفاً، ولكن ذلك لا يمنعني من عمل أشياء مختلفة ومفيدة).

2-4- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يذكر بيك (Beck,2001) أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والانفعالات السالبة ليست نتاجاً لقوى خفية تكمن في اللاشعور، ولكنها تنتج عن عمليات شعورية من قبيل: التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه قد يكون مستمداً من مقدمات خاطئة ومفاهيم مغلوطة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه قد يكون مبنياً على أفكار لا عقلانية، ولما كانت كثير من المشكلات النفسية يمكن حلها عن طريق: شحذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلم اتجاهات أكثر تكيفاً، وحيث أن الاستبصار واختبار الواقع والتعلم جميعها عمليات معرفية بالدرجة الأولى.

ويذكر صلاح عراقي (1991م) أن الاضطراب النفسي-من وجهة نظر المعالجين المعرفيين-هو في الأساس اضطراب التفكير، إذ يقوم الفرد بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، فتؤثر في عمليات التفكير نظرة الفرد نحو العالم، وينتج عنها انفعالات ومشكلات سلوكية. ومن ثم يحاول المعالج أن يقوم بتعديل سلوك المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير لديه، وذلك بمساعدته على تعيين مفاهيمه الخاطئة وتوقعاته غير الواقعية، واختبار مدى صدقها ومعقوليتها.

ويبرر محمد محروس الشناوي ومحمد عبد الرحمن (1998م) ظهور العلاج المعرفي السلوكي كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية، فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية، مثل جهود بياجيه الذي أقام العلاقة بين النمو العقلي والنمو الخلقى.

فالمعالج المعرفي يحاول من خلال بعض الفنيات المعرفية والسلوكية أن يساعد الفرد على معرفة أفكاره اللاعقلانية، ويعلمه طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته بما يسمى إعادة البناء المعرفي للفرد.

ويقرر باترسون (1990م) أن العلاج المعرفي يشمل كل الأساليب التي يمكن أن تخفف الحزن والألم النفسي، عن طريق تصحيح التصورات الخاطئة، والإرشادات الذاتية.

ويرى لويس مليكه (1990م) أن العلاج المعرفي هو أحد المناهج العلاجية التي تهدف لتعديل السلوك الظاهر لدى الفرد من خلال التأثير في عمليات التفكير، وتتعدد فنياته على النحو التالي:

- العلاج " العقلاني - الانفعالي " السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy لـ أليس Ellis
- العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy لـ بيك Beck
- النموذج التخيلي Corert Modeling لـ كيتيلا Ceutela
- التدريب على مهارة التغلب على المشكلات Coping Skill Training لـ جولد فرايد Goldfried
- التدريب على إدارة القلق Self-Instructional لـ ميشنباوم Meichenbaum

حيث إن هذه الأساليب وغيرها تشترك في أنها تحاول تعديل السلوك من خلال التأثير في العمليات المعرفية لدى الأفراد. وتذكر ألفت حقي (1995م) أن العلاج المعرفي السلوكي هو التنظيم والاستراتيجيات التي يحاول المعالج بثها في الفرد، حتى يعيد تشكيل وتوظيف أفكاره التي أدت إلى أخطائه المعرفية وانفعالاته الضارة أو سلوكه الشاذ وتساعد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تحريك ووظائف المعرفة لدى الفرد بما يتيح له رؤية أفضل، ويرى لمعارفه تصحيح ما أرسته من أسس للتفكير، ويحدث ذلك بإتاحة الفرصة للفرد أن يختبر الحقائق بمساعدة المعالج حتى يستنتج أن أفكاره غير منطقية، ثم يقاد ليكتشف بنفسه مدى زيف هذه الأفكار، ويتم ذلك بأن يستخدم المعالج ما لدى المريض من خيال خصب للوصول إلى هذه الهدف.

ويرى سدورو (Sdorow,1995) أن المدرسة المعرفية تؤكد على تقويم التفكير لدى الأفراد من خلال التعديلات المعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى أن يكون الأفراد موضوعيين، وعقلانيين، ويرون العالم بصورة ايجابية مستمدة من الواقع الموضوعي، ويستطيعون إدارة انفعالاتهم في المواقف المختلفة معتمدين على الأنماط الايجابية في التفكير.

ويرى ليندن وباساتو ((Linden & Pasatu, 1998) أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن علاجين مختلفين إلا أنهما يكملان بعضهما بعضاً، لأن التشويه المعرفي لا بد أن يظهر في سلوكيات مختلة، وبالتالي فإن التعديل المعرفي لا بد أن يظهر في سلوكيات ايجابية.

ويذكر سدورو (Sdorow 1995) أن الباحثين قد ميزوا بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي فالفرد عند السلوكيين موجود فقط عند مستوى المثير والاستجابة، وقد كتب شكسبير في "هاملت" أنه لا يوجد ما هو خير أو شر إنما طريقة التفكير هي التي

تصنع ذلك، وقد انعكس هذا الاتجاه على العمليات النفسية وهو ما يسمى بالاتجاه المعرفي، ذلك الاتجاه الذي يرى أنصاره أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلى المشاعر والسلوكيات المضطربة، وإنما تفسير الفرد لتلك الأحداث هو الذي يصنع ذلك، وافترضوا أن التغيير في طريقة التفكير يمكن أن ينتج عنه تغييرات في المشاعر والسلوكيات.

ويذكر عادل عبد الله (2000م) أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعتمد على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً، تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعانيها الفرد، وبنفس المنطق يتحمل الفرد مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، وتعديل الاعتقادات اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالمنطق والعقلانية.

ويقرر بيك ((Beck, 2001) أن النظرية المعرفية تهتم اهتماماً بالغاً بالانفعالات لأن الإثارة الانفعالية تعد جزءاً جوهرياً فيما يحققه العلاج المعرفي، معتمداً على تغيير المعارف والأفكار التي أدت إلى هذه الإثارة الانفعالية، فالأفراد المكتئبون يكونون في حالة من الإثارة، ويناقشون موضوعات مثيرة للانزعاج، ولذا يجب إمدادهم بأسس قوية لإعادة البناء المعرفي، وتمثل المرونة في تشجيع الأفراد للتعبير عن انفعالاتهم دوراً مهماً لأنها تبعث على الانسجام، وتسهل إدراك المريض للتفاعل بشكل إيجابي مع المعالج، حيث إن معظم تأثيرات العلاج تكون ذات صلة بتعطيل الأنشطة التلقائية للمعتقدات، والأفكار المختلة وظيفياً. ويشير أنجير (Unger, 2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي باعتباره نهجاً يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاؤلاً، وتؤدي إلى العمل الفعال، والفكر العقلاني، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتقوى مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تعديلها.

ويشير بيك، وفريمان (Beck & Freeman, 1990) إلى أنه يطلق على العلاج المعرفي اسم علاج هنا والآن، Here and now فجلسة جلوسه يتم أخذ أمثلة من المواقف الصعبة، وتحدد المهام كواجب منزلي بشكل خاص لخلق الظروف اليومية، حيث يمكن جمع قدر أكبر من البيانات لاختبار الأساس الحقيقي للاتجاهات، والأفكار.

ونرى أن هناك اتفاقاً بين معظم الآراء السابقة في أهمية المعرفة، والبناء العرفي للفرد في التأثير على كل من انفعالاته وسلوكياته ولما كانت السلوكيات المختلة وظيفياً تنتج أساساً عن اضطرابات في التفكير تتمثل في: المبالغة، والتعميم، والتشويه المعرفي فإن العلاج المعرفي السلوكي، يمثل حلاً نموذجياً للتعامل مع هذه الأساليب الفكرية الخاطئة، ويحاول إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على العقلانية في التفكير، وإدارة وتنظيم الذات، وأخذ مفاهيم الاحتمالات في الحسبان، كما أنه هو تطبيق عملي لمجموعة كبيرة من العلاجات النفسية الأخرى.

2-5- فلسفة العلاج المعرفي السلوكي:

كان تدريب ميتشنيوم مرضى الفصام على نوع من الحديث الصحي باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي، دافعا وراء ملاحظته أن بعض المرضى كانوا يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية العلاج، حيث كانوا يقولون " تحدث حديثاً صحياً، وكن متماسكاً ومتلائماً، وفي هذا ما يدل على أنهم كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية. ويذكر عادل عبد الله (2000م) أن اتجاه ميتشنيوم يعرف بالتحصين ضد الضغوط النفسية، ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الأحاديث الذاتية، وهو ما يعد ابتعاداً عن الإشراف الإجرائي لأنه تم إدخال أحد العناصر المعرفية، وقد أسفر

استخدام التعليمات الذاتية من قبل ميتشنيباوم مع مرضى الفصام، والأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط والمندفعين عن حدوث قدر معقول من التحسن حيث تم تعديل كم كبير من تلك السلوكيات.

ويرى ميتشنيباوم ((Meichenbaum,2006 أن تعديل السلوك معرفيا ينتج عن تقديم التعليمات للذات والتي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيدا قبل صدور أي استجابة ومساعدتهم على الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، حين تبين لنا أن التخلص من مشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريق انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر ايجابية. ويذكر باول ((Pawll, 1990 أن الحديث الذاتي هو الأسلوب الذي نكلم به أنفسنا ويؤدي إلى التحكم في السلوك بنفس الطريقة كأن هذا الحديث يأتي من شخص آخر، وقد لا يكون الفرد على دراية بالطريقة السلبية التي يتحدث بها لنفسه متوقعا الفشل، ومقلدا من شأن النجاح، ويهدف التحصين التدريجي إلى مساعدة الأفراد على التفكير بشكل بناء وتحسن الأداء وهذه الإجراءات تهدف لتدريب الأفراد على الحديث لأنفسهم بشكل واثق وإيجابي متوقعا النجاح في أي مهمة .

وقد اعتمد ميتشنيباوم ((Meichenbaum,1993 في أساسياته على أعمال لوريا الذي اقترح تطوير نسق من التحكم الرمزي اللفظي على السلوك حيث يقوم الأفراد بتطوير الحوار الداخلي بتعليمات من الآخرين أو لا ثم بتعليمات ذاتية واضحة، وفي النهاية تعليمات ذاتية مستترة، وذلك من خلال: تدريب الأفراد على إدراك وتحديد الأفكار غير المنطقية أو ما يعرف بالتقرير الذاتي، ثم يشكل المعالج السلوك الملائم بينما يعبر عن أساليب التكيف الفعالة التي تتضمن تقديم متطلبات المهمة والتعليمات الذاتية التي ترشد الأداء، والتقرير الذاتي الذي يعزز من الكفاءة الشخصية ويواجه الفشل في الإخفاق والتقرير الذاتي المستتر للأداء الناجح، وبعد ذلك يقوم الفرد بأداء السلوك المطلوب أولا أثناء تعبيره عن التعليمات الذاتية الملائمة ثم استعادتها بشكل مستمر مرة أخرى، ويقوم المعالج في تلك المرحلة بالمساعدة على أن يحل الحديث للذات الذي يؤدي إلى حل مشكلة محل المعرفة التي ينجم عنها القلق والتي كانت مصاحبة لهذا التصرف.

وبالتالي فإن فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية تقوم على فرض مؤداه أن: الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم هي التي تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الفرد يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته، والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفسيولوجية وردود الفعل الوجدانية، والجوانب المعرفية، والعلاقات الاجتماعية، ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.

حيث يذكر ميتشنيباوم ((Meichenbaum,2006 أن الهدف من التقدير الوظيفي المعرفي أن نقدر في صورة احتمالية الأهمية أو الدلالة الوظيفية للانخراط في الأحاديث الذاتية من نوع معين وما يتبعها من سلوك معين أو حالة انفعالية معينة أو استجابات فسيولوجية أو عمليات الانتباه، وكيف يؤثر الحديث الداخلي على الفرد ومن ثم كيف يتأثر بالأحداث والعمليات السلوكية الأخرى، وهناك القليل من البحوث حول التفكير الواعي أو الحديث الداخلي كمتغير يؤثر على السلوكيات غير أنه يمكن القول بأن الدراسات التي أجريت في ثلاثة مجالات قد تناولت الأحاديث الداخلية تعتبر ذات صلة بهذا الجانب، وهي: التوجهات الخاصة بالعلاقات الشخصية، والعوامل المعرفية في الإجهاد، وتأثير التعليمات الذاتية على ردود الفعل الفسيولوجية.

ومن ثم فإن المدرسة المعرفية تنظر إلى الاضطرابات النفسية كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثبرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه.

وترى جوديث ((Judith, 2000) أن العلاج المعرفي السلوكي يستند على طريقة إدراك الفرد للمواقف المختلفة، والتي تؤثر في كيفية شعوره الانفعالي، لذلك فإن الموقف لا يؤثر مباشرة في كيفية الشعور الانفعالي، ولكن الأفكار عن الموقف هي التي تؤثر في ذلك الشعور، وحينما يكون الفرد فريسة للضغط فإن تفكيره يكون مشوشا، وتكون انفعالاته سلبية .

ويذكر دريدن وبوند ((Dryden & Bond, 1996) أنه على الرغم من أن الاتجاه المعرفي يؤكد على تحديد الانفعالات السلبية، والمختلة وظيفيا واستنتاجاتها، إلا أنه لا يقترح تمييز المكينيات المرتبطة بهذه الانفعالات، ويفترض أن محتوى الأفكار والمعتقدات هي الأساس في سلبية الانفعالات، واختلال الوظائف، حيث إن فكرة الفرد عن نفسه بأنه كفاء مثلا تجعله قادرا على التغلب على مشكلات الحياة، ومن ثم تكون انفعالاته إيجابية.

ويشير سدورو ((Sdorow, 1995) إلى أن الاضطرابات النفسية تحدث للأفراد عن طريق المعتقدات السالبة عن الذات، والعالم، والمستقبل، وقد يلوم الأفراد أنفسهم ويميلون إلى المزيد من الأحداث السالبة، وتكون نظرتهم للمستقبل تشاؤمية، وذلك بالنظر إلى ظروفهم، وأساليبهم الخطأ في التفكير، ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير مثل هذه المعتقدات ومعالجة الاضطرابات النفسية، والاحتفاظ بسجل يومي عن المعتقدات اللاعقلانية في محاولة تعديلها، مما يستوجب تعديل الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.

ويذكر عبد الستار إبراهيم، وآخرون (1983م) أنه طبقا لكل من بيك وإليس وميتشبنوم فإن الناس لا يتعلمون من خلال القواعد التشريعية، أو التعلم الاجتماعي فقط، بل يتعلمون من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكهم وتفسيراتهم للحوادث التي تلم بهم، وبالتالي فإنه ثمة أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه إليها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام هي: الكفاءة المعرفية، ومفهوم الذات، والمواقف والاتجاهات التي تنتبها عن المواقف والأشخاص، والتوقعات التي تنتبها عند التعامل مع المواقف الخارجية.

ويرى لويس مليكه (1990م) أن الكثير من الأفراد يستطيعون التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة، والمعلومة مثل: المدرس، والطبيب، والأب، وبالتالي يمكن تقديم الخبرة المتكاملة من خلالهم.

ومن ثم فإن المعرفة هي وسيلة الإنسان لكي يفهم ذاته، والعالم حوله، ويتوصل إلى حقائق الأشياء، والتشويه المعرفي، وتحريف التفكير عن الذات، والعالم، والمستقبل، والتي تكون وراء الاضطرابات النفسية.

ويرى أحمد خيرى حافظ (1998م) أن العلاج المعرفي السلوكي يتعامل مع المعارف المشوهة والأفكار اللامنطقية، وكثير من أنماط التفكير كوسائل أو أحداث مسببة للسلوك والانفعال، وإن المسلمة الرئيسية التي قامت عليها النظرية المعرفية بكل طرائقها تكمن في العلاقة الوثيقة بين المعرفة والسلوك، حيث يكتسب الفرد خلال مراحل نموه ومسيرة حياته العديد من المعارف والمفاهيم والمعلومات التي تمكنه من التعامل النشط مع الواقع ومشكلات الحياة، وتشكل هذه المعرفة من خلال الإرث الثقافي والخبرات الذاتية، وينتج عنها مجموعة من الصيغ المعرفية التي يقيم الفرد بها معلوماته عن البيئة وعن الذات وينظمها، ومجموعة أخرى من الصيغ والطرائق المعرفية التي تساعد على حل مشكلاته، ومجموعة ثالثة تستخدم للتنبؤ ولتقييم أحداث المستقبل، وبدل السلوك السوي على الاستخدام الناجح لهذه النظم والطرائق المعرفية، وبدل السلوك المختل وظيفيا على الاستخدام غير الناجح.

وفي ضوء ما سبق يتضح أن المدرسة المعرفية في علم النفس تستند إلى العلاقة بين المكون المعرفي والمكون السلوكي مروراً بالمكون الانفعالي، وأن الاضطرابات النفسية تنشأ من الاضطراب في المكون المعرفي، وبالتالي فإن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف إعادة البناء المعرفي للفرد حتى يتمكن من تعديل السلوكيات المختلة وظيفياً.

6-2- أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

تذكر ممدوحة سلامة (1991م) أن العلاج النفسي عموماً يقوم على استخدام وتطبيق المبادئ النظرية في مساعدة الآخرين للتغلب على ما يواجهونه من مشكلات، وتحقيق حياة أكثر رضا وسعادة، وكل من يعمل في مجال الإرشاد أو العلاج النفسي يقوم باستخدام افتراضاته ومعارفه حول الطبيعة الإنسانية ومبادئ السلوك، كما يستخدم معارفه عن طبيعة المؤسسات الاجتماعية المختلفة: أسرة، أو مدرسة، أو أقران في إيجاد الوسائل التي تساعد عملائه في التغلب بنجاح على ما يواجههم من مشكلات والتغيير نحو الأفضل وتحقيق السلام مع الذات ومع الآخرين، وتحقيق الحياة التي يرتضونها لأنفسهم. ويرى عبد الستار إبراهيم (1998م) أن أنصار العلاج المعرفي السلوكي مهما تباينت مفاهيمهم، واختلفت وجهات نظرهم، وأطروهم المرجعية يؤكدون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر الأفراد عن أنفسهم وعالمهم، واتجاهاتهم نحو ذاتهم ونحو الآخرين، وأن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية الفرد، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج.

ويذكر باترسون ((Patterson, 1990) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التقليل من القلق، وخفض الكراهية والغضب، إذ يهئ للفرد طريقة تساعد على التقليل من لوم الذات، ولوم الآخرين والظروف وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته، وينطوي الهدف ضمناً على الاهتمام بالذات والاعتراف بحقوق الآخرين، والاستقلالية، والمسئولية، والتسامح مع أخطاء الغير، والمرونة وقبول التغيير.

ويشير أنجير ((Unger, 2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى فهم الأسباب الكامنة وراء الانفعالات السلبية والمعتقدات اللاعقلانية مستعينا بفنيات معرفية وسلوكية لتعديل هذه المعتقدات السلبية، وزيادة الدافعية للتصورات الإيجابية، بحيث تكون النتائج أفضل بالنسبة لتحديات الحياة.

ويذكر عادل عبد الله (2000م) أن العلاج المعرفي السلوكي بكافة أشكاله وطرائقه يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ، والتشوهات المعرفية، ويسعى إلى تخفيض المشكلات المختلفة.

ويشير كوستر ((Custer, 2001) إلى أن النظرية المعرفية السلوكية تهدف إلى دحض الأفكار السلبية لدى الأفراد من خلال مناقشة التطور الطبيعي لديهم، والتركيز على حل المشكلات، والانفعالات، والعلاقات الشخصية التي تسهم في ضبط الانفعالات السلبية: كالعدوان والغضب، والاكتئاب، والقلق، وضعف الانتباه، وفرط النشاط.

ويقرر حسن عبد المعطي (1998م) أن العلاج المعرفي السلوكي إنما يهدف إلى تدريب الأفراد على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر، والتعامل مع الأفكار بصورة نقدية، واستخدام المراقبة الذاتية للأفكار، والتخيلات السلبية، وإخراجها إلى حيز التفكير، التدريب على استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية، ذلك من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية للفرد، وحمله على اختيار الواقع، وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على الوجوبية وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية.

ويخلص محمد الطيب ومنال حسان (2001م) أهداف العلاج المعرفي السلوكي في: التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية غير المتكافئة، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، ويساعد الفرد على تصحيح التصورات والادراكات الخاطئة، واستئصال الأفكار غير الملائمة، وتعزيز التفكير الواقعي، وزيادة الدافعية لأداء الواجبات المنزلية، وإعادة بناء تفكيرهم عن طريق إدراكهم للعمليات الفكرية، وزيادة الوعي بالذات لما له من دور مهم في تصحيح أخطاء التفكير، وتكوين رؤية أكثر موضوعية نحو الموقف.

ويرى بيك (Beck,2001) أن أهداف العلاج المعرفي هي: أن يصبح الفرد واعياً بما يفكر فيه، ويميز بين الأفكار السليمة والمشوهة، ويستبدل الأحكام المختلة بأحكام دقيقة وصحيحة.

وقد وضع ميتشنيوم (1997م) أهداف العلاج المعرفي السلوكي في صورة إجرائية على النحو التالي:

— الاكتشاف الذاتي لدور المعارف في التأثير على سلوكيات الأفراد.

— التدريب على الملاحظة المستمرة للذات، وتفعيل دور المراقبة الذاتية للسلوكيات غير التكيفية.

— التدريب على خطوات حل المشكلة واتخاذ القرار.

— تشجيع التقييم الذاتي والمواجهة الفعالة ومهارات التحكم الذاتي.

— اكتساب المعرفة الذاتية ومهارات التغلب على الضغوط.

7-2- فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يقرر أنجير ((Unger,2004 أن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي تستند على التقييم الموضوعي للمشكلات، واستبدال الميول الكارثية، والتعديل العميق لوجهة النظر المرتبطة بعدم الاستثارة، وتنفيذ خطط العمل، وخفض التجنب، ويكون ذلك بشكل تدريجي منظم، وتكون الممارسة بناء على الرؤية بالنسبة للمشكلات في صورة تعاونية تتضمن الفحص المتبادل للقضايا، وممارسة الواجبات المنزلية بواسطة الفهم، والتحليل، وتطوير الاستراتيجيات البناءة في وقت يتناسب مع الاضطرابات التي يتصدى لها هذا المنهج.

ويشير عادل عبد الله (2000م) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم فنيات عديدة بعضها معرفي مثل: المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديل ومناقشة الأسباب، وبعض هذه الفنيات تجريبي: كالاستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي: كالواجبات المنزلية، والنمذجة، والتخيل، ولعب الدور.

وفيما يلي عرض لمجموعة من الفنيات التي يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي مثل: التعليمات الذاتية، والمراقبة الذاتية، وملء الفراغ، وتغيير القواعد، وإعادة البناء المعرفي، والتركيب، والتخيل، والتعريض، وفض المركزية، والتثبت من النتائج، والتدريب عكس العادة، والتقبل والانتباه، والاسترخاء، ولعب الدور، والنمذجة، والواجبات المنزلية.

1-التعليمات الذاتية

قدم "ميتشنيوم" فنية التعليمات الذاتية حينما كان يعالج مرضى فصام الشخصية، وكان يستهدف تعديل السلوك من خلال التدريب على مخاطبة الذات بطريقة تؤدي إلى تغييرات في الأفكار والانفعالات ومن ثم السلوكيات، كما استخدم هذه الفنية في تعديل الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الاندفاعية والسلوك العدواني والنشاط الزائد، ومما يجدر ذكره أنه تم استخدام هذه الفنية في دراسات عديدة مثل: دراسة تشارلز (Charles,1988)، ودراسة ونسيلر ((Winsler,1991

2-المراقبة الذاتية

يرى إيفرسون ((Everson,1997 أن المراقبة الذاتية هي أساس عمليات التنظيم والتوجيه المعرفي، وقد أكدت دراسات ميتشنيوم ((Meichenbaum,1997، وسترينبرج ((Strenberg, 1999، وهاركر ((Harcker,2000 على أن المراقبة الذاتية هي المحدد الأساسي لمدى نجاح المهارات الأخرى لأنها تشير إلى قدرة الفرد على ملاحظة مستوى تقدمه في ضوء الأهداف المحددة لعمل ما، وتتضمن المراقبة الذاتية: الاحتفاظ بالهدف ومعرفة ما تم إنجازه، والإجراءات القادمة، واتخاذ القرار بالاستمرار في التقدم نحو الهدف، وفي إطار البرنامج العلاجي الحالي لخفض القلق لدى ذوي الإعاقة الحركية تم التركيز على مهارات المراقبة الذاتية من خلال تقديم بعض الأنشطة والأعمال ذات الخطوات المتتابعة ومطالبة الأطفال بإجرائها اعتماداً على أنفسهم.

3-ملء الفراغات

يذكر بيك (2001م) أنه ليست هناك صعوبة في التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية مادامت سائدة، وموجودة في مركز الوعي، وتعد فنية ملء الفراغ من الإجراءات الأساسية لمساعدة الفرد على تبين أفكاره الأوتوماتيكية، وتدريبه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية، وردود أفعاله حيالها ، فهي وسيلة فعالة لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الخجل المفرط ، أو القلق ، أو الغضب أو الحزن في المواقف البين شخصية.

4-تغيير القواعد

من الفنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي فنية اكتشاف اتجاهات الفرد وتبسيط الضوء عليها، ومساعدته على تمحيصها، وتقرير مدى انهماجيتها، ولذا فمن الضروري أن يتعلم الفرد من خبراته أن بعض اتجاهاته قد انتهت به إلى قمة التعاسة والشقاء ، وأنه من الأجدي أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية، وعلى المعالج أن يقف دوره عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها الفرد بالتأمل، لا أن يقوم له بغسيل مخ، ويفرض عليه قواعده.

5-إعادة البناء المعرفي

يذكر بيك (2001م) أن التدريب على التعلم الذاتي يكون فعالاً في التعويض عن نقص المهارات المعرفية، حيث إن إعادة البناء المعرفي يركز على الانحرافات المعرفية، ويتم تعليم المريض أن يرصد الأفكار التي ترتبط بالانفعالات البغيضة مثل : الاكتئاب، والغضب، والعدوانية، وعند تحديد تلك الأفكار التلقائية يتم استخدام مجموعة من الأساليب لتوضيح طبيعتها المنحرفة.

ويشير هوبارد ((Hubbard,2002) إلى أن إعادة البناء المعرفي تتطلب مجموعة من الاستراتيجيات التي تصمم للمساعدة في التعامل مع الأفكار المثيرة للانفعال والتشووهات المعرفية التي تؤدي إلى حدوث المشكلات، ويهدف إعادة البناء المعرفي إلى التعرف الدقيق على هذه الأفكار وتطويرها بحيث تكون قوة للتفكير الايجابي، وإضافة إلى تطوير تدريب الصوت الداخلي بما يؤثر على الرؤية الثاقبة للحياة، وذلك كميزان لكل من الخبرات الايجابية والسلبية

ويذكر عبد الرحمن مهدي (1995م) أن فنية إعادة البناء المعرفي تنطلق من أن المعتقدات والأحداث الخارجية هي المسئولة عن مشاعر الأفراد، فالأفراد تفكر وتفاعل وتسلق في وقت واحد، وأن تفكيرهم لا يؤدي فقط إلى الانفعالات والأنشطة المضطربة ولكن ينشأ بطريقة غرضية عن تلك الانفعالات والأنشطة.

وتم استخدام تلك الفنية في كثير من أنشطة البرنامج الحالي للدراسة من خلال إعادة البناء المعرفي للأطفال من خلال إعادة الألعاب واشتقاق المفاهيم حول تركيباتها وإعادة تركيباتها مرة ثانية.

6-التركيب (البناء)

يشير هوبارد ((Hubbard,2002) إلى أن فنية التركيب تستخدم في معالجة التنظيم السيئ، والمماثلة المرتبطة لكل من: اضطراب نقص الانتباه ، والنشاط الحركي المفرط ، والقلق ، والاكتئاب ، والغضب ، وتهدف هذه الفنية إلى تعليم الأفراد كيفية اشتقاق الأهداف القابلة للتنفيذ، ومنهجية المهام، واستثمار وقت الفراغ ، وحفز الذات على العمل البناء، وذلك بهدف خفض النقد الذاتي، والقلق، والغضب، وهذه من أهم الفنيات التي تم استخدامها في البرنامج الحالي للدراسة.

7-التخيل

يذكر فريمان ((Freeman,1990) أن التخيل يستخدم في الاضطرابات الشخصية لتمكين الفرد من تخفيف الأحداث الصدمية ، وإعادة بناء الخبرة ، ومتابعة المواقف المستنتجة ، ويتطلب الأساس المنطقي لتلك الإجراءات مجموعة من الاعتبارات

أهمها : الحديث الواضح عن الحدث ، والتخيل الذاتي لدى الفرد ، مع امتداد الأثر لإعادة البناء المعرفي ، وهذه الفنية أيضا تم استخدامها في البرنامج الحالي من خلال تخيل الأطفال لشكل اللعبة قبل فكها ثم استعادة الشكل بعد فكها لإعادة تركيبها.

8-التعريض

يرى هوبارد ((Hubbard,2002) أن التعريض يستخدم لخفض كل من : اضطراب نقص الانتباه، والنشاط الحركي المفرط، والقلق، والغضب ، وذلك بتعليم الأفراد كيفية التعامل مع هذه الانفعالات خطوة خطوة، والتوازن بين الراحة والتحمل ، وحتى يمكن أن يكون التعريض فاعلاً لا بد أن يمد المعالج الأفراد بقدر كبير من التدريب الذي يهدف إلى زيادة الثقة وخفض مستوى الانفعالات السلبية لديهم.

9-فض المركزية

يستطيع الأفراد الذين يمكنهم التعرف على أفكارهم الأوتوماتيكية أن يستبينوا بسهولة طبيعتها غير التكيفية، إذ يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا منها موقفاً موضوعياً، ويتأملونها بحرية، وتسمى هذه العملية فرض المسافة، وتعني القدرة على التمييز بين الاعتقاد والمعرفة، حيث تساعد هذه القدرة التمييزية في تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المرضى المعرضة للتحريف والتشويه، حيث ينشأ التحريف الفكري الجسمي في عدد من الأمراض النفسية مثل : القلق، والاكتئاب، والبارانويا .

10-التثبث من النتائج

يميل معظم الأفراد إلى الثقة في أفكارهم وتقديسها واعتبارها الصورة الحقيقية عن العالم الخارجي، ويلصقون بها نفس الدرجة من قيمة الصدق التي يلصقونها بمدركاتهم الحسية للعالم الخارجي ، ويمكن للمعالج النفسي أن يستخدم فنيات معينة لتحديد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة، أو غير مبررة، وحيث إن المريض اعتاد على التحريفات والتشويهات ، فإن مهمة المعالج تنحصر أساساً في استكشاف النتائج، ومقارنتها بالواقع، حيث يشترك مع المريض في تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح، وهي التحقق من صدق الملاحظات، ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج.

11-تدريب عكس العادة

يرى هوبارد ((Hubbard,2002) أن التدريب على تركيز قوة إرادتهم لاستبدال عاداتهم غير المرغوبة بعادات ايجابية مرغوبة، ويتضمن ذلك : تحسين الوعي للتعرف على العوامل التي تسبب وتبقي العادة، والاسترخاء الطبيعي، وذلك لمواجهة الضغوط، وإعادة البناء المعرفي، وتحسين توجيه الذات.

12-التقبل والانتباه

يرى هوبارد ((Hubbard,2002) أن الانتباه يعني ممارسة تقبل الأفكار والمشاعر من أول وهلة ، والاستسلام للأشياء مقابل هدف التغيير النشط ، رغم ذلك فإنه من المفارقة وجود دليل متزايد على أن الانتباه يؤدي إلى التغيير لأنه يساعد على تركيز الوعي والتفكير الواضح وتسهيل إعادة البناء المعرفي ، والتعريض ، والتعامل مع الحقائق الصعبة والمشاعر غير المريحة مثل القهر ، والجدال والضغوط الاقتصادية.

13-الاسترخاء

يعرف جابر عبدالحميد ، وعلاء كفاقي (1995م) الاسترخاء بأنه : حالة خالية من التوتر تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف والانزعاج وتنتشر فيها حالة من الهدوء.

ويشير حسيب محمد حسيب (2003م) إلى أن توقف الصراعات الداخلية أمر لا يحدث للفرد مطلقاً ، ذلك أن مبدأ خفض التوتر ينتهي إلى غرائز الموت ، بينما مبدأ اشتهاة الاستثارة ينتهي إلى غرائز الحياة ، كما أن الاسترخاء لا يفضي إلى هذه الحالة مطلقاً ، بل انه يعمل على تهدئة الصراعات الداخلية وتوجيه الانتباه إلى مواطن العضلات وغيرها فيقلل من حدة الصراع.

يرى هوبارد ((Hubbard,2002) أن الاسترخاء يستخدم في خفض التوترات المرتبطة بالقلق والضغط والغضب وحالات اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي ، وهو حالة من الاستسلام يتوقف فيها الفرد عن العمليات الطبيعية للجسم والعقل وتتضمن هذه الفنية : التنفس البطني العميق كرد فعل لإنذار الجسم وزيادة تركيز المعلومات الأساسية أثناء المواقف الضاغطة وتتضمن الاسترخاء جميع مناطق الجسم وكلما كان عميقاً ومركزاً كان أسلوباً ناجحاً من الأساليب المضادة للانفعالات السلبية التي من أهمها : القلق ، والغضب ، كما يعد وسيلة أساسية في تنمية التركيز والتعامل مع اضطراب نقص الانتباه.

ويعرف عبدالستار إبراهيم (1983م) الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر ، وتتوقف الزيادة الشديدة في التوتر العضلي أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية ، خاصة عندما يواجه الفرد مشكلات تتعلق بتوافقه ، وتتركز بعض هذه التوترات العضلية في الجهة ، وتجعل إثارة التوتر العضلي للفرد متحفزاً للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات ، فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الفرد سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب ، ويستغرق تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادة النفسية عادة ست جلسات علاجية.

14- لعب الدور

يرى عبد الرحمن سليمان (1996م) أن لعب الدور هو أسلوب تعليمي إرشادي يتضمن قيام الفرد بتمثيل دور معين بطريقة نموذجية تهدف لتعليم الدور أو الفهم الأفضل للمشكلات التي يواجهها الفرد عند القيام به. ويذكر محمد الطيب، ومنال حسان (2001م) أن لعب الدور يتضمن ببساطة التكيف لدور المعالج أو العميل ، أو الاثنين معاً ، ويتم استخدام لعب الدور لبيان وجهة النظر البديلة للفرد، ولتوضيح إضافي للعوامل التي تتدخل مع التعبير الانفعالي الملائم ، فيقوم المعالج بدور مريضه ، وذلك لإحرازه موضوعية تجاه الانتقادات الذاتية.

ويؤكد بيك وفريمان ((Beck & Freeman,1990) على أن لعب الدور يستخدم في تطوير المهارة، والتغلب على الكف، مثل ما هو قائم في التدريب التوكيدي، حينما يتضمن الشحن الانفعالي والمعرفي للفرد من خلال الأفكار الأوتوماتيكية.

ويتفق إليس ((Ellis,1977) وميتشنيوم ((Meichenbaum,1994) على أن لعب الدور يشتمل على أساليب معرفية واضحة، وأنها فنية واضحة المعالم وتتضمن تحليلاً معرفياً واضحاً للمشاعر يحدث من خلال تشريط الدور، والذي يتضمن إعادة البناء المعرفي لمواقف الإيحاء بخبرات لعب الدور ، ووضع الفرد في بروفة سلوكية وتدريبه على مواجهتها.

15- النمذجة

تذكر باولا ((Paula,2001) أن تدريبات لعب الدور تسمح للمعالج بإجراء ردود أفعال مناسبة للمواقف المختلفة، ويمكن للفرد عندئذ نمذجة هذا السلوك، والعلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على تحديد الأفكار المسببة للانفعالات السالبة، وتوظيف الفنيات السلوكية لتعديل السلوك، فربما يكون لدى بعض الأفراد مجموعة من المعتقدات الأساسية الخاطئة والتي تؤثر سلباً على سلوك الفرد ووظائفه ، فيتعرض المعالج لهذه الافتراضات اللاعقلانية، ويمد الفرد بنموذج جديد للتفكير ليغير

نموذجه السابق، حتى يكون قادراً على تكوين علاقات اجتماعية تساعده في التوافق النفسي، وتقليل الحساسية المفرطة في المواقف الاجتماعية.

16- التكرار

فنية التكرار، كأحدى الوسائل المهمة للتدريب على المهارات والتأكيد على السلوكيات، ولم يُقتصر في الدراسة الحالية في استخدام هذه الفنية للتعليمات والشرح وإنما امتدت فنية التكرار إلى الأنشطة والتدريبات العملية، من جانب مطبقة البرنامج ومن قبل أعضاء المجموعة التجريبية طِفلاً طِفلاً، فالنشاط الواحد يقوم به ويكرره جميع الأطفال ويقومون به، وقد تختلف الطريقة التي تنفذ بها فنية التكرار من موقف لآخر ومن جلسة لأخرى إلا أنها إحدى الفنيات المهمة التي تزيد التركيز وتمنح الفرصة للمتابعة، واسترجاع ما لم يدركه الطفل حتى تكتمل لديه كافة المعلومات والمهارات التي تستهدف الجلسة تبصيره بها.

17- الواجبات المنزلية

يذكر بولتر ((Bulter,2001 أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف إكساب الفرد مجموعة من المهارات، والقدرات التي تساعده في استخدام النموذج المعرفي لتغيير الاضطرابات التي تتناوبه، وتؤكد العديد من الدراسات على أن الفرد الذي يهتم بالواجبات المنزلية يحظى بكثير من النتائج الايجابية المتمثلة في تحسين السلوكيات، والتخفيف من أعراض الانفعالات السلبية المختلة وظيفياً.

ويتفق محمد الطيب، ومنال حسان (2001م)، وحسيب محمد حسيب (2003م) على أن الواجبات المنزلية تلعب دوراً مهماً في كل العلاجات النفسية، ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتسهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية. وعلاقتها بردود الأفعال الانفعالية، كما تساعد على تقدم العلاج المعرفي السلوكي بشكل سريع، وتعطي فرصة للفرد لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة، ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلة واتجاهاته غير العقلانية، ومحاولة تعديلها، كما تعتبر جزءاً متمماً لنتائج العلاج.

3- نموذج تطبيقي في استعمال الرسم اللعبي كعلاج سلوكي معرفي للطفل الاصم:

الهدف العام للبرنامج: تخفيف درجة القلق والاكتئاب لدى الأطفال الصم (9 – 12 عام) عن طريق الرسم واللعب الجماعي.

الأساس النظري للبرنامج: استندت الدراسة في وضع أهداف البرنامج على ثلاثة جوانب أساسية هي: أساس سيكولوجي - أساس اجتماعي - أساس منهجي.

أولاً: أساس سيكولوجي:

إن الشخص الأصم هو الذي يعاني عجزاً أو اختلالاً سمعياً يحول دون الاستفادة من حاسة السمع فهي متعطلة لديه، أي أن الأصم هو الشخص الذي يتعذر عليه الاستجابة بطريقة تدل على فهم الكلام المسموع. (صلاح سليمان، 1985، د ص). إن ضعف السمع كغيره من الإعاقات المختلفة التي تصيب الفرد والتي تلقي بظلمتها على شخصيته وتسبب له مشكلات وأضرار عديدة منها ما هو اجتماعي وما هو انفعالي، لذلك يذكر بعض الباحثين (حامد زهران 1978 - عبد المطلب القريظي 1996) أن ضعف السمع لهم مشكلات انفعالية عديدة منها:

- 1- الاعتماد على الآخرين وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي.

- 2- الميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية.
 - 3- لديهم مشكلات سلوكية عديدة منها العدوان والاندفاعية وعدم المقدرة على ضبط النفس.
 - 4- مشكلات انفعالية مثل الخوف ومشاعر العجز والأسى والغيرة، والأزمات الانفعالية والحركية والقلق والاكتئاب.
 - 5- مشكلات الحرمان من بعض المثيرات البيئية ونقص الاتصال بالعالم الخارجي .
 - 6- قد يصاحب العاهة تمركز مفرط نحو الذات وشعور بالنقص وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمدرسي والمهني مع النزعة العدوانية واضطراب وتشوه مفهوم الذات بصفة عامة.
 - 7- إن ضعاف السمع يفقدون الثقة في أنفسهم وفي الآخرين نتيجة لمشاعر النقص الناتجة عن هذه العاهة، وبالتالي نجدهم إما يميلون للعزلة والبعد عن الناس، أو يميلون للعدوانية، كما أنهم ينقصهم التكيف الاجتماعي والشخصي بسبب قلة خبراتهم الحياتية والاجتماعية لذلك تقل لديهم قوى الإرادة وقوة التحمل. (حامد عبد السلام زهران، 1978، د ص) (عبد المطلب أمين القريطي، 1996، د ص).
 - 8- إن الطفل الأصم يعاني من اضطرابات نفسية حادة من أهمها القلق والاكتئاب وظيفية البرنامج في علاج الجانب السيكولوجي تأتي في عدة نقاط:
 - 1- يقدم البرنامج الخاص بالأنشطة الفنية للطفل الأصم احساسا بالأمن والثقة بالنفس من خلال ممارسته للمجالات التشكيلية المختلفة مما يساعد في تعديل سلوكه ويصبح أكثر فاعلية في تحقيق الاتزان السلوكي والتوافق النفسي.
 - 2- إعطاء الطفل الأصم حرية التعبير عن مشاكله ومخاوفه والتخلص من هذه المخاوف، وكذلك حرية التعبير عن آماله وطموحاته حيث يترك الفرصة للأطفال للتعبير الحر بالخامات.
 - 3- تساعد الأنشطة الفنية على اكتساب الأساليب السلوكية السليمة عن طريق تفاعله مع زملائه في الأعمال الجماعية.
 - 4- مساعدة الطفل القلق والمكتئب على إقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية سوية مع الأقران.
 - 5- تخفيض السلوك اللاسوي لدى الأطفال.
 - 6- تساعد الأنشطة الفنية على الاحساس بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان النفسي.
 - 7- تنفيس الضغوطات المكبوتة لدى الطفل من خلال لغة غير لفظية وهي الرسم واللعب فمن خلال هذه اللغة نستطيع تشخيص الحالات الانفعالية كالقلق والاكتئاب ومن خلالها أيضا نستطيع علاجها وتفريغها.
- ثانيا: أساس اجتماعي :
- إن التفاعل الاجتماعي يتم من خلال اللغة التي تعتبر وسيلة الاتصال بالعالم الخارجي، والتعامل بين الفرد وبين المحيطين به، لذلك فإن حرمان الطفل من حاسة السمع وبالتالي حرمانه من اكتساب اللغة اللازمة لإقامة العلاقات الاجتماعية الملائمة هو ما يؤدي في النهاية إلى التأثير على الخصائص الاجتماعية والانفعالية للطفل المعاق سمعيا. (رضا عبد القادر، 1992، د ص).
- والقلق والاكتئاب في بعض الأحيان يكون له وظيفة تكيفية وإن كان تكيفا مرضيا حيث يستخدمه الانسان في بعض الحالات كوسيلة للتعبير عن مطالب اجتماعية معينة، وفي حالات عديدة كوسيلة للدفاع عن نفسه وعن ممتلكاته، أو لتفريغ توترات وصراعات مخزنة داخله أو يستخدم لإزاحة العقبات التي تحول دون تحقيق بعض الأهداف المشروعة. (أحمد شوقي، 1983، د ص).

ولقد أجمع العديد من العلماء الباحثين على أنه من العوامل الرئيسية للاضطراب النفسي للطفل الأصم القصور في اكتساب المهارات الاجتماعية وعدم التفاعل والتواصل الشخصي والاجتماعي والايجابي مع الأقران، وقد يظهر القصور في التدريب على مهارات التفاعل والتواصل الاجتماعي في صورة قلق واكتئاب لدى الطفل .
وبناء عليه يضع البرنامج الخاص بهذه الدراسة نقاط أساسية لتفريع نوبات القلق والاكتئاب وتسييرها في الاتجاه السليم المتمشي مع رغبات المجتمع وهي :

- 1- مساعدة الطفل القلق والمكتئب على الوقوف أمام احاسيسه بالقلق والاكتئاب والسيطرة على هذه الاحاسيس وتفريغها من خلال اكتساب السلوك السوى عن طريق التفاعل الاجتماعي بين الأصم واقرانه أثناء الأنشطة الفنية المختلفة .
- 2- تساعد الأنشطة الفنية (الرسم واللعب الجماعي) على نمو العلاقات الاجتماعية واحترام الأصم للتعاليم الاجتماعية السائدة بالإضافة إلى تهيئة مناخ مناسب للطفل لتصريف المشاعر القلقة الاكتئابية بالطريقة العلمية السليمة والتفاعل المتبادل من خلال المواقف الجماعية (الأنشطة الجماعية).
- 3- مساعدة الطفل على المشاركة الايجابية داخل المدرسة وخارجها.
- 4- يشعر الأصم من خلال الأنشطة الفنية بقيمته وبذاته بين زملائه في المدرسة.
- 5- التدريب على التحكم في الانفعالات ومقابلة الغضب بالهدوء من خلال التفاعل بين الأطفال الصم في الأنشطة الفنية.
- 6- توجيه الاهتمام إلى دراسة الدوافع الكامنة وراء سلوك الطفل القلق والمكتئب وعلاج هذا السلوك عن طريق مشاركة الطفل الأنشطة المدرسية والاجتماعية لتفريع الطاقة المكبوتة، ومن بينها الأنشطة الفنية التشكيلية المختلفة سواء الفردية أو الجماعية .
- 7- الأنشطة الفنية تساعد على تعلم الخبرات الفنية وانصهار الفرد داخل الجماعة، وتساعد الطفل الأصم على الخروج من العزلة إلى الانبساط، ومن العدوانية إلى التعاون، ومن الأنانية إلى حب الآخرين والتفاهم معهم .
- 8- وفي النهاية فالأنشطة الفنية الفردية والجماعية لها فعالية في إزالة أنماط غير مرغوبة من السلوك وإحلال أنماط سلوكية أخرى مرغوب فيها، فهي تحول الدوافع الهدامة ولحظات لدى الطفل من قلق واكتئاب إلى دوافع بناءة من خلال ممارسة الفن كوسيلة للاتصال بديلة للغة اللفظية .

ثالثا: أساس منهجي :

لقد ساعد منهج ويلسون (صلاح خضر) الباحث أثناء بناء المنهج فقد قام بأخذ بعض بنود ولسون لتكون أساسا في بناء أهداف البرنامج وهي :

- (أ) أهداف ترتبط بالرسالة التي يحويها العمل الفني وهي قيم عاطفية وقيم رمزية أو معنى رمزي أو معاني أخرى تظهر كنتيجة للتنظيمات البصرية في العمل الفني.
- (ب) أهداف ترتبط بمهارات التشكيل من خلال طبيعة الخامات والأدوات والقدرة على التعبير الفني بها .
ومن المصنوفة تم الاستفادة من بعد محتوى الفن والموضوع وهي كما يلي :
- 1- محتوى الفن: ويتضمن هذا المجال ما يشكل العمل الفني في ثلاث فئات هي :
- الخامة مثل الألوان - الطين - الخشب - الورق.

- الأداة مثل الفرش – الضفر... أدوات النجارة... إلخ.
- المعالجة الفنية وهي طرق التشكيل والبناء وأسلوب التنفيذ المطلوب لإنتاج العمل الفني .
- 2الموضوع :
- (أ) يقصد به الأفكار والأحداث والرموز وهي ثلاث فئات أخذت منها.
- (ب) الرموز والاستعارة: تشكيل العناصر بمعالجة جديدة .
- (ج) المضمون التعبيري: وهي استخدام النتاج الفني النهائي كرمز عن فلسفة أو فكر معين.
- 3المجالات الفنية :
- وهي مجالات الإنتاج الفني (– التصميم – النحت – الرسم – النجارة – اللعب الجماعي. إلخ.)
- أهداف البرنامج الإجرائية للدراسة الحالية :
- (أ) أهداف معرفية :
- 1-يتعرف التلميذ على أنواع الخامات المستخدمة في البرنامج.
- 2-يتعرف التلميذ على كيفية استخدام الأدوات الخاصة بالأنشطة.
- 3-يتعرف التلميذ على أسلوب التنفيذ المطلوب لإنتاج العمل الفني.
- 4-يتعرف التلميذ على العناصر التي تسهم في بناء العمل الفني (اللون – الخط – الشكل – الملمس).
- (ب) أهداف مهارية :
- 1-تجريب طبيعة الخامات والأدوات والقدرة على التعبير الفني بها .
- 2-أن يعالج التلميذ الخامات ويكتشف طرق التشكيل المختلفة والتجسيم والتلوين.
- 3-يستخدم التلميذ الأدوات المختلفة لإبراز خصائص الخامات المستخدمة في العمل الفني.
- (ج) أهداف وجدانية :
- 1-تخفيض حدة القلق والاكتئاب لدى التلميذ عن طريق ممارسة الأنشطة الفنية المختلفة .
- 2-دعم ثقة التلميذ في نفسه عن طريق التعبير عن مشاعره وأفكاره بلغة فنية تشكيلية.
- 3-أن يسقط التلميذ أفكاره وانفعالاته من خلال رسالة يحتويها العمل الفني وهي قيم عاطفية ومعنى رمزي تظهر نتيجة التنظيمات البصرية في العمل الفني.
- 4-أن يجسد التلميذ مشاعر الغضب والعنف والقوة عن طريق الخامات المختلفة .
- 5-تنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الآخرين (الزملاء والمدرسين) من خلال الأعمال الجماعية (مشاركة إيجابية).
- 6-يشعر الأصم بقيمته وبناته بين زملائه في المدرسة .
- 7-مشاركة الطفل الأصم في الأنشطة المدرسية والاجتماعية .
- 8-تنمية مفهوم الذات للطفل واحترامه وتقديره لها من خلال المشاركة في الأعمال الفنية .
- 9-مساعدة التلميذ على تحقيق النمو الانفعالي السوي .
- 10-تنمية شعور الطفل بالمسؤولية واحترام حقوق الآخرين.

- 11- نمو الاعتماد على النفس لدى الطفل .
- 12- مساعدة الطفل القلق والمكتئب على إقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الأقران .
- 13- تكوين مفهوم إيجابي للذات وذلك من خلال التخلص من سلوكيات القلق والاكتئاب عن طريق الرسم والعب الجماعي.
- خطوات إعداد البرنامج:
- (أ) إجراء تجربة استطلاعية لتحديد امكانيات التلاميذ الصم في المجالات الفنية المختلفة للمساعدة في تصميم البرنامج وتحديد زمنه.
- (ب) تصميم استبيان بالمجالات والأنشطة الفنية المقترحة من جهة الطفل.
- (ج) أخذ آراء المختصين في المجالات والأنشطة الفنية المقترحة.
- (د) وضع أهداف مبدئية للبرنامج المقترح في ضوء آراء العينة والمتخصصين وفي ضوء مناهج التربية الفنية للصم في مرحلة الطفولة المتأخرة.
- (هـ) يتم عرض البرنامج على مجموعة من الخبراء في مجال علم نفس التربية الفنية والمناهج للتوصل للصورة المبدئية للبرنامج في ضوء الهدف العام له والأهداف الاجرائية.
- (و) تعديل الصورة المبدئية للبرنامج وتصميم البرنامج في صورته النهائية.
- الخطوات الاجرائية:
- وطبقاً لهذا التصميم تم إجراء القياسات الآتية للمجموعة التجريبية.
- القياس القبلي للمجموعة التجريبية قبل التطبيق • .
- القياس البعدي للمجموعة التجريبية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي المتمثل في الرسم واللعب الجماعي • .
- القياس البعدي الثاني للمجموعة التجريبية " التتبعي " للتأكد من عدم إنتهاء تأثير البرنامج العلاجي على سلوك أفراد المجموعة التجريبية.
- أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد أجرى لها القياسات الآتية.
- القياس القبلي • .
- القياس البعدي • .
- وذلك بالاشتراك مع أفراد المجموعة التجريبية. والجدول التالي يوضح شكل التصميم التجريبي للدراسة الحالية والجدول رقم (7) يوضح شكل التصميم التجريبي لمجموعتي الدراسة

م المجموعة	القياس القبلي	البرنامج العلاجي	القياس البعدي	القياس التتبعي
1 الضابطة	نعم (/) لا _			
2 التجريبية	نعم (/) نعم (/) نعم (/)			

- زمن البرنامج:
- يستغرق البرنامج حوالي (72) ساعة على مدى أربعة شهور تقريبا بواقع

ثلاثة لقاءات أسبوعيا مدة كل لقاء حصتان دراسيتان زمن كل منهما 45 دقيقة، وسوف يقوم الباحث بتنفيذ البرنامج بكل خطواته.

العينة:

- 1- لا يقل عدد الأطفال عن 40 طفل وطفلة.
 - 2- العينة من الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة (9:12 عام).
 - 3- يستبعد الأطفال ذوي الإعاقات المصاحبة لإعاقة السمع.
 - 4- أطفال من مدرسة صغار الصم بولاية برج بوعرييج.
 - 5- أطفال يبدون قلق واكتئاب يتم معرفتهم عن طريق مقياسي القلق والاكتئاب.
- محتويات البرنامج:

يقصد بالمحتوى كل ما يتناوله البرنامج المقترح من خبرات سواء كانت معرفية أو مهارية أو وجدانية في ضوء ما تم تحديده من أهداف، وذلك لتحقيق الراحة الانفعالية للأطفال الصم وتخفيض القلق والاكتئاب لديهم، ويتضمن المحتوى أربعة مجالات وهي: الرسم والتصوير والتشكيل المجسم وأشغال الخشب واللعب الجماعي يراعى فيها:

- 1- أن تتنوع الخبرات التي تقدم لأطفال بما يمكنهم من التفاعل مع الأنشطة الفنية لتحقيق الأهداف بصورة ملائمة.
 - 2- تقديم المعلومات في صور مرئية ومحسوسة وغير مجردة بحيث تصل للتلاميذ الصم في أسرع وقت وأقل جهد.
 - 3- تراعى الفروق الفردية بين الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة (9:12 عام).
 - 4- تحقيق التكامل والتوازن بين الأنشطة الفنية المختلفة بحيث لا يتركز الاهتمام على مجال دون الآخر.
 - 5- تكون الخبرات الفنية على مستوى التلاميذ وأن تنظم تنظيمًا مبنيا على أساس الانتقال من السهل إلى الصعب ومن المعلوم إلى المجهول، وقد يستلزم ذلك استرجاع للخبرات السابقة للتلاميذ وربطها بالخبرات الجديدة.
 - 6- التنوع بين (الأنشطة الفنية الفردية) التي تكفل للتلميذ التعبير عن مشاعره وانفعالاته الخاصة وتساعد على النمو الذاتي، و (الأنشطة الجماعية) التي تكفل له الاختلاط بالآخرين وممارسة أدوار القيادة والتبعية والتفاعل الاجتماعي وتقبل الآخرين وتفهم أدوارهم.
- جدول تتابع أنشطة البرنامج:
- المجال الأول: الرسم والتصوير:

هي طريقة أساسية لفحص دواخل الأصم ومعرفة كثير من الجوانب التي قد يحاول الطلاب إخفاءها في استجاباتهم اللفظية، فهذه الأنشطة تهدف إلى التنفيس الانفعالي بالتعبير الحر عن المشاعر والانفعالات دون تقييد، فالطفل هو يعبر عن أحاسيسه وعن ذاته في جو آمن ينسق فيه ما بين عالم الواقع والخيال، فتظهر في الرسوم أي أنواع من الاضطرابات السلوكية والمشاكل الاجتماعية، فيمكن بذلك مساعدتهم في حلها والتغلب عليها، ويتدرج هذا المجال في:

موضوعات الرسم:

رسم الموضوعات الحرة ويرسم بالقلم الرصاص وبالألوان، وذلك بهدف إظهار مشاعرهم ومشكلاتهم دون التقييد بالموضوع مع اظهار الموضوعات المحببة لديهم والتعبير عنها بواسطة اللغة الفنية التشكيلية.

رسم الموضوعات المحددة جماعية وفردية وكل موضوع تم اختياره بناء على استطلاع رأى بعض المتخصصين ومن هذه الموضوعات:

- أ-موضوع الصراع: ويأتي كتنفيس عن مشاعره وأسقاط قلقه واكتنابه من خلال موضوع الصراع (بين الكبير والصغير – بين الخير والشر).
 - ب-موضوع أسرتي وزملائي والمدرسين: من خلالها يتم إظهار مشاعره المختلفة تجاه المحيطين به.
 - ج- موضوع أحلامي: وهنا يأتي الحلم كانعكاس لأماله ورغباته وطموحاته التي قد يكون حرم منها بسبب إعاقته.
 - د- موضوع رحلة في الحديقة: وفيها يعبر عن علاقته بزملائه أثناء رحلتهم إلى الحديقة، وقد يوضح هذه العلاقة هل هي علاقات فيها القلق والاكتئاب أم علاقات محبة ومودة.
 - هـ- موضوع أنا أحب: وفيه يظهر مشاعره تجاه من يحبه الطفل وقد يظهر شخصا في الرسوم ويعبر عن سبب حبه لهذا الشخص.
 - و- موضوع أنا أكره: وهو موضوع تنفيسي يظهر مشاعره تجاه من يكره، وهل هذا الشخص يريد إيذائه وما الطريقة التي يتبعها لمعاقبته بها.
 - أهدافه: أن يعبر التلميذ عن المشاعر والانفعالات الكامنة لديه من خلال تعبيراتهم الحرة، والموضوعات المقيدة. أهداف معرفية:
 - 1 أن يتعرف الطالب على الألوان.
 - 2 أن يتعرف الطالب على الأدوات وكيفية التعبير الفني لها.
 - 3 يتطلع الطالب على مفاهيم التكوين – الايقاع – الاتزان. أهداف مهارية:
 - 1 أن يكتسب التلميذ المهارات الأساسية التي تساعد على استخدام الألوان المائية.
 - 2 إعطاء الطفل فرصة البحث والتجريب من خلال ألوان ومن خلال درجات القلم الرصاص. أهداف وجدانية:
 - 1 مساعدة التلميذ على تحقيق النمو الانفعالي السوي من خلال التعبير عن مشاعره وأفكاره وانفعالاته دون قيود.
 - 2 تنمية شعور الطفل بالمسؤولية واحترام حقوق الغير.
 - 3 إبراز شخصية الطفل ودفع الخوف عنه من خلال تشجيعه على التعبير الحر، وتنمية الاتصال بالآخرين.
 - 4 تجسيد مشاعر القلق والاكتئاب والقوة عن طريق الموضوعات المختلفة كناعية تنفيسية اسقاطية.
- زمن المجال الأول:
- تستغرق هذه المرحلة 12 مقابلة بواقع ثلاث مقابلات أسبوعيا، وكل مقابلة تستغرق حصتين دراسيتين وسيتم تتابع المقابلات على النحو التالي:

- المقابلة (1): رسم موضوع حر بالقلم الرصاص.
- المقابلة (2): رسم موضوع الأسرة بالقلم الرصاص.
- المقابلة (3): رسم موضوع المدرسة والمدرسين بالقلم الرصاص.

- المقابلة (4): رسم موضوع أنا أحب وأنا أكره بالقلم الرصاص.
- المقابلة (5): رسم موضوع حر بالألوان الفلوماستر.
- المقابلة (6): رسم موضوع الصراع بالألوان الفلوماستر.
- المقابلة (7): رسم موضوع الحلم بالألوان الفلوماستر.
- المقابلة (8)، (9): رسم موضوع أنا وأصحابي بالألوان المائية (عمل جماعي).
- المقابلة (10)، (11)، (12): رسم موضوع رحلة إلى الحديقة بالألوان المائية (عمل جماعي).

الأدوات المستخدمة:

- 1- ورقة رسم.
- 2- ألوان فلوماستر.
- 3- ألوان مائية.
- 5- أقلام فلوماستر.
- 5- فرش.
- 6- ممحاة.

الوسائل التعليمية:

- 1 عرض أعمال فنية مرتبطة بالموضوعات بحيث تكون ذات طابع تعبيرى.
- 2 عرض نماذج للأسلوبين السيرىالي والتعبيرى، وما يحويانه من مبالغة وحذف وتحريف وإضافة إلخ.
- 3 عرض لدائرة الألوان وكيفية خلطها – والتدرج اللوني.

المجال الثاني: أشغال النجارة والعجين:

وتم اختيار هذا المجال ليتم التنفيس عن الطاقات المكبوتة من قلق و اكتئاب من خلال صياغات بنائية لقشرة الخشب وبقايا الأخشاب، لإنتاج أعمال مجسمة ومسطحة، وتوظيفها للوصول بالتلميذ إلى الإحساس بقيمة أعماله، لينال استحسان الجميع عنها، وبالتالي يشعر بالفخر بدلا من نيل العقاب المستمر على عدوانيته وقلقه ومزاجه الكئيب.

أيضا تم اختيار هذا المجال لأنه يتيح للطلاب تحويل الطاقة الزائدة عنده إلى طاقة حركية عضلية موجهة من خلال استخدام العدد المختلفة (الأزاميل – المسامير – المناشير إلخ) وذلك للتعبير الإيجابي عن موضوعات حرة.

أهدافه:

- التنفيس عن الطاقات المكبوتة من قلق و اكتئاب من خلال صياغات بنائية لبقايا الأخشاب لإنتاج أعمال مجسمة ذات ثلاث أبعاد أو ذات بعدين.

أهداف معرفية:

- 1 التعرف على بعض الأساليب التشكيلية المختلفة مثل: لصق القشرة والتفريغ.
 - 2 التعرف على بعض القيم الفنية مثل: الإيقاع بين الكتلة والفراغ – الاتزان – الشكل والأرضية.
- أهداف مهارة:

- 1 اكتساب المهارات الحركية التي تساعد الطفل في استخدام الأدوات (العجين – المقص – إلخ).
 - 2 تنفيذ بعض الأعمال الجماعية بالمشاركة مع زملائه.
- أهداف وجدانية:

- 1 مشاركة التلميذ الإيجابية في الأعمال الجماعية.
- 2 تنمية الحس الجمالي لدى الطفل ليحس بالقيم الفنية مثل الاتزان – الإيقاع إلخ).

- 3- مساعدة التلميذ على تحقيق النمو الانفعالي السوي.
 - 4- تنمية حب الاستطلاع لدى الطفل مع اعطاء الطفل فرصة للبحث والتجريب.
 - 5- تفريغ المكبوتات والتنفيس الانفعالي لتجعله قادر للتخلص من القلق والاكتئاب الزمن المستغرق:
- تستغرق هذه المرحلة 12 مقابلة بواقع ثلاث مقابلات أسبوعيا زمن كل مقابلة حصتان دراستان متتاليتان وسيتم تتابع المقابلات على النحو التالي:

- 1، 2: تصميم مشغولة خشبية ذات بعدين أو ثلاث أبعاد يصلح تنفيذه بالقشرة (أعمال جماعية).
 - 3، 4: طبع التصميم على الخشب وتقطيعه.
 - 5، 6: تنفيذ التصميم على القشرة بألوانها وتقطيعه.
 - 7، 8: إنهاء العمل وإضافة المسامير والمعادن.
 - 9، 10: تصميم بنائي ببواقي الخشب لإنتاج عمل مجسم ذات ثلاث أبعاد.
 - 11، 12: إنهاء المجسمات الخشبية بإضافة الحلقات المختلفة.
- العدد والأدوات المستخدمة:

- 1-ورق.
 - 2-أقلام رصاص.
 - 3-خشب أبلكاش.
 - 4-مناشير.
 - 5-خشب) MDF سهل الحفر عليه.
 - 6-أدوات حفر.
 - 7-بعض المسامير والحلقات المعدنية.
 - 8-عجين بألوان مختلفة
- الوسائل التعليمية:

- 2 وسائل عن بعض طرق التشكيل المختلفة مثل التفريغ والحفر.
 - 3 وسائل لبعض المنتجات الفنية الخشبية.
- المجال الثالث: اللعب بالتشكيل المجسم:
- يهدف هذا المجال إلى معالجة التلميذ لمواد متنوعة تتحدى قدراته وتساعد على تفريغ الشحنة العدوانية لديه في صورة أنشطة فنية تساعد على إسقاط مشاعره والتنفس عنها من خلال أشكال تعبيرية منفذة بخامات مختلفة مثل الصلصال، بواقي البلاستيك، النشارة وذلك للتعبير عن موضوعات لها صلة مباشرة بالقلق والاكتئاب: أنا وزميلي بجانب التشكيل الحر بالخامات المختلفة.

أهدافه:

- تفريغ الطاقات الغضبية والتعبيرية في الأعمال الفنية المجسمة بطريقة تتيح له الراحة الانفعالية بعد التنفيس.
- أهداف معرفية:
- 1 التعرف على أنواع التقنيات المختلفة للتأكيد على النواحي التعبيرية من خلال الموضوعات المختلفة.
 - 2 التعرف على مفاهيم الايقاع بين الكتلة والفراغ – والاتزان.
- أهداف مهارية:
- 1 أن ينفذ الطالب ويخطط لبعض الأعمال الجماعية.

- 2 اكتساب المهارات الحركية التي تساعد الطفل على استخدام الخامات المختلفة وكيفية تشكيلها.
- 3 إتاحة الفرصة للتلميذ لتجريب بعض التقنيات وتنفيذها.
- أهداف وجدانية:
- 1 يعبر التلميذ عن مشاعره وأفكاره وانفعالاته بطريقة مجسمة ذات ثلاث أبعاد.
- 2 مشاركة الطفل بإيجابية في الأعمال الجماعية.
- 3 مساعدة التلميذ على تحقيق النمو الانفعالي السوي عن طريق تجسيد مشاعر القلق والاكتئاب عن طريق الخامات المختلفة.
- الزمن المستغرق:
- تستغرق هذه المرحلة 12 مقابلة بواقع ثلاث مقابلات أسبوعيا كل مقابلة تستغرق حصتين دراستين متواليتين وسيتم تتابع المقابلات على النحو التالي:
- 1 المقابلة 1: 3: عمل مجسمات بالصلصال الملون لموضوع أنا وصديقي.
- 2 المقابلة 4: 7: تنمية التخيل لدى الطفل من خلال عمل مجسم ثلاثي الأبعاد بالقطع البلاستيك الملونة يمكن توظيفه كمقلمة أو حامل زهور.
- 3 المقابلة 8: 12: عمل بورترية بالنشارة كخامة جديدة يمكنه من خلالها إطلاق العنان لخياله مع إضافة خامات مختلفة للوصول للشكل النهائي للبورترية.
- الأدوات المستخدمة:
- 1- صلصال ، ضفر لتشكيله.
- 2- نشارة ومواد لاصقة.
- 3- بلاستيك وكوروفورم (مادة لاصقة للبلاستيك).
- 4- خامات إضافية.
- الوسائل التعليمية:
- 1 وسائل توضح أعمال نحتية تعبيرية لمشاهير النحت مثل هنري مور وآخرون.
- 2 وسائل توضح المبالغة والحذف في الشكل الانساني للوصول إلى التعبيرات المختلفة.
- 3 عرض أساليب التجريب بخامات مختلفة مثل النشارة والبلاستيك والصلصال.
- المجال الرابع: اللعب الجماعي:
- هو مجال متعدد الرياضات يتيح للتلميذ حرية تامة لتفريغ والتنفيس الانفعالي فمن خلال ممارسة الرياضة في جماعة يستطيع الطفل الاصح التخلص من عقدة النقص والتحرر من المكبوتات الداخلية التي يتخللها قلق واكتئاب ويستطيع هذا الأخير الاندماج مع أصحابه ليزداد ثقة الطفل بنفسه وتزداد ثقة أصحابه وبالتالي يمكنهم تحقيق الاتزان النفسي والتكيف الاجتماعي.
- أهداف المجال الرابع:
- إتاحة الفرصة للطفل الاصح لتحقيق ذاته وتنفيس انفعاله وإخراج الطاقات المكبوتة من قلق واكتئاب وانفعالات خطيرة قد تهدد حياته فمن خلال اللعب في جماعة كالرياضة يشعر التلميذ بأهميته ودعم ثقته بنفسه عندما يتفاعل مع أقرانه ويندمج معهم.

أهداف معرفية:

- 1 التعرف على التقنيات المختلفة لكل رياضة جماعية ككرة اليد كرة القدم ومعرفة قواعدها.

أهداف مهارية:

- 1 اكتساب المهارات الحركية التي تساعد الطفل على استخدام تقنيات التواصل مع أصحابه الصم.

- 2 أن يخطط الطفل وينفذ بدقة التقنيات الرياضية للمشاركة الايجابية مع زملائه.

أهداف وجدانية:

- 1 تنمية الاتجاهات الايجابية نحو الزملاء والمدرسين والمجتمع.

- 2 مساعدة التلميذ على تحقيق نمو انفعالي سوي.

- 3 تنمية شعور الطفل بالمسؤولية واحترام حقوق الغير.

- 4 تنمية التواصل الجماعي لدى الطفل، ليشعر بالقيم الكبيرة التي حوله.

- 5 تفرغ الطاقات المكبوتة والتنفيس الانفعالي.

الزمن المستغرق:

تستغرق هذه المرحلة 12 مقابلة بواقع ثلاث مقابلات أسبوعيا كل مقابلة حصتان متواليتان، وسيتم تتابع المقابلات

على النحو التالي:

- المقابلة 1: 3: كرة القدم بمجموعات صغيرة.

- المقابلة 4: 7: كرة اليد بمجموعات صغيرة.

- المقابلة 8: 12: الجري المنتظم من خلال خلق منافسة بين الأطفال.

الوسائل:

- 1-كرة القدم. 2-ملابس رياضية. 3-كرة اليد. 4- اقماغ.

- قائمة المراجع والمصادر:

أولاً: القرآن الكريم

أحمد شوقي (1983): "السلوك العدواني ومظاهره لدى الفتيات الجامعيات دراسة عالمية في شخصية المرأة العصرية، القاهرة: دار المعارف
صلاح سليمان (1994): استراتيجيات التربية الخاصة والكفاءات اللازمة لمعلم التربية والخاصة، مجلة الارشاد النفس، جامعة عين شمس، العدد الثالث.

الهندي، منال (2005): "المهارات الأساسية للفنون البصرية لطفل الروضة"، دار الكتب المصرية، ط1، القاهرة.
رضا عبد القادر-عبد الفتاح درويش (1992): تطوير مناهج العلوم للطلاب المعاقين سمعيا بمرحلة التعليم الأساسي، بحث دكتوراه غير منشور، كلية التربية - جامعة الزقازيق- فرع بنها.

سوين ريتشارد م، 1988 علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامه، الكويت، مكتبة
صلاح خضر (1985): "بناء منهج للتربية الفنية للصفين الخامس والسادس الابتدائي في مرحلة التعليم الأساسي في ضوء الهيكل لبرنامج ويلسون"،
بحث ماجستير غير منشور كلية التربية الفنية، جامعة حلوان.

عبد المطلب أمين القريطي (1996): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتدريبهم، القاهرة: دار الفكر العربي.

عبلة حنفي عثمان (1999): الفن في عيون بريئة، القاهرة: المجلس القومي لثقافة الطفل.

- هايدي مشعان ربيع، "اللعب والطفولة"، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان نبراس يونس محمد آل مراد، "أثر استخدام برامج بالألعاب الحركية والألعاب الاجتماعية والمختلطة في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفال الرياض بعمر (5-6) سنوات"، جامعة الموصل، دكتورا فلسفة في التربية الرياضية، (غير منشورة)
- ابراهيم، عبدالستار (1983م). العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان ، مكتبة مديولي ، القاهرة .
- ابراهيم، عبدالستار (1998م). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليب ومبادئ تطبيقه ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة.
- ابراهيم، عبدالستار ، الدخيل ، عبدالعزيز عبدالله ، ابراهيم ، رضوان (1993م). العلاج السلوكي للطفل وأساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .
- الشناوي ، محمد محروس ، عبدالرحمن ، محمد السيد (1998م). العلاج السلوكي الحديث : أسسه وتطبيقاته ، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة .
- العطية ، أسماء عبدالله محمد (2002م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر ، مجلة مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، السنة 11 ، العدد 21 .
- باترسون (1990م). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد الفقي ، الجزء الأول ، دار القلم ، الكويت .
- حسيب ، حسيب محمد (2003م). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، بها .
- زهران ، حامد عبدالسلام (2001م). الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، مكتبة العبيكان ، الرياض .
- عبدالفتاح ، كاميليا (1991م). العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب ، الطبعة الثالثة ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
- عبدالله ، هشام (1991م). أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- عبدالمعطي ، حسن مصطفى (1998م). العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة .
- عراقي ، صلاح الدين (1991م). العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في علاج الاكتئاب العصبي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية . جامعة بها .
- محمد، عادل عبدالله (2000م). العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات ، دار الرشد ، القاهرة .
- مليكه ، لويس كامل (1990م). العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، دار القلم ، الكويت .
- Beak , A(2001) . Cognitive Therapy and the Emotional Disorders , International Universities press . INC , New York .
- Beak , A & Freeman , W(1990) . Cognitive Therapy of personality disorders , New York , Guilford press.
- Bulter (2001) .Comparison of behavior therapy and Cognitive behavior Therapy in the treatment of generalized anxiety disorder , journal of consulting and clinical psychology .
- Custer, J.R(2001): Child & Addescent Therapy: Cognitive Behavioral procedureds, 2nd ed. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Harcker, R.(2000): Empirical Status Of Cognitive Therapy of Depression, Psychological Bullention, 125 (6.)
- Hubbard, B.(2002): Strategies used in Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Health group, New York.
- Judith, B.(2000): Questions & Answers about cognitive therapy Back institute for cognitive therapy and Research.
- Linden, M. & Pasa tu, J.(1998): The Integration of Cognitive and Behavior Interventions in Routine Behavior Therapy Journal of Cognitive psychotherapy: An International Quarterly Vol. (12 . (
- Lumpkin, P (1999) . Group cognitive-behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders in children and adolescents : Multiple baseline study . Dissertation Abstracts International , section – B – the science – and – Engineering , jun.
- Meichenbaum, D.(1993): Cognitive Behavior Modification, An Integration Approach, New York: Plenum.

- Mohoney, N.(1988): Cognitive Behavior therapy for children, Journal of American Academy of child and adolescent Psychiatry. 73 (9.(
- Patterson, C.H.(1990): Theories of Counseling and psychotherapy New York: Harper & Row Publishers.
- Paula F.(2001): Cognitive Therapy gale encycalobiedo of psychology 2nd ed. Gale group.
- Pawll, G.(1990): The Handy Personality: Cognitive and Physiological Responses to Evaluation Journal Of Personality and Social Psychology 66 (2.(
- Sdorow, L.(1995): Cognitive Behaviour Modification, psychology, Chapter 15.
- Solow, H.(2000): Behavioral treatment of children with Autism. Journal of Child and adolescent psychiatric, Nursing Vol (4.(
- Spear, J.(2001): Beck, A,T.(1921): Gale in cyclobild of psychology 2nd ed. Gale group.