

استخدام العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة

من الصم زارعي القوقعة

أ/ محمد علي شحاتة هندي

إشراف

أ.د: حسام الدين محمود عزب أ.د: إيمان فوزي سعيد شاهين أ.م.د: محمود رامز يوسف حسين
أستاذ الصحة النفسية أستاذ الصحة النفسية أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة عين شمس كلية التربية - جامعة عين شمس كلية التربية - جامعة عين شمس

ملخص رسالة

تهدف الدراسة إلى التحقق من العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة ، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال الصم زارعي القوقعة ، تتراوح أعمارهم من (٩- ١٢) سنة ، وتم التكافؤ بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني، ودرجة أبعاد اضطراب المسلك (بعد العدوان على الآخرين والحيوانات وبعد تحطيم الممتلكات وبعد الخداع والسرقة وبعد الانتهاك المتعمد للقواعد والقوانين) والدرجة الكلية ، و مقياس اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة (إعداد/ الباحث) والبرنامج العلاجي التكاملي (إعداد / الباحث) ، وقد أسفرت نتائج الدراسات عن إثبات العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى أفراد العينة (من الصم زارعي القوقعة).

الكلمات المفتاحية: العلاج التكاملي ، اضطراب المسلك ، الصم زارعي القوقعة

Abstract:

The integrative therapy program to reduce conduct disorder with A sample of deaf cochlear implants

The study aims to verify the of integrative treatment to reduce the severity of conduct disorder with A sample of deaf cochlear implants. The study sample consisted of deaf children with cochlear implants, their ages ranged from (9-12) years, and. The sample members were equal in terms of chronological age, and the degree of behavior disorder dimensions (after aggression against others and animals, after destroying property and after Deception and theft and after deliberate violation of the rules and laws). And the scale of conduct disorder among a sample of deaf cochlear implants (prepared / researcher) and the treatment program The integrative (prepared by the researcher), and the results of the studys resulted in proving the integrative treatment to reduce the severity of conduct disorder among the experimental sample (from the deaf cochlear implants).

Keywords: Integrative Therapy, Conduct Disorder, Deaf Cochlear Implants.

استخدام العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة

من الصم زارعي القوقعة

أ/ محمد علي شحاتة هندي

إشراف

أ.د: حسام الدين محمود عزب أ.د: إيمان فوزي سعيد شاهين أ.م.د: محمود رامز يوسف حسين
أستاذ الصحة النفسية أستاذ الصحة النفسية أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة عين شمس كلية التربية - جامعة عين شمس كلية التربية - جامعة عين شمس
مقدمة :

ورد ذكر الإعاقة السمعية في القرآن الكريم في آيات متعددة منها قوله تعالى (صُم بُكْم عُمِي فهم لا يرجعون) الآية (٧) سورة البقرة , وقوله (خَتَمَ اللَّهُ عَلَى قُلُوبِهِمْ وَعَلَى سَمْعِهِمْ) الآية (١٨) سورة البقرة .

ويرى كل من (Grempp,2011) سعيد كمال عبد الحميد ,ومحمد عثمان بشاتوة,(٢٠١٢) أن الإنسان قد يصاب بالإعاقة السمعية نتيجة لعديد من العوامل التي قد تكون وراثية أو بيئية مكتسبة أو لظروف مجتمعية. ويوجد حوالي(٢٧٨) مليون شخص يعانون من ضعف السمع، وما لا يقل عن ثلثي هؤلاء في البلدان النامية ، ففي الولايات المتحدة ما يقرب من(١,٣) لكل (١٠٠٠) طفل يعانون من ضعف سمعي أو فقدان سمعي. وفي الدول النامية نجد أن نسبة (١٠%) من الأطفال في سن دون المدرسة يعانون من مشكلات سمعية ، وأن (٤) في(١٠٠٠) ولدوا ولديهم فقدان سمعي. (سعيد كمال عبد الحميد ،ومحمد عثمان بشاتوة, ٢٠١٢: ٥٦); (Grempp,2011).
وقد صنفت الجمعية الأمريكية للنطق واللغة أربعة أبعاد أساسية تتأثر بوجود الإعاقة السمعية ،وهي: (محمد اسماعيل أبو شعيرة, ٢٠٠٧: ٥ ; ASHA, (2006). Hearing Loss):
أولا: تأخر تطور اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومهارات التواصل .

ثانياً : المشكلات الأكاديمية والتي تظهر على شكل تأخر في التحصيل .

ثالثاً : العزلة الاجتماعية ونقص مفهوم الذات .

رابعاً: تأثر فرصة الحصول على العمل والاحتفاظ به سلبياً.

ويعاني المعاق سمعياً من مشكلات في اللغة الاستقبالية تتبلور في ضعف القدرة على فهم

الاتجاهات وتمييزها ، وفهم المفاهيم والمعاني المتعددة للكلمات (Lerner,J.,2000 ;

; (ASHA, 2006) .

وتعتبر تكنولوجيا زراعة القوقعة من أحدث ما توصل إليه العلم لأولئك الذين يعانون من

فقدان سمعي تام أو شبه تام في الأذنين ،والقوقعة الالكترونية هي عبارة عن غرس

جهاز الكتروني صغير في عضو السمع (كورتى) داخل قوقعة الأذن الداخلية لينقل

الإشارات الصوتية إلى عصب السمع مباشرة ومنه إلى الدماغ

.(Untestein,2010,37).

عادة ما نجد أن الأفراد المصابون بصمم شديد إلى شديد جدا ممن يتراوح فقدانهم للسمع

من (٥٠ ديسبل) فما فوق ، من الذين لا يستطيعون الاستفادة من المضخات المألوفة

هم المرشحون لزراعة القوقعة ، حيث أن الصمم الشديد جدا ينتج عن فقدان وظيفة

الخلايا الشعرية في القوقعة ، والتي تؤثر على توليد النبضات العصبية والنشاط

الكهربائي في العصب السمعي.(لينا عمر صديق ،ب ت).

ولذا يجد الطفل الأصم في أسرة السامعين صعوبة في التعامل معهم ، وهم يبادلونه هذه

الصعوبة في التفاهم معه ، وتكون النتيجة أنه لا يستطيع أن يتعلم كيف يتحدث ، ولا

كيف يستخدم الإشارة ، ويشعر بعزلته اللغوية التي تتسبب في مشكلات حادة سواء

اجتماعية ، أو فكرية أو وجدانية(صلاح الدين حافظ , ١٩٩٨ : ١٣٤).

ويتصف الأفراد الصم وضعاف السمع بأن لديهم مستوى عالياً من التوتر والقلق ونقص

المهارات الاجتماعية مما يؤثر في انخفاض تقدير الذات لديهم وبالتالي يظهر عدم القدرة

على ضبط غضبهم وسلوكهم العدوانى بأشكاله المختلفة .فقد يصدر عن هذا الطفل

سلوك غير مرغوب فيه ، مثل السلوك الذي يسبب الأذى لذاته أو للآخرين ، أو يفسد أثاث المنزل وأدواته ، أو يخل بنظام المنزل وترتيبه مما يجعل الآباء يعانون من القلق على مصير الطفل المعوق وخاصة إذا كانت إعاقته شديدة (, Bowen, 2000 ; Baker, 1998 ؛ علاء الدين كفاي، ٢٠٠٣: ٢٠-٢١).

لذا نجد الأصم دائماً ما يعاني من اضطرابات عديدة ومن هذه الاضطرابات اضطراب المسلك والذي يشتمل على : الاعتداء الجسدي أو اللفظي على الآخرين، نوبات الغضب، السرقة، التدخين، التغيب عن المدرسة، الكذب، إشعال الحرائق ، تخريب الممتلكات العامة ، والعناد والتحدي

وهو اضطراب مصنف في ال DSM - IV الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية) إذا وصلت ممارسة هذه السلوكيات غير المقبولة، من حيث الشدة والاستمرارية، إلى الحد الذي لا يقبله المجتمع الذي يعيشون فيه. و هذه الأنواع من السلوكيات يصاحبها غالباً أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط. (Campbell et al., 1994 ؛Graham, 1986, 84) .

ويساعد التدخل في سن مبكرة على نمو المهارات الاجتماعية الفعالة مبكراً، كما يمنع تعلم السلوكيات العدوانية قبل أن تصبح هذه السلوكيات أنماطاً دائمة، ولقد تم تصميم عدد من البرامج الفردية، وبرامج المجموعات الصغيرة لوقاية الأطفال وعلاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي عن طريق تعلم المهارات الاجتماعية وأسلوب حل المشكلات . (Webster- Stratton & Reid ,2003)

وتقييم التجارب التي تمت مع الأطفال الذين تم تشخيصهم على أن بهم اضطراب مسلك أوضحت أن تعلم المهارات الاجتماعية ، واستراتيجيات حل المشكلات ، واستراتيجيات ضبط الغضب كانت فعالة في تقليل مشكلات المسلك على المدى القصير- (Webster-

Stratton, C., & Hammond, M. 1997, PP 93 - 109)

وبناءً على ما سبق فإن الباحث يجد حاجة ماسة وضرورية استخدام العلاج التكاملي لهذه الفئة من الأطفال ومساندتهم لمواجهة خفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة السمعية والعمل على الحد من تأثيراته النفسية يمكن أن يلعب دوراً مهماً في تحسين الواقع الحياتي والارتقاء بمستوى أدائهم في التعامل مع الذات ومع الآخرين وهو ما تحاول هذه الدراسة ان تحققه من بين أهدافها المختلفة .

أولاً : مشكلة الدراسة :

نتيجة فقدان الأطفال الصم لحاسة السمع فإن بنيتهم المعرفية قد تتأثر من حيث كم المعرفة أو المعلومات و أيضاً في كيفية تنظيمها . فالطفل الأصم لا يعتبر طفلاً معاقاً، فهو طفل عادي فقد حاسة السمع نتيجة لعوامل وراثية أو مكتسبة وبالتالي فقد التواصل باستخدام اللغة اللفظية، والتي تعتبر الأساس في اكتساب المفاهيم والخبرات وتجعله عضواً طبيعياً وناجحاً في المجتمع . (وفاء بلخيري، ٢٠١٢ ؛ عدنان يوسف العتوم، ٢٠٠٤ : ١٧٢-١٧١).

كما أن الاضطرابات السلوكية ترجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خبراته وافكاره. ويشار إلى العمليات المعرفية قصيرة المدى بالتوقعات وأساليب العزو والتقديرات بينما يشار إلى العمليات المعرفية طويلة المدى بالاعتقادات . ويرى أنصار النظرية المعرفية أن الاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية. ويرون أن السلوك المضطرب يمكن أن يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد . (حسين علي فايد ، ٢٠٠١ : ٣١)

ويعد اضطراب المسلك من أكثر المشكلات التي يعاني منها الأصم زارع القوقعة ، المعادي للمجتمع والتمسك بأفكار خاطئة ينتج عنها سلوكيات خاطئة تؤدي به إلى خلل اجتماعي والسلوك المضاد للمجتمع والتوافق السيء، بالإضافة إلى معاناة والدي الأصم زارع القوقعة وأسرتهم وأقرانه ومدرسته والمجتمع ككل، فأفكاره الخاطئة تُدير سلوكه. وكما تبدو العلاقة الارتباطية بين تلك الأفكار غير المنطقية واضطراب المسلك جلية

وواضحة في القاسم المشترك بينهما وهو ضعف الانتباه وتفاقم التركيز هذا من جانب، أما الجانب الآخر يتمثل في الجانب العلاجي المقدم لهذه الفئة من الأطفال .

ويخضع اضطراب المسلك لعدة عوامل ، منها المشاعر السلبية والإرهاق والإجهاد المستمر وبعض العوامل البيولوجية مثلما يتأثر بالعوامل البيئية إذ إن هناك علاقة بين جسم الإنسان وسلوكه. والعوامل الجينية والعصبية والبيوكيماوية، لاسيما عمليات الأيض، وهناك الكثير من الدلائل على وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطراب السلوكية والانفعالية لدى بعض الأطفال كما يؤكد بعض الباحثين على وجود منحى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية، والشره المرضي، ويعتقد بعض المختصين أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي (الحساسية) للاضطراب، ومع انها قد لا تكون السبب في مشكلات السلوك الا أنها ربما قد تدفع البعض منهم اليها

وبهذا، يمكن القول أن اضطراب المسلك حقيقة من الحقائق التي ترافق الكثير من الصم - وخاصة زارعي القوقعة - وعلى الرغم من أنه يعد من أكثر الحالات النفسية خطورةً وشيوعاً بين الصم. ويعد العلاج التكاملي من أهم وأفضل العلاجات المقدمة في هذا المجال فهو علاج قائم على محاربة المعتقدات الخاطئة وغير الواقعية واستبدالها بمعتقدات عقلانية ملائمة للواقع وللمجتمع وقواعده ومعاييره مع محور التعلم لبعض العادات السلوكية المرفوضة وتقوية النازع الديني وروح التفاؤل والرضا وقبول الذات ومن هذا المنطلق وجد الباحث من خلال عمله بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع أن هناك العديد من الصم زارعي القوقعة السمعية يحتاجون إلي التدخل العلاجي التكاملي للعمل على خفض حدة اضطراب المسلك لديهم، ومن هنا يمكن أن تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة على السؤال الرئيسي التالي وهو : كيف يمكن للعلاج التكاملي التصدي لاضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة ، و ينبثق عن هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية :

١- ما هو مفهوم السلوك اضطراب المسلك وأراء علماء النفس حول هذا المفهوم وأنماطه والفرق بينه وبين الاضطراب النفسي من الناحية الإكلينيكية وأبعاده وسلوك الصم زارعي القوقعة ومظاهره والعوامل المؤدية لاضطراب المسلك ، ثم تشخيصه وأساليب قياسه.

٢- ما هو مفهوم العلاج التكاملي وتاريخ تطوره وأهدافه ومفاهيمه الأساسية وفنياته والعملية العلاجية وإجراءاتها حتى يتضح لنا ماهية هذه الطريقة العلاجية ودورها في خفض اضطراب المسلك لدى الصم زارعي القوقعة
ثانيًا : هدف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلي اختبار فاعلية برنامج علاجي تكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة السمعية وتبين استمرار فاعليته.

ثالثًا : أهمية الدراسة : ترجع أهمية الدراسة إلى ما يلي :
تكتسب هذه الدراسة أهميتها من الجانب الذي تتصدى لدراسته حيث إنها تسعى إلي دراسة فاعلية برنامج علاجي تكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة السمعية , ولهذه الدراسة أهمية من الناحيتين النظرية والتطبيقية:
الأهمية النظرية :

تكمن أهمية هذه الدراسة في حيوية الجانب الذي تتناوله الدراسة وهو اضطراب المسلك لدى الأطفال الصم زارعي القوقعة ، وبالتالي يمكن أن توفر هذه الدراسة إطارا نظريا يتضمن مجموعة من المعلومات والأفكار المفيدة في المجال.

تستهدف الدراسة توجيه الضوء على شريحة من الصم زارعي القوقعة في المجتمع ، والذين يعانون من حدة الأعراض لديهم ويزيد من حاجاتهم لخدمات نفسية متنوعة.

تعتبر هذه الدراسة إمتداداً لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم اضطراب المسلك وأساليب التعامل معه باعتباره من أمراض العصر السائدة في كل المجتمعات ، ولذلك كان لا بد للباحث من المساهمة في إيجاد بعض الطرق والوسائل

التي من الممكن أن تساعد في التخفيف من حدة اضطراب المسلك ، ولتكن بداية الطريق للمهتمين للعمل بهذا المجال.

تعتبر هذه الدراسة حسب علم الباحث من الدراسات النادرة ، التي تدرس تأثير اضطراب المسلك على الصحة النفسية للأصم زارع القوقعة ، وهذا ما تبين للباحث من خلال اطلاعه على الكثير من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل في الاستفادة من النظريات والمفاهيم العلمية لتوفير قدر من البيانات والمعلومات حول فاعلية العلاج التكاملي في خفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة.

تساعد العاملين في برامج الصحة النفسية من خلال التعرف إلى الحالة النفسية التي يعاني منها الصم زارعي القوقعة المصابين باضطراب المسلك ، ومعرفة مدى تأثير عوامل أخرى في مستوى اضطراب المسلك لدى هذه الفئة.

تساعد الباحثين والاختصاصيين النفسيين وبخاصة المهتمين بالصم زارعي القوقعة في خفض حدة اضطراب المسلك في خفض حدة اضطراب المسلك.

تساعد الدراسة الصم زارعي القوقعة المصابين باضطراب المسلك في تعديل أفكارهم السوداوية ، وزيادة مستوى العامل الأخلاقي لديهم مما يساعدهم في تخفيف حدة اضطراب المسلك لديهم.

يمكن لهذه الدراسة أن تفتح المجال للاستفادة من نتائج الدراسة في استخدام العلاج التكاملي في علاج مشكلات أخرى لدى الأطفال الصم زارعي القوقعة ، ولإستحداث برامج ذات فاعلية في مجال خفض حدة اضطراب المسلك ، والتخفيف من المعاناة النفسية للعديد من الأمراض النفسية الأخرى.

تساهم الدراسة في إثراء البحث العلمي والأدب التربوي المتعلق بموضوع اضطراب المسلك لدى الأطفال الصم.

رابعاً : مصطلحات الدراسة :

البرنامج العلاجي :

يعرف الباحث البرنامج المستخدم في هذه الدراسة إجرائياً بأنه برنامج مخطط منظم يتضمن تقديم خدمات علاجية مباشرة وغير مباشرة قردياً وجماعياً للصم زارعي القوقعة السمعية ، وذلك بهدف خفض حدة اضطراب المسلك الواقع عليهم لتحقيق التوافق النفسي.

العلاج التكاملي :

يعرف الباحث العلاج التكاملي في إطار هذه الدراسة بأنه تدخل نوعي من خلال نظام متناسق يضم عددًا من الفنيات والأساليب العلاجية بشكل تكاملي لتحقيق أفضل النتائج ينطلق وفق أسس علمية لنظريات علم النفس المتعددة لعلاج الخلل الوظيفي الانفعالي الناتج عن المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين مستخدماً العمليات الفنية المناسبة لتحقيق الصحة النفسية مع توفير الدعم الوقائي .

اضطراب المسلك :

يعرف الباحث اضطراب المسلك في الدراسة الحالية بأنه نمط سلوكي متكرر ومستمر يظهر لدى الأطفال الصم زارعي القوقعة يتمثل في العدوان على الآخرين وتحطيم الممتلكات والخداع والسرقة والانتهاك المتعمد للقواعد والقوانين يؤدي إلى اضطراب أدائه الوظيفي والدراسي في محيط الأسرة , والمدرسة , والمواقف الاجتماعية المختلفة . أما التعريف الإجرائي فهو : مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على مقياس اضطراب المسلك المستخدم في الدراسة الحالية .(إعداد الباحث)

الصم زارعي القوقعة :

يعرف الباحث الصم زارعي القوقعة في إطار هذه الدراسة بأنهم الذين يعانون من فقد سمعي شديد من ٧٠ ديسيبل ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعات الطبية وزُرعت القوقعة الإلكترونية في الأذن الداخلية لإحداث التنبيه

المباشر للعصب السمعي لإعادة السمع لهم مع الالتزام ببرنامج تأهيلي سمعي ولغوي بهدف اكسابهم القدرة على الكلام.

دراسات سابقة

تمهيد :

وسوف يعرض الباحث عدد من الدراسات العربية والأجنبية السابقة المرتبطة بهذه الدراسة من القديم إلى الحديث وتصنيفها بحيث تدور في محورين ، والتي تتعلق بمتغيرات الدراسة الحالية عبر الثقافات المختلفة. وهي على النحو التالي :

أولاً : دراسات تناولت اضطراب المسلك.

ثانياً : دراسات تناولت البرامج العلاجية للعمل مع الصم زارعي القوقعة.

وفيما يلي نقدم عرضًا موجزًا لما تم ذكره ، وذلك على النحو التالي :

أولاً : دراسات تناولت اضطراب المسلك :

قامت أسماء محمود محمد محمود خليل، (٢٠١٩) بدراسة موضحة اضطراب المسلك لدى الأطفال) كالعدوان على الآخرين والسرقة والكذب والميل الى تدمير ممتلكات الآخرين والسلبية فى تجاهل القواعد وغيرها) والعلاج المتمثل في تعليم القيم : والعادات الجيدة، والاهتمام بذلك قدر الإمكان، وتوعيتهم ، وحثهم على المحافظة على ممتلكات الآخرين، حتى في حال عدم وجودهم، نشوء الطفل في جو يتسم بالأخلاق والقيم الحميدة يؤدي إلى تبني الطفل لهذه المعايير و.عدم ترك أشياء يمكن أن تغري الطفل وتشجعه للقيام بالسرقة مثل النقود وغيرها من الوسائل التي تساهم بتسهيل السرقة باعتراضهم.. وتنمية وبناء علاقات وثيقة بين الأهل والأبناء، علاقات يسودها الحب والتفاهم وحرية التعبير والإشراف المباشر على الطفل بالإضافة إلى تعليمهم القيم والاهتمام بما يحتاجونه فالأطفال بحاجة إلى إشراف ومراقبة مباشرة

كما قام (Matthews, LaDora Ann. (2016) بدراسة موضحة نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة (ADHD) هو اضطراب المسلك الأكثر شيوعا لدى

الأطفال. والهدف من هذه الدراسة هو دمج مهارات النجاح الطلابية، والمناهج المدرسية القائمة على الأدلة مع العلاج السلوكي المعرفي لمعالجة المشاكل السلوكية للطلاب الذكور المراهقين في إطار المدرسة العامة. وقد استخدمت هذه الدراسة البحث التنموي من خلال تحليل وتحديد المشكلة وتطوير منتج أو نموذج يعتمد على المعلومات والبيانات ذات الصلة. يدمج نموذج المنهج التعليمي الناجح (GSS) بين كل من مهارات النجاح لدى الطالب (SSS) و (CBT) للمرشدين التوجيهيين لمعالجة المشاكل السلوكية لدى المراهقين في إطار المدارس الحكومية للنجاح.

كما أجرى (Northover,Clare, (2015) دراسة ميبا أن هناك أدلة متزايدة على أن اضطراب نقص الانتباه فرط النشاط (ADHD) يرافقه اضطراب السلوك (cd) بيولوجيا وكذلك عياديا. هذه المجموعة الفرعية تظهر شدة أعراض أكبر وأقل تشخيص على المدى الطويل من تلك التي مع (cd) أو (ADHD) وحدها. والهدف من هذه الدراسة هو بناء على البحوث المعالجة العصبية والعاطفية الحالية وتحديد وسطاء المخاطر لمشاكل (cd) في (ADHD)، وبالتالي تسليط الضوء على أهداف لاستراتيجيات التدخل في المستقبل. وشملت هذه الأطروحة اختبار تجريبي متعمق لمعالجة العاطفة والاستجابة الفسيولوجية للمؤثرات المثيرة للإثارة العاطفية في عينة سريرية كبيرة من الأولاد مع (ADHD) (ن = ٢٠٤). استوفى حوالي نصف العينة معايير التشخيص لتشخيص المرض المشترك (cd) تمكننا من مقارنة الاستجابة العاطفية والفسيولوجية بين هاتين المجموعتين (ADHD مقابل cd + ADHD). وقد مكنتنا هذه العينة الكبيرة أيضا من تحليل التأثيرات الداعمة للصفات العاطفية والعاطفة، وأعراض اضطراب المعارضة المتضاربة ، وإضفاء الطابع الداخلي على العاطفة، وكذلك النظر في آثار شدة أعراض (cd) و (ADHD). وقام كل فصل تجريبي بتحليل الردود على مصدر مختلف للجديلة المحيرة. تم تقييم حساسية الألم من خلال النظر في عتبة الإبلاغ عن الذات والتسامح ومقارنة هذه ضد الزيادات في مستوى سلوك الاحتيال.

تم تحليل القدرة على التكيف مع الخوف، وتبحث في الاستجابة الفسيولوجية للتنبؤ بحدث مخيف. تم تحليل تفاعل الإجهاد من خلال قياس الاستجابات العاطفية والكورتيزول إلى الإجهاد النفسي والاجتماعي وتم تقييم التنظيم العاطفي باستخدام لعبة صنع القرار الاقتصادي. وأظهرت النتائج أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والمرض المصاحب (cd) يختلفوا كثيراً في استجاباتهم العاطفية والفسيولوجية عن أولئك الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وحده. وكان لدى الأولاد الذين يعانون من (cd) مشاكل أكثر في التعلم مرتبطة بالخوف، وهو ضعيف استجابة الكورتيزول، وارتفاع عتبة آلام وطول وقت للتسامح، مما يعكس انخفاض حساسية الألم. كما أظهر الأولاد الذين يعانون من مستويات عالية من الأعراض العدوانية لـ (cd) صعوبات تنظيم العاطفة مما تسبب في زيادة اتخاذ القرارات غير العقلانية. هذا يسلط الضوء على أهمية علاج (ADHD) كشروط غير متجانسة وتحليل آثار الاضطرابات المرضية للمساعدة في ضمان استخدام الموارد المحدودة في الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية ونظم العدالة الجنائية على نحو أكثر فعالية وكفاءة.

كما استهدفت دراسة مجدي محمد الدسوقي، (٢٠١٤) وصف برنامج علاجي صمم خصيصاً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤-٨ سنوات إلى جانب تحقيق الأهداف المتمثلة في تصميم الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل العلاجي لأوجه العجز الاجتماعية والنفسية والمعرفية التي يعرضها أو يظهرها الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية تتمثل في اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي، ويؤكد هذا البرنامج العلاجي على تدريب الأطفال على مهارات الاتصال، وضبط الغضب، وحل المشكلات البيئشخصية، ويستهدف البرنامج العلاجي الأطفال ذوي المشكلات السلوكية، وهو مناسب أيضاً لعلاج المشكلات المرضية المصاحبة. أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن انتشار السلوكيات العدوانية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة وفي عمر دخول المدرسة يصل إلى ١٠%، وقد ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٥% لدى الأطفال الذين

يعيشون في أسر متدنية الدخل، وبدون التدخل العلاجي المبكر. وأثبت هذا البرنامج فاعلية قصيرة الأمد، وفاعلية طويلة الأمد مع الأطفال الصغار المحولين إلى العيادات النفسية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤-٨ سنوات الذين لديهم مشكلات سلوكية وذلك كما أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد، وتوحي هذه النتائج بأن البرنامج يحظى باهتمام كبير من جانب المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذا البرنامج في خفض المشكلات السلوكية، وتلقي الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوي الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة. كما قامت أمل "محمد فوزي" محمود سليمان عزب، (٢٠١٤) بدراسة هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب المسلك لدى المراهقين (إعداد/ الباحثة)، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي (إعداد/الباحثة)، واشتملت عينة الدراسة على (١٤) أربعة عشر طالب من الطلاب الذكور المراهقين مضطربي المسلك ممن يدرسون بالصف الأول الثانوي بمدرسة الثانوية بنين بمدينة بنها، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٥ - ١٦) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (المجموعة التجريبية وقوامها) (٧) طلاب والمجموعة الضابطة وقوامها (٧) طلاب. وقد جاءت نتائج الدراسة تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب المسلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي في اتجاه المجموعة التجريبية، أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك، وذلك في اتجاه القياس البعدي، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب المسلك في القياس التتبعي، وذلك في اتجاه

المجموعة التجريبية. وأخيراً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب المسلك.

واستهدفت دراسة إكرام العمور ، عبد العزيز ثابت ، (٢٠١٤) إلى معرفة مدى شيوع اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة، واضطراب المسلك لدى الأطفال الفلسطينيين في جنوب قطاع غزة. لتحقيق هذا الهدف تم إختيار عينة طبقية عشوائية تم اختيارها من الصفوف الثلاث السابع والثامن والتاسع من ثمان مدارس إعدادية موزعة بالتساوي بين مدارس الوكالة من الجنسين منهم ١٩٤ من الأولاد بنسبة ٥٠ %، و ١٩٤ من البنات بنسبة ٥٠ % . والحكومة في محافظتي خان يونس ورفح. و بلغت عينة الدراسة ٣٨٨ طفلاً استخدمت مقاييس قائمة العوامل الديمغرافية والاقتصادية-الاجتماعية، و المقابلة الإكلينيكية لاضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة – نموذج الوالدين و و قد ا المعلمين حسب معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ، ومقياس اضطرابات المسلك نموذج الوالدين و الطفل حسب نفس المعيار. النتائج: توصلت الدراسة إلى أن نسبة انتشار اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة المشترك هو ٤,٤ % بتقدير الآباء و ٨,٩ % بتقدير المعلمين . وكشفت النتائج عن وجودٍ في نقص فروق بين الجنسين في اضطرابات نقص الانتباه والحركة الزائدة وكانت الفروق لصالح الذكور بتقدير الآباء والمعلمين. وكانت الفروق دالة إحصائياً إحصائياً في اضطرابات نقص الانتباه والحركة الزائدة لصالح الطلبة الذين يدرسون في المدارس الحكومية بتقدير المعلمين. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة شهريا . في تبعا لمتغيرات: الدخل الشهري للأسرة لصالح من تقل دخول أسرهم عن ١٥٠ أمريكيً الانتباه والحركة الزائدة لدى أطفال العينة بتقديرات المعلمين 129 حين تبين أن ٧,١٥ % من الأطفال بتقدير الآباء و ٥,١٧ % بتقدير الأطفال أنفسهم، بأنهم حالات اضطراب المسلك. و وجدت الدراسة فروق بين الجنسين في اضطرابات المسلك بتقديرات الآباء والاطفال وكانت الفروق لصالح الذكور

من الأطفال. أما بالنسبة لترافق المراضة فقد بينت النتائج حسب تقديرات الآباء أن 7.6 % من أفراد العينة ممن لديهم اضطراب نقص الانتباه و ٢,٥ % ممن لديهم الحركة الزائدة والاندفاعية، و ٤,٣ % من مضطربي نقص الانتباه والحركة الزائدة إحصائياً بين الدرجة الكلية لإضطرابات نقص الانتباه والحركة لديهم ترافق مراضة مع اضطرابات المسلك. كما كشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لاضطرابات المسلك وبين الدرجة الكلية لنقص الانتباه الزائدة وبين اضطرابات المسلك بتقدير الآباء. كما وجدت علاقة موجبة دالة بتقديرات الآباء. الخلاصة: النتائج التي توصلت إليها الدراسة بينت وجود علاقة قوية بين اضطراب نقص الانتباه والحركة الزائدة واضطراب المسلك، و هذه الدراسة وفرت بيانات محددة عن مدى انتشار مثل هذه الاضطرابات في المجتمع الفلسطيني. أظهرت نتائج الدراسة أن معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطرابات المسلك عند الأطفال الفلسطينيين متطابقة مع دراسات أخرى في المنطقة وفي الدول الغربية مما يسلط الضوء على الحاجة لوضع في مجتمعم من خلال برامج الإرشاد داخل المدارس والمؤسسات المتخصصة. وإعطاء برامج إعادة التأهيل النفسي التي تسمح للأطفال بأن يصبحوا أكثر تكاملاً تركيز كبير على دور الأسرة والمدرسة في مساعدة أطفالهم كما هدفت دراسة فارس ياسين القعدان , ونسمة على داؤد (٢٠١٥) معرفة أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق وتحسين تقدير الذات لدى عينة من طلبة الصفين التاسع والعاشر الأساسي من ذوي اضطراب المسلك , تشكلت عينة الدراسة من ٣٤ طالباً من طلاب الصف التاسع والعاشر بمدارس جرش ممن انطبق عليهم معايير تشخيص اضطراب المسلك ووافقوا على المشاركة في الدراسة التجريبية , وقد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تضم كل منهما ١٧ طالباً , خضع أفراد المجموعة التجريبية إلى للبرنامج الإرشادي , بينما لم خضع أفراد المجموعة الضابطة لأي معالجة , وقد تم تطبيق مقياس القلق , وتقدير الذات على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة ثلاث

مرات قبلًا وبعديا , أظهر تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق وتقدير الذات , حيث أظهر أفراد المجموعة التجريبية انخفاضا دالا في الدرجة على مقياس القلق وارتفاعا دالا في الدرجة على مقياس تقدير الذات بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

وقد قام أديوسي وآخرون ٢٠١٥ Adeusi , et , al بدراسة استهدفت دراسة إلى قياس فاعلية استراتيجيتين لإدارة السلوك غير التكيفي في مراكز الإصلاح في ولاية لوجاس بنيجيريا في خفض أعراض اضطراب المسلك , وقد تكونت العينة من ٩٠ مراهقا (٤٥) ذكرا و (٤٥) أنثى , تتراوح أعمارهم بين ١٢-١٧ عاما تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب مسلك باستخدام مقياس اضطراب المسلك لجيليام , وقسمت العينة إلى ثلاثة مجموعات قوام كل مجموعة ٣٠ مراهقا , والمجموعة التجريبية الأولى تلقت تدريبا على إعادة البناء المعرفي , أما المجموعة التجريبية الثانية فقد تلقت تدريبا على مهارات البروفة السلوكية , والمجموعة الثالثة لم تتلق أى تدريبات (المجموعة الضابطة) , تلقت مجموعة إعادة البناء المعرفي تدريبات تهدف إلى مساعدتهم على إعادة بناء أفكارهم وسلوكهم باستخدام عدد من الفنيات اشتملت على الحديث الذاتي والمراقبة الذاتية والتحليل العقلي وصياغة المشكلة والواجبات المنزلية المعرفية , أما مجموعة البروفة السلوكية فقد تلقت عددا من التدريبات السلوكية باستخدام فنيات النمذجة ولعب الدور والممارسة , أشارت النتائج إلى حدوث انخفاضدال في أعراض اضطراب المسلك لدى أطفال المجموعتين , وانعكس ذلك على مستويات التفاعل والتكيف الأسري لدى الوالدين , ولم توجد فروق دالة بين الأسلوبين في خفض تلك الأعراض على رغم من أن أطفال مجموعة البناء المعرفي عرضوا مستويات مرتفعة من اضطراب المسلك (٦٦,٠٣) مقارنة بمجموعة البروفة السلوكية (٦٥,٤٣) بعد تعرضهم للبرنامج .

كما هدفت دراسة **مجدي محمد محمد الدسوقي** , (٢٠١٤) إلى وصف برنامج علاجي صمم خصيصا للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ - ٨ سنوات إلى جانب تحقيق الأهداف المتمثلة في تصميم الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل العلاجي لأوجه العجز الاجتماعية والنفسية والمعرفية التي يعرضها أو يظهرها الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية تتمثل في اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي، ويؤكد هذا البرنامج العلاجي على تدريب الأطفال على مهارات الاتصال، وضبط الغضب، وحل المشكلات البيئشخصية، والامتثال للقواعد المدرسية، وتكوين الصداقات الجيدة، والمشاركة الوجدانية، والوعي النفسي، وهذا التدخل العلاجي اعتمد بدرجة كبيرة على طرق التدريس التي أثبتت أنها فعالة بدرجة خاصة بالنسبة للأطفال الصغار مثل عمل نماذج باستخدام عرائس أو دمي واستخدام شرائط الفيديو، والتدريب والتعزيز أثناء أنشطة الممارسة، واللعب الخيالي، ولعب الأدوار، ويستهدف البرنامج العلاجي الأطفال ذوي المشكلات السلوكية (اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي)، وهو مناسب أيضا لعلاج المشكلات المرضية المصاحبة مثل المشكلات المتعلقة بالانتباه والنبذ من جانب الأقران، ويتكون البرنامج من ١٨ - ٢٢ جلسة، ومدة الجلسة الواحدة ساعتان، ويمكن إن يقدم هذا البرنامج بواسطة الأخصائيين في الطفولة المبكرة والذين لديهم خبرة في علاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية أو المشكلات السلوكية التي تحدث مبكرا. وأوضحت نتائج العديد من الدراسات أن انتشار السلوكيات العدوانية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة وفي عمر دخول المدرسة يصل إلى ١٠ %، وقد ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٥ % لدى الأطفال الذين يعيشون في أسر متدنية الدخل، وبدون التدخل العلاجي المبكر فإن المشكلات السلوكية والنفسية مثل العدوان وسلوك المعارضة، ومشكلات المسلك لدى الأطفال الصغار قد تصبح أنماطا شائعة للسلوك بحلول سن الثامنة، وتبدأ بمسار من المشكلات الدراسية المتصاعدة، والتسرب من المدرسة، والانحراف والعنف، وتعد برامج تدريب الوالدين أنجح طريقة علاجية لتقليل

اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لدى الأطفال الصغار. وأثبت هذا البرنامج فاعلية قصيرة الأمد، وفاعلية طويلة الأمد مع الأطفال الصغار المحولين إلى العيادات النفسية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤ - ٨ سنوات الذين لديهم مشكلات سلوكية وذلك كما أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد، وتوحى هذه النتائج أن البرنامج يحظى باهتمام كبير من جانب المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذا البرنامج في خفض المشكلات السلوكية، وتلقى الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوى الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة.

ثانياً : دراسات تناولت البرامج العلاجية للعمل مع الصم زارعي القوقعة.

استهدفت دراسة حمزة العزازقة (٢٠٢١). التعرف على فعالية برتوكول علاجي تكاملي في تحسين مستوى الإدراك البصري لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم دراسة تجريبية على عينة من الأطفال ، عينة قوامها ثمانية أطفال من ذوي صعوبات التعلم النمائية بولاية سطيف، اعتماداً على المنهج التجريبي وفق المقاربة التكاملية، تم تصميم وحدات علاجية متعددة الأقطاب وتطبيقها على عينة انتقائية بالاستعانة بمجموعة من الوسائل العيادية، كالمقابلة والملاحظة، إلى جانب اختبارات أدائية وإسقاطيه ممثلة في بطارية تشخيص صعوبة الإدراك البصري للزيات واختبار رسم الرجل لقياس الذكاء، مع اعتماد اختبار Wilcoxon لتحديد الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرتوكول العلاجي. أظهرت النتائج أن للبرتوكول العلاجي مستوى عالي من الفعالية ذات الدلالة الإحصائية العيادية في تحسين مستوى الإدراك

البصري لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم النمائية. The aim

وتستهدف دراسة منى توكل السيد إبراهيم (٢٠١٩) ، فعالية برنامج تدخل علاجي تكاملي في تعزيز التمييز السمعي والبصري لدى التلميذات ذوات العسر القرائي من خلال بناء برنامج تدخل علاجي تكاملي والتحقق من فعاليته في تحقيق أهدافه ومدى

استمرار أثره بعد انتهائه وخلال فترة المتابعة، تكونت عينة البحث من (١٥) تلميذة من ذوات عسر القراءة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين الأولى تجريبية وعددها (٨)، والثانية ضابطة وعددها (٧)، تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (٥,٧ - ٣,١٠) سنة متوسط عمر زمين قدره (٩,٨) سنوات وانحراف معياري قدره (+١,٤) مقيدات ومنتظمات برنامج صعوبات التعلم بالدراسة الابتدائية بمحافظة الزلفي بالمملكة العربية السعودية للفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ١٤٣٩/١٤٤٠ هـ. واعتمد البحث على المنهج شبه التجريبي، وتمثلت أدوات البحث في (بطارية اختبارات التمييز السمعي - بطارية اختبارات التمييز البصري) من إعداد الباحثة، وتكوناً، واعتمد البرنامج على البرنامج العلاجي من (٥٧) جلسة علاجية استغرقت (١٢) أسبوع بمعدل (٥) جلسات أسبوعي ستة مداخل علاجية هي (العلاج بالفن، التكامل احلسي، تعدد الحواس، تنمية الانتباه السمعي والذاكرة السمعية، تنمية الانتباه البصري والذاكرة البصرية، العلاج باللعب)، وللتحقق من صحة فروض البحث تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) واختبار مان ويتين (Whitney-Mann) وتوصل البحث إلى وجود فروق دالة احصائياً بني متوسطات رتب درجات تلميذات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للتمييز السمعي والتمييز البصري لصالح تلميذات المجموعة التجريبية وعدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية في القياس التتبعي للتمييز السمعي والتمييز البصري بتطبيق أدوات البحث بفواصل زمين قدره شهر لتتبع حجم أثر البرنامج مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي التكاملي، واستمرارية الأثر الإيجابي للبرنامج، وقد أوصى البحث بتنويع طرق التدريس من خلالاً لتدريبات التلاميذ ذوي العسر القرائي. توظيف التدخل العالجين التكاملي تبع أجرى مباركة رزقي (٢٠١٧) دراسة استهدفت هذه الدراسة : ١- محاولة الكشف على طبيعة المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي. ٢- محاولة الكشف عن انعكاس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدوانى للطفل الأصم. ٣- محاولة الكشف

عن انعكاس الزرع القوقعي في ظهور القلق للطفل الأصم . و قد تم تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

ما طبيعة المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي؟

وضعية فرضيات الدراسة على النحو التالي:

الفرضية العامة : ينعكس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم.

الفرضيات الجزئية :

١ - ينعكس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدوانى لدى الطفل الأصم.

٢- ينعكس الزرع القوقعي في ظهور القلق لدى الطفل الأصم.

والمنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي بتقنية دراسة حالة. أما حالات الدراسة: فقد تمت الدراسة على (٣) حالات ، ذكور، يتراوح سنهم بين (١١ - ١٢) سنة وكانت أدوات الدراسة المستخدمة لجمع البيانات متمثلة في المقابلة نصف الموجهة، واختبار رسم العائلة. وقد توصلت النتائج إلى تحققت فرضيات الدراسة مع الحالات الثلاث، حيث توصلت إلى أن الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور السلوك العدوانى لدى الطفل الأصم. كما تحققت الفرضية الجزئية الثانية بأن الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور القلق لدى الطفل الأصم.

واستهدفت دراسة وحيد عبد البديع عبد الرحمن صالح، (٢٠١٦) التعرف على فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات السمعية لتحسين اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية لدى الأطفال زارعي قوقعة الأذن . تكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية (٦) أطفال، ومجموعة ضابطة (٦) أطفال من الأطفال زارعي قوقعة الأذن، وتتراوح أعمارهم الزمنية من(٦- ٧) سنوات، واستُخدم مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الخامسة)، ومقياس المهارات السمعية (إعداد / الباحث)، ومقياس تشخيص اضطرابات اللغة (إعداد / الباحث)، والبرنامج التدريبي (إعداد / الباحث)، وكانت النتائج :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس المهارات السمعية لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المهارات السمعية لصالح القياس البعدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تشخيص اضطرابات اللغة لصالح المجموعة التجريبية،

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تشخيص اضطرابات اللغة لصالح القياس البعدي، وأخيراً كشفت النتائج عن أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المهارات السمعية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس تشخيص اضطرابات اللغة.

كما هدفت دراسة علي حسن الزهراني (٢٠١٥) إلى التعرف على واقع الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة في برامج التربية بمدارس التعليم العام بالمرحلة الابتدائية ومعوقاتهما في مدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من (٧٠) معلماً من معلمي برامج التربية الخاصة بمدارس التعليم العام، وطبق على العينة مقياس الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة ومعوقاتهما (إعداد / الباحث)، وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى ما يلي: الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة في برامج التربية الخاصة متوفرة بدرجة متوسطة، حيث حصلت على متوسطات ضعيفة.

توجد معوقات في تقديم الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة في برامج التربية الخاصة

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات استجابات معلمي التلاميذ على مقياس الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة حسب متغير المؤهل الدراسي، وذلك لصالح " بكالوريوس تربوي عام

عد وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المعلمين على مقياس الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة تعزى لمتغير الخبرة.

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات معلمي التلاميذ زارعي القوقعة حوئ معوقات تطبيق الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة حسب متغير سنوات الخبرة، وذلك لصالح المعلمين ذوي الخبرة الأقل.

وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطات درجات المعلمين على مقياس معوقات تفدي الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة في برامج التربية الخاصة بمدارس التعليم العام باختلاف متغير المؤهل الدراسي، وذلك لصالح معلمي بكالوريوس التربية الخاصة.

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المعلمين على مقياس الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة حسب متغير الدورات التدريبية، وذلك لصالح دورة واحدة.

عد وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات معلمي التلاميذ زارعي القوقعة حول معوقات تطبيق الخدمات حسب متغير الدورات التدريبية.

واستهدفت دراسة شريفة عبدالله الزبيري، (٢٠١٥) إلى التعرف على مستوى الفهم القرائي للتلميذات الصم زارعات القوقعة بالمرحلة الابتدائية بمدينة الرياض في ضوء عدد من المتغيرات هي المستوى الدراسي، ونوع الدمج التعليمي، وعدد سنوات الحرمان السمعي. وكذلك التعرف على الفروق في الفهم القرائي بين التلميذات الصم زارعات القوقعة والتلميذات الصم غير زارعات القوقعة والتلميذات عاديات السمع. تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى (٤٩) تلميذة من الصم زارعات القوقعة، و المجموعة الثانية (٤٤) تلميذة من الصم غير زارعات القوقعة، أما

المجموعة الثالثة (٥١) من تلميذات الصف الثاني الابتدائي عاديات السمع . أما أدوات الدراسة كانت الملاحظة المباشرة ، واختبار مهارات الفهم القرائي :من إعداد الباحثة . وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية :

أن ترتيب مستويات الفهم القرائي لدى الصم زارعات القوقعة كان كالتالي :المستوى الحرفي المباشر فالمستوى النقدي ثم المستوى الاستنتاجي فالمستوى الإبداعي. وجود فروق دالة بين متوسطات مجموعتي الصم زارعات القوقعة والصم بدون زراعة القوقعة في المستويين " الحرفي المباشر والاستنتاجي" وذلك لصالح الصم زارعات القوقعة، كما توجد فروق دالة لصالح مجموعة السامعات بالصف الثاني الابتدائي مقابل مجموعتي الصم زارعات القوقعة والصم بدون زراعة القوقعة في جميع المستويات والدرجة الكلية.

وجود فروق دالة إحصائية حسب متغير الصف الدراسي لدى الصم زارعات القوقعة في المستوى الاستنتاجي.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير نوع الدمج بين متوسطات التلميذات زارعات القوقعة على المستويات " النقدي و الاستنتاجي والإبداعي " و كذلك على "الدرجة الكلية" لصالح الدمج المكاني.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التلميذات الصم زارعات القوقعة حسب متغير مدة الحرمان السمعي وذلك في المستويين "الإبداعي" و"النقدي"؛ لصالح ذوات الحرمان السمعي الأقل من ٣ سنوات.

كما قدمت الدراسة نتائج الملاحظة وتحليل استجابات التلميذات الصم زارعات القوقعة على اختبار الفهم القرائي.

وقام سمير فني , (٢٠١٤) : بدراسة استهدفت أهم الانجازات العلمية في ميدان الإعاقة السمعية و المرتبطة بالأبحاث الخاصة بالعلوم العصبية المتمثلة في زرع القوقعة الالكترونية وما لهذه التقنية من أهمية بالغة في اكتساب اللغة وتعلم الكلام لدى الأطفال

الصم ، فبفضل حمل جهاز الزرع القوقعي مبكرا و التكفل السمعي -الفونولوجي المعمق و الارشاد الأسري يتمكن الطفل الاصم من الإدراك والتعرف على مختلف الأصوات الملتقطة بالجهاز وربطها بمعانيها المختلفة واستغلالها في جميع المواقف لتكون ذات معنى وفعالية .ويتضح هذا من خلال إبراز أهمية التقنية المطبقة وعرض نتائج اختبارات الإدراك السمعي للصوت و الكلام عند الطفل المستفيد من الزرع القوقعي و مدى انعكاسها على تنمية مهارة اللغة الشفوية لديه. وقد خلصت النتائج الى أنه بفضل جهاز الزرع القوقعي يتمكن الطفل المصاب بإعاقة سمعية عميقة الاندماج في العالم الصوتي شريطة أن يتعلم ربط المعلومات الحسية بما لها من معنى و استعمالها في العلاقات الاجتماعية ، أما بالنسبة للشخص الذي أصبح معاقا سمعيا فيرجع الأمر لإعادة التأهيل ، لكن بالنسبة للشخص المصاب بإعاقة سمعية خلقية فيعتبر هذا اكتشاف.

هدفت دراسة لينا عمر صديق, (٢٠١٣) إلى معرفة أثر التدخل المبكر بأحد تدريبات اللفظ المنغم (الإيقاع الحركي الجسدي) في تحسن نطق أصوات الحروف والمقاطع الصوتية لدى الأطفال زارعي القوقعة في الفئة العمرية ٣-٥ سنوات بمدارس دمج رياض الأطفال بجدة , وتكوّنت عينة الدراس من (٥) أطفال, منهم (٢) من الذكور و(٣) من الإناث , تراوحت أعمارهم ما بين (٣ - ٥) سنوات . وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية من روضة دمج لضعاف السمع والصم بمدينة جدة . ولتحقيق هدف الدراسة استخدم اختبار تكرار المقاطع والكلمات للأطفال ضعاف السمع من عمر ما قبل المدرسة , وبرنامج اللفظ المنغم (الفربتونال) وللإجابة عن سؤال الدراسة ثم (حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon, لحساب دلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة على اختبار تكرار المقاطع والكلمات للأطفال ضعاف السمع من عمر ما قبل المدرسة فيل وبعد تطبيق البرنامج المنغم , وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد اختبار تكرار المقاطع والكلمات للأطفال

ضعاف السمع من عمر ما قبل المدرسة لصالح الاختبار البعدي , وهذا يشير إلى فاعلية برنامج اللفظ المنعم , كما أظهرت النتائج احتفاظ عينة الدراسة بأثر التدريب على اختبار المتابعة , وذلك بعد التوقف عن تطبيق برنامج اللفظ المنعم باستخدام الإيقاع الحركي لمدة شهر.

ودراسة , Nouf Alhamami (2013) هدفت إلى التعرف على تأثير إدراك الحروف اللينة المهتزة في استخدام المحاكاة الصوتية عند زارعي القوقعة . وكانت عينة الدراسة (١٨) مشارك , كافية لمراقبة التأثير المطلوب , وتم تقسيم مفردات العينة إلى (١٠) إناث و (٨) مفردات ذكور , وبلغ متوسط أعمارهم (٩ - ١٢) سنة , وقد استخدمت الدراسة مقياس تصور الكلام في الضوضاء ومقياس التعرف على حروف العلة كأدوات رئيسية لها , وقد توصلت نتائج هذه الدراسة بأن هناك تأثير في التعرف على حرف العلة لعدد من الظروف والعوامل التي تؤثر على التعرف على حرف العلة في ظروف الاستماع المختلفة عند استخدام المحاكاة الصوتية لزارعي القوقعة .

كما قامت , Shaza Mahmoud Saleh (2013) بدراسة استهدفت التعرف على فاعلية تركيب زراعة القوقعة على أساس الإدراك الحسي . تكونت عينة الدراسة من (١٦) مفردة وتم تطبيق أدوات الدراسة عليها , استخدمت هذه الدراسة مقياس (تباد) للمدركات الحسية وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك فاعلية لزراعة القوقعة في تنمية الإدراك الحسي لدى زارعيها .

واستهدفت دراسة سعيد كمال عبدالحميد , محمد عثمان بشتاوه , (٢٠١٢) التعرف على فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية لدى الأطفال ضعف السمع من مستخدمي جهاز زراعة القوقعة السمعية الإلكترونية بالمرحلة الابتدائية , تكونت عينة البحث الأساسية من (٨) أطفال ملتحقين ببرامج العوق السمعي بمحافظة الطائف تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة أما أدوات الدراسة فقد استخدم الباحثان في الدراسة الحالية الأدوات الآتية : اختبار رسم

الرجل لحد انف هاريس للذكاء.) ترجمة وإعداد فهمي (١٩٧٩) , ومقياس المهارات اللغوية (اللغة الاستقبالية - اللغة التعبيرية (إعداد/ الباحثان) , وبرنامج تدريبي لتنمية مهارات اللغة التعبيرية والاستقبالية لدى الأطفال المعاقين سمعياً (ضعاف السمع) من مستخدمي جهاز زراعة القوقعة السمعية الإلكترونية بالمرحلة الابتدائية (إعداد/ الباحثان) , وقد أسفرت النتائج عما يلي :

١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة

الضابطة على مقياس المهارات اللغوية (اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية) في القياس البعدي يعزى للبرنامج التدريبي وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

٢ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية المعاقين

سمعياً مستخدمي جهاز زراعة القوقعة السمعية الإلكترونية على القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال أفراد المجموعة التجريبية

على مقياس المهارات اللغوية (اللغة الاستقبالية, اللغة التعبيرية) للمعاقين سمعياً مستخدمي جهاز زراعة القوقعة السمعية الإلكترونية في قياس المتابعة. بعد شهر من انتهاء تطبيق القياس البعدي.

وقام وي وآخرون (2011) Wu, M, c, Yen-An; C. Lee A, -H, Lin, Bao, G, Liu, Ch بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومهارات القراءة التي حققها الأطفال زارعي القوقعة، وتكونت عينة الدراسة من (٣٩) طفلاً تراوحت متوسط أعمارهم ما بين (٤ - ٧) سنوات وأسفرت نتائج الدراسة إلى تحسين ملحوظ في اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومهارات القراءة .

من هنا أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن المشكلات والاضطرابات السلوكية بصفة عامة واضطراب المسلك بصفة خاصة لها تأثير على الفرد , وبالتالي لابد من خفض اضطراب المسلك حتى يكون الفرد منتجا ويمارس حياته بشكل مقبول لدى المجتمع ، ومن خلال استعراض الدراسات السابقة اتضح أن الباحثين استخدموا عديداً من البرامج العلاجية مع الصم زارعي القوقعة والتي تم توظيفها من خلال العلاج الفردي أو الجماعي مثل دراسة سعيد كمال عبدالحמיד، محمد عثمان بشاتوه , (٢٠١٢) لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية لدى الأطفال ضعف السمع من مستخدمي جهاز زراعة القوقعة السمعية الإلكترونية بالمرحلة الابتدائية. ودراسة , (Shaza Mahmoud Saleh (2013) لفاعلية زراعة القوقعة في تنمية الإدراك الحسي لدى زارعيها . ودراسة , (2013) Nouf Alhamami عند استخدام المحاكاة الصوتية لزارعي القوقعة . ودراسة لنا عمر صديق, (٢٠١٣) لتحسن نطق أصوات الحروف والمقاطع الصوتية لدى الأطفال زارعي القوقعة في الفئة العمرية ٣-٥ سنوات بمدارس دمج رياض الأطفال. و دراسة سمير فني , (٢٠١٤) لتنمية مهارة اللغة الشفوية لدي الطفل المصاب بإعاقة سمعية عميقة الاندماج في العالم الصوتي. ودراسة وحيد عبد البديع عبد الرحمن صالح, (٢٠١٦) لتحسين اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية لدى الأطفال زارعي قوقعة الأذن .

وكذلك دراسة أديوسي وآخرون ٢٠١٥ al Adeusi , et , لإدارة السلوك غير التكيفي في مراكز الإصلاح في ولاية لوجاس بنيجيريا في خفض أعراض اضطراب المسلك , ودراسة فارس ياسين القعدان , ونسمة على داؤد (٢٠١٥) لتحسين تقدير الذات لدى عينة من طلبة الصفين التاسع والعاشر الأساسي من ذوي اضطراب المسلك. ونجد دراسة إكرام العمور ، عبد العزيز ثابت , (٢٠١٤) لمعرفة مدى شيوع اضطراب المسلك لدى الأطفال الفلسطينيين في جنوب قطاع غزة. ودراسة أمل "محمد فوزي" محمود سليمان عذب , (٢٠١٤) للتخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين، ودراسة , (Matthews, LaDora Ann. (2016) لمعالجة المشاكل

السلوكية للطلاب الذكور المراهقين ، فلا توجد دراسة - في حدود علم الباحث استخدمت العلاج التكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى الصم زارعي القوقعة مما يلقي الضوء على أهمية الدراسة الحالية وهي : فاعلية برنامج علاجي تكاملي لخفض حدة اضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة المفاهيم الأساسية والإطار النظري

وتتناول الدراسة الحالية مفهوم اضطراب المسلك ، وأنماطه ، واضطراب المسلك لدى عينة من الصم زارعي القوقعة ، ومظاهره ، والعوامل المؤدية للسلوك المضاد المجتمع الفردية والبيئية مع الأخذ في الاعتبار تعدد تلك العوامل والتفاعل فيما بينها لدى المراهقين ، ثم تشخيصه وأساليب قياسه ومفهوم العلاج الواقعي وتاريخ تطوره وأهدافه والمفاهيم الأساسية فيه وفنياته والعملية العلاجية وإجراءاتها حتى يتضح لنا ماهية هذه الطريقة العلاجية ودورها في خفض اضطراب المسلك لدى الصم زارعي القوقعة ويتضح ذلك فيما يلي:

أولاً : مفهوم اضطراب المسلك :

تتعدد تعريفات التي تتناول اضطراب المسلك حيث تتضمن مظاهر كثيرة ولا يوجد تعريف عام يشمل كل أشكال اضطراب المسلك و فيما يلي نستعرض بعضها : تعرفه منظمة الصحة العالمية (Health Organization,1992) بأنه " نمط مكرر ومتواصل للسلوك الذي تنتهك فيه كل من الحقوق الأساسية للأخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة لعمر الفرد، ويستمر ذلك لمدة ستة أشهر". World (Health Organization 1992:34).

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، (١٩٩٤) على أنه نمط متكرر ومستمر لسلوك عدواني ومعادي للمجتمع ، ويتسم بالتحدي، كما يتضح ذلك من وجود ثلاثة معايير على الأقل أو أكثر خلال الإثنى عشر شهراً الماضية ،ومعيار واحد على الأقل خلال الستة أشهر الماضية ، وتشمل هذه المعايير العدوانية نحو الناس أو الحيوانات ، وتدمير

الممتلكات، والخداع أو السرقة، والانتهاكات الخطيرة للقواعد . (DSM-IV, 1994,)

(80- 94)

كما أضافت الجمعية الأمريكية للطب النفسي، (٢٠٠٠) أن اضطراب المسلك يُعد نمطاً من سوء السلوك المتكرر و المستمر الذي يكون أسوأ بكثير من السلوك الذي يمكن توقعه عادةً من طفل في هذا العصر , ومن بين المعالم الأساسية للاضطراب وجود نمط متواصل من السلوك يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للمعايير المجتمعية الكبرى الملائمة للعمر وقواعد المجتمع . (American Psychiatric Association , 2000).

ويتفق كل من توماس (Thomas, 2006) وويتينجر (whittinger, 2007) على أن اضطراب المسلك عند الأطفال يعبر عن مشكلات سلوكية مزمنة مثل الانحراف، والاندفاع، والسلوك اللااجتماعي، استخدم مخدر أو الانخراط في أنشطة إجرامية". (

(Whittinger, N.S. ,2007:179)(Thomas C.R.,2006:109)

ويرى ويبستر (Webster, S, C., 2008) أن اضطراب المسلك "يعد من الاضطرابات الخطيرة التي تؤثر علي مستقبل الأطفال وعلي نجاحهم الأكاديمي وتوافقهم الشخصي حيث أن هؤلاء الأطفال لديهم نقص في المهارات الاجتماعية ويعانون من عدم تدخل الوالدين والمعلمين في علاج مشكلتهم السلوكية وهذا يتطلب تدريب المعلمين على مهارات إدارة الفصل بفاعلية لمساعدة الطفل على النجاح الأكاديمي في المراحل العمرية اللاحقة ووقايته من تطور الاضطرابات السلوكية. (Webster, S, C.,

2008,176)

ويرى ويبستر Webster, S, C., 2008 أن اضطراب المسلك "يعد من الاضطرابات الخطيرة التي تؤثر علي مستقبل الأطفال وعلي نجاحهم الأكاديمي وتوافقهم الشخصي حيث أن هؤلاء الأطفال لديهم نقص في المهارات الاجتماعية ويعانون من عدم تدخل الوالدين والمعلمين في علاج مشكلتهم السلوكية وهذا يتطلب تدريب المعلمين على مهارات إدارة

الفصل بفاعلية لمساعدة الطفل علي النجاح الأكاديمي في المراحل العمرية اللاحقة ووقاينته من تطور الاضطرابات السلوكية". (Webster, S, C., 2008 : 176) ويعرفه ماشوولف Mash&Wolfe,2007 بأنه نمط متكرر ومتواصل لسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير المجتمعية غير الملائمة للعمر الزمني . (Mash&Wolfe,2007,76).

اضطرابات المسلك تشتمل على: الاعتداء الجسدي أو اللفظي على الآخرين، نوبات الغضب، السرقة، التدخين، التغيب عن المدرسة، الكذب، إشعال الحرائق تخريب الممتلكات العامة . (Kazdin, 1996, 28-29)

ويشخص الأطفال الذين يمارسون هذه السلوكيات باعتبارهم أطفالا يعانون من اضطرابات في المسلك (وهو اضطراب مصنف في ال DSM-IV الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية) إذا وصلت ممارسة هذه السلوكيات غير المقبولة، من حيث الشدة والاستمرارية، إلى الحد الذي لا يقبله المجتمع الذي يعيشون فيه (Graham, 1986, 84).

ثانيًا : المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك :

وتعد كالآتي:

المحك الأول : أسلوب متكرر ومستمر من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للسن ، وتظهر بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية في الاثني عشر شهراً الأخيرة ، مع وجود محك واحد على الأقل في الشهور الستة الماضية . ومنها :

العدوان على الناس والحيوانات :

يتنمر ويهدد ويرعب الآخرين .

غالباً يختلق مشاجرات جسدية .

يستخدم سلاحاً يمكن أن يسبب أذى بدنياً خطيراً للآخرين مثل (السكين ، الزجاجاة المكسورة ، والمسدس، .. الخ).

يقسو بدنياً على الآخرين .

يقسو بدنياً على الحيوانات .

يسرق مع مواجهة الضحية (السلب ، الخطف ، الاغتصاب ، السرقة بالإكراه) .

أجبر شخص ما على ممارسة نشاط جنسي .

تحطيم الممتلكات :

شارك عن عمد في إشعال النار بقصد إحداث إصابات خطيرة .

حطم ممتلكات الآخرين عن قصد (باستخدام وسيلة أخرى غير إشعال الحريق).

الخداع والسرقة :

تسلل إلى منزل أو بناية أو سيارة خاصة لشخص آخر .

كذب للحصول على بضائع أو امتيازات أو لتجنب دفع الديون والالتزامات .

سرقة أشياء قيمة دون مواجهة مع الضحية (سرقة المحلات دون تحطيم الابواب

والتزوير).

عدم الامتثال للقواعد وخرقها :

يتأخر في العودة ليلاً رغم تحذيرات الوالدين ، ويبدأ قبل عمر ١٣ سنة.

هرب من البيت في الليل مرتين على الأقل برغم أنه يعيش في كنف والديه (أو مرة

واحدة دون العودة إلى البيت لفترة طويلة) .

يهرب عادة من المدرسة ، ويبدأ ذلك قبل عمر ١٣ سنة .

المحك الثاني : يسبب الاضطراب في المسلك خللاً إكلينيكياً جوهرياً في الأداء

الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني

المحك الثالث : إذا كان العمر ١٨ سنة أو أكبر ، فلا ينبغي أن يستوفى المحكات

التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. (DSM-IV, 1994, 90 – 91).

ثالثاً : تصنيف أنماط اضطراب المسلك:

أنماط اضطراب المسلك من حيث وقت الحدوث : ويقسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أنماط اضطراب المسلك من حيث وقت الحدوث إلى نوعين :

نمط الطفولة : ويتميز بحدوث محك واحد مميز للاضطرابات المسلك قبل عمر عشر سنوات وعادة ما يكونون من الذكور ، ويظهرون عدواناً بدنياً تجاه الآخرين ، ويحطمون علاقاتهم بالزملاء ، وقد يكون لديهم اضطراب العناد الشارد (المعارضة المتحدية) خلال الطفولة المبكرة، ولديهم - عادة - أعراض تستوفي المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك قبل البلوغ . ويحتمل أن يصبح لدى هؤلاء الأفراد اضطراب مستمر في المسلك، وقد يطورون اضطراب شخصية معادية للمجتمع في الرشد إذا ما قورنوا بالأسلوب الثاني .

نمط المراهقة : ويحدد بغياب أي محك مميز لاضطراب المسلك قبل عمر عشر سنوات، مقارنة بالنوع السابق . وهؤلاء الأفراد أقل احتمالاً من حيث إظهار سلوكيات عدوانية . ويكون لديهم علاقات مع الرفاق (بالرغم من أنهم يظهرون اضطراب مسلك مستمراً بصحبة الآخرين). وهم أقل احتمالاً من حيث التحول إلى المصير المزمن ، أو التحول إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في الرشد ونسبة انتشار هذا الاضطراب في الذكور إلى الإناث أقل عما هو في النوع السابق . DSM- (87 – 86, 1994, IV).

أنماط اضطراب المسلك من حيث الشدة : تنقسم محددات الشدة إلى ثلاثة أقسام : خفيف : مشكلات تصرف قليلة من تلك المطلوبة لعمل التشخيص كما أن مشكلات المسلك تسبب ضرراً ضئيلاً .

متوسط : عدد من مشكلات التصرف والتأثيرات على الآخرين بدرجة متوسطة تقع بين الخفيف والشديد .

شديد : العديد من المشكلات السلوكية من تلك المطلوبة لعمل التشخيص كما أن مشكلات التصرف تسبب ضرراً كبيراً للآخرين . (DSM-IV,1994,91) .

الأنماط الفرعية المختلفة لاضطرابات المسلك :

العدوان كعرض أولي مقابل السرقة . (باترسون ، ١٩٩٢) .

السلوك الظاهر المضاد للمجتمع (كالشجار) مقابل السلوك غير الظاهر (كالكذب والهروب)(Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. 1998, 242-259) ، (لوير وآخرون، ١٩٨٥) .

الأعراض التي تظهر مبكراً في الطفولة مقابل الأعراض التي تظهر متأخراً في المراهقة .

(باترسون وآخرون ، ١٩٨٩) (Kazdin,1993, 291) .

رابعاً : الأسباب المسؤولة عن اضطراب المسلك :

عوامل عضوية أو بيولوجية: يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية وكذلك البيوكيميائية، أو بتلك العوامل مجتمعة، وهناك كثير من الدلائل التي أثبتت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة لدى الأطفال.(تيسير مفلح كوافحة , وعمر فؤاد عبد العزيز, ٢٠١٠ : ١٣٩) .

عوامل ترجع إلى الطفل ومنها :

الحالة المزاجية للطفل وتتمثل في بعض السمات مثل مستويات النشاط ، والاستجابات الانفعالية، ونوعية الطباع ، والقابلية للتكيف الاجتماعي .

المشكلات وأوجه القصور النفس عصبية وتؤثر على مجالات القدرات المختلفة مثل العمليات المعرفية ، اللغة والكلام ، الاندفاعية ، الانتباه ، والذكاء .

المستويات دون الإكلينيكية للاضطراب السلوكي ويشير ذلك إلى اللاسوء إلى حد ما ، وقد أوضحت دراسة فارنجتون (١٩٩١) ولوير (١٩٩١) أن مستويات الاضطراب السلوكي دون الإكلينيكي يمكنها التنبؤ بالاضطراب السلوكي اللاحق .

الأداء الأكاديمي للطفل ومستوى ذكائه ويرتبط القصور الأكاديمي وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي للذكاء بالاضطراب السلوكي ، كما أنه يمكن من خلال الاضطراب السلوكي التنبؤ بالفشل التالي أو اللاحق في المدرسة وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي. (كازدين ، ١٠٩ ، ٢٠٠٠ - ١١٣).

ومن المحتمل أن تؤدي التصرفات المضطربة إلى إيقاف الدراسة أو الطرد من المدرسة، أو المشاجرات . كذلك تشمل التفكير في الانتحار أو محاولات القيام به أو حتى تنفيذه . ويقترب اضطراب المسلك بمستوى مرتفع باضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ، وقد يرتبط أيضاً بوحدة أو أكثر من الاضطرابات النفسية التالية : اضطرابات التعلم ، اضطرابات القلق ، اضطرابات المزاج ، اضطرابات تناول العقاقير - DSM (87-88 , 1994, IV).

عوامل ترجع إلى الوالدين والأسرة :

خصائص الوالدين والعلاقات الأسرية مثل: خصائص الصحة النفسية للوالدين وخصوصاً وجود الاكتئاب أو الشخصية المضادة للمجتمع والتي تؤثر على إدراكا تهم الحسية وطرائق تفاعلهم مع أطفالهم .وجود ضغوطات بين الزوجين كالطلاق والانفصال بين الزوجين: إن الآثار السلبية للضغوطات الزوجية على اتجاهات وتفاعلات الوالدين مع أطفالهم كانت تسجل بشكل مستمر في عينات غير إكلينيكية (أولري وأمري، ١٩٩٤) ، (ستراوس ، ١٩٨٠) . كذلك يذكر الآباء الذين يسجلون معدلات متدنية للرضا الزوجي لديهم ٨٧ % معدل أعلى من سوء معاملة الطفل ويرتبط الصراع الزوجي بعدم اتساق المعاملة الوالدية ، واستخدام مرتفع للعقاب ، وتفسير أقل وتدعيم نادر للأطفال (ستونمان وآخرون ، ١٩٨٩). عن (ويستر- ستراتون، ٣٠٤ ، ١٩٩٥ - ٣٠٧).

كما أن العلاقات المختلة تجعل الوالدين أقل تقبلاً لأطفالهما ، بمعنى أن يكونا أقل دفئاً ، وأقل عاطفة ، وأقل في مساندتهما الانفعالية لهم ، كما يقل القلق أيضاً في مثل هذه الأسر قياساً باباء الأطفال والمراهقين الأسوياء

وفيما يتعلق بمستوى العلاقات الأسرية نلاحظ أن التواصل أو العلاقات بين أعضاء الأسرة تتسم بانخفاض مستوى المساندة ، وزيادة الجانب الدفاعي فيها ، وانخفاض مستوى المشاركة في الأنشطة بين أعضاء الأسرة ، والسيادة والهيمنة الزائدة والواضحة من جانب عضو واحد من أعضاء الأسرة ، وهي ما تمثل جميعاً سمات تميز مثل هذه الأسر . وإضافة إلى ذلك فإن العلاقة بين الوالدين تتسم بالعلاقات الزوجية غير السعيدة والصراع بين الشخصي والعدوان (Kazdin , 1993 , 279).

كما قد يكون هناك أسلوب التفرقة التي تتسم بعدم المساواة بين الأبناء نتيجة لأسباب مختلفة كالجنس، أو العمر الزمني، أو الترتيب الميلادي، أو الصحة، أو الشكل الخلقي ولها تأثيرها في بناء الشخصية سواء كان ذلك من الأب أو الأم أو كليهما. وهذا الاتجاه يعزز في النفوس الحقد والرفض الذي قد يعبر عنه بسلوكات عدوانية موجهة نحو الذات أو نحو الآخرين بأساليب متعددة . (الظاهر، ٢٠٠٨ : ٢٩٤).

عوامل ترجع إلى المدرسة :

أيضا توجد عوامل مدرسية أخرى تساهم في ظهور المشكلات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها: استخدام الشدة مع التلاميذ، الرتابة والروتين اليومي الممل، عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطئ لبعض السلوكات، النموذج أو القدوة السيئة سواء من قبل زملاء أو المعلمين أنفسهم، وعدم الثبات في المعاملة من قبل الإدارة والمعلمين.. وغير ذلك.(تيسير مفلح كوافحة؛ وعمر فؤاد عبد العزيز, ٢٠١٠ : ١٤٥)

عوامل ترجع إلى البيئة (المحيط) :

تلعب البيئة دوراً كعامل خطر لاحتفال حدوث اضطراب المسلك ، ومن أمثلة ذلك كبر حجم الأسرة ، الازدحام ، ظروف المسكن السيئة والعيش على المعونات الاجتماعية ،

وسوء الإشراف الوالدي ، وتؤثر الضغوط ومساوئ الوضع الاقتصادي والاجتماعي على استمرار الاضطراب . ويرى باترسون وآخرون (١٩٩١) أن هذه الظروف تضغط بدورها على الوالدين ، وتقلل درجة تحملهم للتكيف مع ضغوطات الحياة اليومية، والنتيجة تظهر من خلال تفاعل الطفل – الوالد حيث يقوم الوالدان فيه بأساليب سلوكية تبقى وتزيد السلوك المضاد للمجتمع والتفاعل العدواني (Kazdin , 1993 ,280) .

عوامل ثقافية:

إن للعوامل الثقافية التي ينشأ فيها الفرد أثراً في التطور الانفعالي والاجتماعي والسلوكي بما فيها من قيم ومعايير سلوكية، ومطالب ومحرمات، ودور وسائل الإعلام المختلفة في تشجيع العنف، الخمر والمخدرات ، الأقران وتأثيرهم. كما أن لكل طبقة اجتماعية تشكل بعض القيم والتقاليد والثقافة الخاصة بها وهي تلعب دوراً هاماً في تشكيل وتحديد أساليب المعاملة الوالدية وأساليب أفرادها في تنشئة الأطفال وفق قيم الثقافة التي تنتم بها الطبقة. إن التباين القيمي المتأتي من الانتماء الطبقي يشكل اختلافاً في الرؤية، وكل منهما يعد أبنائه لممارسة أوضاع اجتماعية وطبقة مماثلة. (أسماء محمد رضوان أبو شعبان، ٢٠١٦: ٢٧)

خامساً : دوافع اضطراب المسلك :

يؤكد كسون ، (Cusson,1983) إن أكثر الدوافع أهمية والتي تعزى لاضطراب المسلك هي :

دوافع اقتصادية للحصول على البضائع أو النقود .

للحصول على المتعة والإثارة والتحدي ولمواجهة الأخطار أو لتخفيف الملل .

لتحقيق الثقة بالنفس ، استحسان الأقران وإعجابهم ، وللحصول على وضع اجتماعي (مركز) ولزيادة شعبيته بين الناس .

لإثبات الذكورة والخشونة والشجاعة .

للاستعراض والحصول على الانتباه .

لتخفيف التوتر الناشئ عن الغضب والإحباط والقلق (مثال: إيذاء شخص ما) .
للأخذ بالثأر .

للحصول على المتعة والإثارة برؤية شخص ما يعاني أو خائف ، أو ممارسة الضغط والقوة على شخص ما أو إيجاد إنسان مخطوط كضحية لديه .

للهرب أو تجنب مواقف غير محببة (مثال: الهروب من المدرسة أو الشرود) .
للحصول على متعة (مثال: سوء استخدام العقاقير) .

الإشباع الجنسي . (فارنجتون , 230 , Farrington, 1993) .

سادساً : المعالم الرئيسية لاضطراب المسلك :

يشترك الأطفال ذوي اضطراب المسلك في سلوكيات حادة وخطيرة مثل إشعال الحرائق , وأيضا عرض مشكلات أقل حدة مثل عدم الامتثال , ونوبات الغضب الحاد .
يمر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك بمشكلات مصاحبة لاضطراب المسلك مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد و أوجه العجز الأكاديمي أو الدراسي , والعلاقات الرديئة مع الأقران .

تتبع أسر هؤلاء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك غالباً ممارسات في تربية الأطفال تساهم في المشكلة مثل العقاب الحاد والعنف , وهذه الأسر أيضا تعاني من المشكلات والضغط النفسية نتيجة الخلافات الزوجية , أو التنافر بين الزوجين إلى جانب المشكلات النفسية .

يشعر أهل هؤلاء الأطفال بأنه يصعب السيطرة عليهم , ومن ثم يشعرون بالعجز وقلة الحيلة فهم لا يستطيعون ان يفعلوا شيء حيال ذلك . (مجدي محمد محمد علي الدسوقي

٢٠١٥ : ١٧ ,

سابعاً : أعراض اضطراب المسلك:

وفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، تشمل أعراض : American Psychiatric

Association (2000)

تشمل أعراض المسلك سلوكيات تنتهك الحقوق الأساسية للآخرين , وانتهاك الأعراف والتقاليد الملائمة للسلوك الاجتماعي المناسب .

ممارسة البلطجة والتهديد أو بث الرعب في نفوس الآخرين , والبدء في المشاجرات البدنية واستخدام الأسلحة في هذه المشاجرات , والاشتراك في أعمال السرقة والنهب والاقترام .

الإساءة الجسدية للناس والحيوانات , وإجبار الآخرين على ممارسة النشاط الجنسي معهم.

الكذب , وعدم الوفاء بالوعود , والمخالفة الدائمة للقوانين التي يضعها الوالدين أو الأهل بشأن السهر خارج البيت.

الهروب من البيت , وإشعال الحرائق عن عمد , والتخريب , وتدمير ممتلكات الآخرين عن قصد , والهروب من المدرسة .

ثامناً : خصائص اضطراب المسلك :

التكرار : فالمشكلة السلوكية عبارة عن سلوك متكرر ومتواصل عند الأطفال ذوي المشكلات السلوكية تنتهك فيه حقوق الآخرين ويحدث فيه التعدي على المعايير والقيم الاجتماعية. لذلك يجب ملاحظة سلوك الطفل باستمرار لمعرفة مدى تكرار السلوك هل هو دائم أم عرضي .فإذا كذب الطفل مرة خوفاً من العقاب فهذا سلوك عادي، أما إذا تكرر كذبه في مواقف كثيرة فهذه هي المشكلة.

عدم تلاؤم السلوك مع المرحلة العمرية للطفل : فالسلوك الذي يعتبر عادياً في مرحلة معينة يصبح من علامات سوء التكيف في مرحلة عمرية أخرى .فثورات الغضب تعتبر عادياً بالنسبة لطفل الثانية والثالثة من العمر ولكنها تصبح من علامات سوء التكيف إذا حدثت في سن العاشرة

عدم التقبل الاجتماعي : فالمشكلات السلوكية ما هي إلا سلوكيات غير مقبولة اجتماعياً. فالطفل الذي يتمادى في مزاوله أنشطة تؤدي إلى نتائج سلبية له أو لغيره يعارضها كل

من حوله وتنتج عنها عقوبات اجتماعية رادعة في البيت أو المدرسة أو الشارع إذا لم تعالج بسرعة يصبح الطفل منبوذا اجتماعياً.

إعاقة النمو النفسي والاجتماعي : إن السلوك المضطرب يؤدي إلى اختلاف سلوك الطفل عن سلوك ومشاعر أقرانه وهذا يؤدي في النهاية إلى إعاقة النمو النفسي والاجتماعي للطفل . مما يحد من كفاءته في التحصيل الدراسي وفي اكتساب خبرات جديدة، وتمنعه من الاستمتاع بحياة توافقية مع نفسه ومع الآخرين (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، ٢٠١١: ٢٠٩) .

تاسعاً : خصائص الأطفال ذوي اضطراب المسلك : تتحدد الخصائص ما يذكر بعضها (حافظ

بطرس بطرس، ٢٠١٠: ١٨) كالاتي :

النشاط الزائد أو الافراط في النشاط .

التحصيل الدراسي.

لسلوك العدوانية.

التشتت أو اللانتهابية.

السلوك الانسحابي.

القلق.

انخفاض أو ضعف مفهوم الذات.

سوء التكيف الاجتماعي .

الاعتمادية .(حافظ بطرس بطرس، ٢٠١٠: ١٨) .

الأطفال الصم زارعي القوقعة : Children with Cochlear Implants:

هم الأطفال الصغار الذين لديهم فقدان سمعي شديد جداً، ولا يستفيدون من السماعات الطبية الاعتيادية ويمكنه الاستفادة من زراعة القوقعة الالكترونية.(الزريقات، ٢٠٠٩:).

ويعرف الباحث الصم زارعي القوقعة في إطار هذه الدراسة بأنهم الذين يعانون من فقد سمعي شديد من ٧٠ ديسيبل ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعات الطبية وزُرعت القوقعة الإلكترونية في الأذن الداخلية لإحداث التنبيه المباشر للعصب السمعي لإعادة السمع لهم مع الالتزام ببرنامج تأهيلي سمعي ولغوي بهدف اكسابهم القدرة على الكلام.

المعايير التي بها يتم اختيار الفرد المرشح لزراعة القوقعة:
هناك مجموعة من المعايير لاختيار الشخص المرشح لزراعة القوقعة والمنفق عليها من خلال الوكالة الأمريكية للصحة , ويمكن تلخيص هذه المعايير فيما يلي :

الصم العصبي الحسي الشديد المزودج.

صغر عمر المرشح.

عدم الاستفادة من المعينات السمعية.

عدم وجود أي موانع طبية.

تحمس المترشح و الأسرة.

بالإضافة إلى ذلك فقد حددت المراكز التي لها خبرة في عملية زراعة القوقعة عددا من القضايا الإضافية التي يمكن تقييمها عند اختيار المرشحين تشمل الكلام ، القدرات اللغوية و الاستعداد المعرفي و الاجتماعي. (L. Nathalie., & B. Denis., p34).
الهدف من زراعة القوقعة:

تنمية القدرة على إدراك و إنتاج الكلام ، (أحمد نبوي عبده عيسى، ٢٠١٠ : ١١-١٣)

اكتساب صوت طبيعي أكثر .

تحسين في نطق الأصوات ذات الخصائص غير الواضحة بصريا مثل مكان النطق وطريقة النطق وخاصة التصويت. (Chute & Nevins, 2006).

المستهدفون من زراعة القوقعة :

الأفراد المصابون بصمم شديد إلى شديد جدا ممن يتراوح فقدانهم السمعى من (٥٠ ديسبل) فما فوق، من الذين لا يستطيعون الاستفادة من المضخات المألوفة هم المرشحون لزراعة القوقعة. حيث أن الصمم الشديد جدا ينتج عن فقدان وظيفة الخلايا الشعرية في القوقعة، والتي تؤثر على توليد النبضات العصبية والنشاط الكهربائي في العصب السمعي (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٣).

*** زراعة القوقعة للأطفال الصغار:

يرى وحيد عبد البديع عبد الرحمن صالح، (٢٠١٦) أن الأطفال الذين لديهم فقدان سمعي شديد إلى شديد جداً ولا يستفيدون من السماعات الطبية، ويمكنهم الاستفادة من زراعة قوقعة الأذن بإجراء عملية جراحية يتم خلالها زرع جهاز إلكتروني يقوم بدور قوقعة الأذن؛ إذ يعمل على استثارة أعصاب السمع، وبالتالي يستعيد الأطفال قدرتهم على السمع، ولكن لا يمكنهم الاستفادة من تلك التقنية إلا عند اندماجهم في برنامج تأهيلي سمعي ولغوي مناسب ومكثف (وحيد عبد البديع عبد الرحمن صالح، ٢٠١٦: ٢٦١).

فقد أثبتت الدراسات أنه كلما كان عمر الطفل صغيراً أثناء إجراء عملية زراعة القوقعة كلما كان ذلك أفضل، وهذا ما أشارت إليه دراسة من أن الأطفال الذين يقل أعمارهم عن خمس سنوات هم أكثر استفادة من زراعة القوقعة إذا ما قورنوا بغيرهم (Bertschy , Tyler , Kelsay , Gontaz & Woodworth , 1997, 183-199).

عاشراً : تعريف العلاج التكاملي :

تعددت تعريفات العلاج التكاملي، ومنها تعريف باتمان (2002) Bateman العلاج التكاملي بأنه: الأسلوب المرن القابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستويات التطبيقات العلاجية في إطار عملية العلاقات الشخصية . (مرفت عبد الحافظ إبراهيم صاوي، ٢٠١٦ : ١٦)

والعلاج التكاملي اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية، أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يعتبر منحى علاجياً لا يتقيد بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج تكاملي شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (بكر فرج نمر، ٢٠٠٨: ١٤).

ويُعرّف حسام الدين محمود عزب (٢٠٠٢: ٥٦) العلاج التكاملي بأنه منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية، والعلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل، لتحديد أفضل الفنيات، ومدى ملائمتها للخطة العلاجية، ولطبيعة الاضطراب، أو المشكلة السلوكية.

وُعرّفه سميرة محمد شند (٢٠٠٨: ٢٠٩) بأنه منظومة من الإجراءات التي تتسق فيما بينها وتتضمن عدداً من الفنيات التي تنتمي كل فنية منها إلى نظرية إرشادية علاجية معينة ، ويتم اختيار هذه الفنيات بحيث تسهم كل منها في تنمية جانب من جوانب الشخصية وفقاً لمنهج تكاملي.

كما يُعرّفه يحيى علي عودة عوض،(٢٠١٦: ١٠) بأنه برنامج يضم مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات، المقتبسة من بعض النظريات النفسية تقوم على إحداث تغيير في البنية النفسية المعرفية لإيجاد حالة شعور داخلية تساعدهم على التخفيف من أعراض الصدمات النفسية السلبية، وإيجاد علاقة تكيفية تكاملية تبادلية بين هذه الفنيات بهدف إحداث أفضل الأثر لما أُستخدِمَتْ له ، بغض النظر عن الأصول النظرية لكل فنية من الفنيات المختارة ، وذلك بأسلوب انتقائي تكاملي يفيد عينة الدراسة .

وبناءً على ما سبق يعرف الباحث العلاج التكاملي في إطار هذه الدراسة بأنه تدخل نوعي من خلال نظام متناسق يضم عددًا من الفنيات والأساليب العلاجية بشكل تكاملي لتحقيق أفضل النتائج ينطلق وفق أسس علمية لنظريات علم النفس المتعددة لعلاج الخلل الوظيفي الانفعالي الناتج عن المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين وتعديل السلوك مستخدمًا الفنيات العلاجية لتشكيل منظومة تكاملية بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب المسلك وخفض حدته مستخدمًا العمليات الفنية المناسبة لتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي مع توفير الدعم الوقائي للأطفال الصم زارعي القوقعة.

حادي عشر : أهمية العلاج التكاملي :

يُعد العلاج التكاملي التيار العلاجي المرن والقائم على التكامل بين الفنيات والأساليب العلاجية من مختلف النظريات والقابل لكل إضافة ولكل إسهام جاد في العلاج النفسي ليمثل النظام المتناسق لتحقيق أفضل النتائج. كما يُعد استجابة للتناقضات الذاتية داخل مضمار العلاج النفسي، فهناك عدد كبير من المعالجين النفسيين يلتزمون منحى علاجي معين، بينما معظم العلاجات النفسية تعرف نفسها بأنها تكاملية أو انتقائية في توجهها . وتوصل ولفي (2011) Wolfe، وهو رئيس مركز التدريب على العلاج التكاملي من واقع خبرته الإكلينيكية على مدار (٣٠) عامًا مضت مع فئات الأفراد ذوي اضطرابات القلق إلى خلاصتين:

أن اضطراب القلق ينبع من فشل الفرد في مواجهة وحل عدد من المعضلات الوجودية الحتمية التي يمر بها أي إنسان.

أن هذه الاضطرابات يمكن علاجها بشكل شامل بالعلاج التكاملي الذي يبدأ بتخفيف الأعراض، ثم يمتد للتركيز على الانفعالات الخاصة بالأزمات النوعية لكل فرد على حدة (Wolfe 2011 : 204).

كما يعد العلاج التكاملي من أهم وأكثر الاتجاهات النفسية حتى أنه وصف بأنه علاج العصر، وهناك العديد من العوامل التي ساهمت في هذا من أهمها كما ذكر (لويس كامل مليكة، ١٩٩٧ : ١٢٤)، (نادر فهمي الزيود، ١٩٩٨ : ٣٣٩).
تطور النظريات الكلاسيكية القديمة كالتحليلية على يد أنصارها الجدد والسلوكية على يد سكنر وباندورا.

ظهور الاتجاه الإنساني واعتباره القوة الثالثة في علم النفس.
ظهور النظريات المعرفية كنظرية (إليس) ونظرية (ريمي).
انفصال عدد من أبرز علماء الاتجاهات الرئيسية النفسية عن اتجاهاتهم وتبنيهم هذا الاتجاه، ففي السبعينيات من القرن العشرين بلغ عدد العلماء الذين يتبنون هذا الاتجاه ما بين ٤٠ - ٦٤% في مختلف الإحصائيات.
تطور الدراسات النفسية والممارسات العلاجية العملية والتراكم البحثي في هذا الاتجاه.
الإسهامات الجادة التي قدمها أبرز علماء هذا الاتجاه كإسهامات ثورن ولازاروس وهارت.

(لويس كامل مليكة، ١٩٩٧ : ١٢٤، نادر فهمي الزيود، ١٩٩٨ : ٣٣٩).
أما فرنانديز وآخرون (Fernandez, et,al,(1999) . ويشير إلى مدى أهمية العلاج النفسي عامة والعلاج التكاملي خاصة في دراسته لتحسين خبرة الفرد وتخفيف الضغوط الأسرية لديه، إضافة إلى أنه يساعد الفرد عامة على تحسين عاداته ومهاراته اليومية، ويخفف من الضغوط التي تواجهه، ويعمل على تحسين مشاعره تجاه نفسه والآخرين، وتغلبه على مشكلاته التي تواجهه، وتدعيم السلوكيات الإيجابية من خلال الجلسات العلاجية

(Fernandez,O.&et,al. 1999: 27) .

كما يذكر (طه ربيع طه عدوى، ٢٠١١ : ١٠٧٠) أن هناك ثمانية عوامل ساهمت على تطوير عملية العلاج التكاملي نفسها، وهذه العوامل كالتالي :

التزايد المضطرد لمدارس العلاج النفسى .

افتقاد إجماع علمى واضح على فاعلية مطلقة لعلاج نفسى بمفرده.

فشل أى نظرية فى تقديم تفسير شامل للمرض النفسى، والتغيير الحادث فى الشخصية والسلوك.

النمو المتزايد والسريع فى تيارات العلاج النفسى المركز قصير الأمد.

التواصل المتزايد للباحثين والكلينكيين مما أفضى إلى تزايد الرغبة للتكامل وتعاضم فرص التجريب.

تأثير الواقع المرير لدعاة العلاج النفسى طويل الأمد، والذين يمثلون الحزب الثالث فى هذا الجدل.

تحديد العوامل المشتركة فى كل أنواع العلاج النفسى.

تزايد المؤسسات التى كرسست جهودها لاستكشاف التكامل بين أنواع العلاج النفسى.

كما يُعد العلاج التكاملى نوعًا من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع الشخص كله جسمه وعقله وانفعالاته وروحه ومحيطه، وقد بدء هذا الاتجاه فى عام ١٩٥٠م على يد فريديريك ثورن ، ثم محاولات دولارد وميلر، وفى عام ١٩٦٥م قدم لازاروس Lazarous محاولة انتقائية لعلاج الإدمان ، وهكذا بحلول عام ١٩٧٥م أصبح حوالى ٥٠% من العلماء انتقائيين ، ويؤكد هذا الاتجاه على عدم الاهتمام بنظرية واحدة بل على المعالج ذى الشخصية المتميزة الاعتماد على أكثر من نظرية فى تعامله مع الاضطرابات نفسية المنشأ ، وتلك النظرية تؤكد على مرونة العلاج النفسى ، ومرونة المعالج الفعال، وتهدف الطريقة العلاجية التكاملية للوصول إلى مستويات أعلى من تحقيق الذات. (محمود عطا حسين عقل : ٢٠٠٠ : ٤٢)، (صالح حسن الداھرى : ٢٠٠٥ : ٩٩) .

لذا فإن العلاج التكاملي يُعد اتجاهًا علاجيًا يسير نحو تكامل علم النفس ، ويؤدي إلى الممارسة العلاجية الناضجة والشاملة التي تحقق نتائج أفضل، والوصول إلى مستويات أعلى من تحقيق الذات.

ثاني عشر : مراحل تطور العلاج التكاملي:

إن التكامل من العلاجات النفسية له تاريخ طويل ، لكنه لم يتبلور سوى في أواخر السبعينات كقوة متماسكة داخل إطار العلاج النفسي، ويتسم هذا التيار برفض منحنى المدرسة العلاجية المنعزلة، وبرغبة لتخطى الحواجز بين التيارات العلاجية كمحاولة للتعلم من الآخرين أساليب وطرائق تفكير أخرى عن العلاج النفسي وكيفية إحداث التغيير .، ففي الماضي أُنقذ السلوكيون أصحاب المنحنى السيكودينامي باعتبارهم يستلهمون أداءهم من تيار عقلي منافي للتفكير العلمي، وبأنهم يعتمدون على نظريات تفنقد للتجريب والإجرائية، ويستندون على مزاعم لا تدعمها نجاحات علاجية أمبريقية ، ونتج هذا الجدل المحتدم بين الباحثين والممارسين للعلاج النفسي لمدة تُربو على نصف قرن والزخم المصاحب لهذا الجدل عن بزوغ علاقة من نوع جديد بين المؤيدين من مناحٍ متنوعة، واتسمت هذه العلاقة بالاحترام المتبادل، ومحاولات جدية لتحقيق نوع من التكامل والتوافق ، ويرى جورج ستريكير وجري جولد Stricker & Gold (2006) أن معظم - إن لم - تكن كل العلاجات النفسية تعرف نفسها بأنها تكاملية أو انتقائية في توجهها، وتظهر كل عام كتب تدعم هذا الاتجاه، منها صحيفة نفسية تسمى (صحيفة العلاج النفسي التكاملي) Journal of Psychotherapy Integration ، وكذا مؤسسات مهنية، ومؤسسات مجتمع من أجل بحث التكامل بين العلاجات النفسية Society for the Exploration of Psychotherapy Integration وهدفها الأساسي بحث البناء النظري والممارسة التطبيقية التكاملية.(طه ربيع طه عدوي (٢٠١١:١٠٦٩،

وتشير مرفت عبد الحافظ إبراهيم صاوي (٢٠١٦: ١٧) إلى أن يوسف مراد الرائد الأول في الدراسات التكاملية لعلم النفس في العالم العربي أكد في كتابه: "دراسات في التكامل النفسي" سنة ١٩٥٨م "على خلاصة معالم المنهج التكاملي في أثناء دراسته لمقارنة السلوك الحيواني وسلوك الطفل في السنتين الأولى والثانية من عمره ، حيث نشر ذلك في بحث عام ١٩٣٩ م بعنوان " : بزوغ فيما بعد "تفصيلاً لأهم قضايا المنهج التكاملي، مبيناً كيف أن طبيعة الحياة النفسية تتطلب هذا المنهج دون سواه، بل أن يوسف مراد هو الذي أشار على رشدي فام منصور باستخدام مصطلح العلاج التكاملي كما ذكر ذلك رشدي فام في مقدمة كتابته" :علم النفس الوقائي والعلاجي حصاد السنين "سنة ١٩٩٨ م.

كما يشير يوسف مراد (١٩٥٨) أن الاتجاه التكاملي في الدراسات السيكولوجية حديث جداً، ولم يسيطر على تفكير العلماء إلا ببطء، ومن جراء هذا الاقتصار باءت جميع المحاولات بالفشل، والملاحظ أن جميع التعريفات المتشابهة للعلاج التكاملي رغم تنوع مصادرها، إلا أنها تدور جميعاً في فلك واحد، وأن العلاج التكاملي طريقة نسقية وشاملة للعلاج النفسي، كما تعد طريقة انتقائية من الناحية الفنية، تستمد أصولها من قواعد كثيرة ومن نظريات متعددة. (مرفت عبد الحافظ إبراهيم صاوي، ٢٠١٦ : ١٧-١٨) .

تتفق كثير من المؤلفات العلمية رشدي فام منصور (٢٠٠٠)، وحسام الدين عزب (٢٠٠٢) إلى أن العلاج التكاملي مر بالمراحل التالية:

مرحلة الكمون : وقد بدأت في أوائل الثلاثينات من القرن المنصرم، وهي لم تعدو كونها بضع محاولات لترجمة المفاهيم، والطرق من نظام نفسي إلى لغة، وإجراءات في نظام نفسي آخر، وبضع كتابات عن احتمالية الجمع بين التكتيكات لنظم مختلفة.

مرحلة الإيضاح والاهتمام : بدأت هذه المرحلة في السبعينات من القرن الماضي، وتمثلت في التحري المشترك للتقارب عبر الحدود الفاصلة للنظم المختلفة، وهي مرحلة مؤقتة.

مرحلة الانضباط العلمي : وهذه المرحلة لم تكتمل بعد، وتتميز بالتنظير المشترك واستكشاف المجالات المختلفة للعلاج التكاملي، ونجد هنا أن الغرض من تكامل العلاج النفسي هو تجاوز المدارس المختلفة، وزيادة التركيز على المريض، ولكن مازال هذا الاتجاه لم يصل إلى مرحلة النضوج والاكتمال، بل قد يراه البعض أنه هدف بعيد المنال. (مرفت عبد الحافظ إبراهيم صاوي، ٢٠١٦ : ١٩) .

ثالث عشر : الأسباب التي أدت إلى توجه الاهتمام نحو العلاج التكاملي :
التزايد المضطرد لمدارس العلاج النفسي.

افتقاد إجماع علمي واضح على فاعلية مطلقة لعلاج نفسي بمفرده.
فشل أي نظرية في تقديم تفسير شامل للمرض النفسي، والتغير الحادث في الشخصية والسلوك.

النمو المتزايد والسريع في تيارات العلاج النفسي المركز القصير الأمد.
التواصل المتزايد بين الباحثين الإكلينكيين، مما أدى إلى تزايد الرغبة للتكامل وتزايد فرص التجريب.

تأثير الواقع السيئ لدعاة العلاج النفسي طويل الأمد، الذين يمثلون الحزب الثالث في هذا الجدل.

تحديد العوامل المشتركة في كل أنواع العلاج النفسي.
تزايد المؤسسات والمؤتمرات والصحف المهنية التي كرست جهودها لاستكشاف التكامل بين أنواع العلاج النفسي. (طه ربيع طه عدوي، ٢٠١١ : ١٠٧٠)

كما يشير جورج ستريكير وجرى جولد (Stricker & Gold (2006 أن هناك تغيرات أخرى إيجابية مسؤولة عن تحول الاهتمام نحو العلاج التكاملي، وتتلخص في أن معظم العلاجات النفسية النوعية كالعلاج السلوكي، والعلاج المركز حول الشخص، والتحليل النفسي وغيرها كلها نشأت مع أجيال مضت، وأن المؤسسين لهذه العلاجات وتابعيهم قد ماتوا وذهب زمانهم، وتعلمت الأجيال التي تلت عدم الانصياع وراء

المذهبية، فأصبحوا أكثر ثقة وقدرة على التواصل بينهم وبين المدارس النفسية الأخرى، وأخيراً فإن المعالجين النفسيين الذين انضموا للمجال في العقود الثلاثة الماضية في القرن العشرين المنصرم تأثروا بالتغيرات الاجتماعية والكوارث التي عاشتها أوطانهم، كما أسهمت حركة الحقوق المدنية وصراعات الحروب وحقوق المرأة في إزالة الحواجز بين البشر، وإلى تطورات أنساق فكرية أوسع وأكثر شمولاً، وقد شارك المعالجون النفسيون وقادوا في بعض الأحيان هذا الصراع، وانعكس هذا في ممارساتهم وكتاباتهم وتنظيرهم.

وتأتي وجهة نظر دوليفر (Dolliver R (1981) لتؤكد أن الاتجاه التكاملي هو الأنسب للمعالج لعدة أسباب:

تؤكد معظم المناحي على عناصر بعينها وتتغافل عن الأخرى .

غالباً ما يكون المنحى موجهاً ومحدوداً في نفس الوقت بالحياة الشخصية والخبرات الخاصة، فإذا تشابهت الحياة الشخصية للفرد مع الحياة الشخصية للمعالج فإن تنظير المعالج يكون ذا جدوى كبيرة لهذا الفرد. (طه ربيع طه عدوي، ٢٠١١ : ١٠٧٠)

رابع عشر : المبادئ والمفاهيم الأساسية للعلاج التكاملي :

ويشير جلادينج (Glading, 1992) إلى أن علاج التكاملي يقوم على مجموعة من المبادئ الرئيسية والتي تتلخص في :

تركز النظرة التكاملية على التفرد الشخصي ولكل مسترشد شخصية فريدة ويجب تنوع الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج.

هناك كثير من الطرق والفنيات العلاجية التي يمكن استخدامها ولا يوجد طريقة واحدة هي الأفضل دائماً.

لكل مشكلة مجموعة من البدائل العلاجية ، وهناك بدائل يكون استخدامها أكثر ملائمة للعميل ومشكلته.

يمكن الربط بين الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المتنوعة ودمجها في منظومة جديدة تكون ذات فعالية واتساق وتكامل.

يتضمن الاتجاه التكاملى استخدام نظريتين علاجيتين أو أكثر يكون المعالج النفسى على درجة من الفاعلية والإتقان لاستخدامها (عبد الله أحمد العطاس، ٢٠١٠: ٥٨).

ويخلص (عبد الله على أبو عراد ، ٢٠٠٨: ٥٦) أهم المفاهيم الرئيسية للاتجاه التكاملى فيما يلى:

مفهوم التحديد: وفيه يتم تحديد أفضل ما هو موجود فى كل نظرية ودمجها فى كل متناسق لتحقيق أهداف العلاج.

مفهوم كل النظريات: وهو مفهوم يؤكد بأن كل نظرية قد أسهمت بشكل أو بآخر فى العلاج النفسى وبالتالي فإنه يمكن توظيف كل هذه النظريات.

مفهوم الاختيار والتجريب: ويشير إلى الاختبار الواعى من المعالج المتخصص لما يناسب المشكلة والعمل ويقوم بدراستها وتجريبها ومناقشتها.

مفهوم مراعاة مشاعر وأحاسيس المتعالج : لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التكامل عبر تطوره النمائى.

خامس عشر : أهداف العلاج النفسى التكاملى :

كما يحدد (محمد محروس الشناوى , ١٩٩٨ : ٢٦٥) أهداف العلاج التكاملى فيما يلى:

تعديل السلوك إلى سلوك إيجابي فاعل.

تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية.

تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.

تغيير الصورة العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.

تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية.

تصحيح الأفكار الخاطئة.

إكساب المسترشد المهارة فى تكوين علاقات اجتماعية طيبة.

المساعدة في تحسين الجوانب البيولوجية (الشناوي، ١٩٩٨ : ٢٦٥).

المنطلقات الفلسفية للعلاج التكاملي : هناك عدد من الأسس الفلسفية التي يعتمد عليها العلاج التكاملي، ومنها:

فلسفة متعددة الرؤى.

فلسفة العلم الحديث.

فلسفة منفتحة على كل جديد.

فلسفة شعارها أول التجديد قتل القديم (مرفت عبد الحافظ إبراهيم صاوي، ٢٠١٦ : ٢٠).

وتركز أهداف العلاج التكاملي على تنمية الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية لدى العميل من خلال جعله يتحمل مسؤولية حياته، ومساعدته للوصول إلى أعلى مستويات الأداء الوظيفي وكلّ بحسب قدرته واستطاعته، وأن على المعالج المستخدم لهذه الطريقة العمل على مساعدة العميل لتحقيق وإنجاز أهدافهم الشخصية، ومساعدتهم للتحرك من مستوى خبرتهم وأدائهم الحالي إلى مستوى أعلى منه، ونحو توفير المعلومات والمهارات اللازمة لهم لكي يحافظوا على هذا المستوى. (صالح عبد الله أبو عباة، و عبد المجيد طاش نيازي، ٢٠٠١ : ٩١).

سادس عشر : المقصود بالتكامل في هذا الاتجاه :

توجد هنا عدة آراء تتمثل في جانبين يكملان بعضهما:

١- يقصد به التكامل بين أجهزة الشخصية، والتي تشمل مساعدة العميل لكي يصح واعيًا وتمثلاً لمحتويات الأنا المفقّدة للتنظيم ونقاط التثبيت، ويتحرر من ذلك نحو أنا جديدة متكاملة، ولكي يطور شعورا بالذات يقلل من الحاجة لتوظيف ميكانزمات الدفاع (اللاسيوية بالطبع)، ويعود للمشاركة في العالم الاجتماعي المحيط بالعلاقات المختلفة بكل فاعلية. فالتكامل هنا هو : عملية إعادة صياغة لجوانب ذات متكاملة، اتسمت فيما مضى بتشوه الوعي، وظلت أسيرة لذكريات الماضي، ويعنى ذلك دمج هذه الجوانب في ذات متماسكة ومتناسقة. (Eriskane R & Troutmann R 1996 : 316-328).

٢- يرى أن المفهوم التكاملي داخل إطار العلاج النفسي ينصب على الأبعاد الرئيسية للتوظيف

الإنساني، فمثلاً المعرفي يركز على الجوانب المعرفية والانفعالية، فتطرح المناحي المعرفية نماذج للفهم من قبيل: لماذا إصابتنا المشكلة التي نعانيها؟ فتؤكد على العمليات العقلية للفرد، واستكشاف الأسباب الكامنة وراء الاضطراب: لماذا يعمل العقل بهذه الطريقة دون غيرها؟ فهنا تؤكد على العمليات. بينما المنحى السلوكي يصف ما هو موجود بالفعل، ويحاول تشكيل وتعديل السلوك، ويكون أكثر توافقاً، وي طرح المنحى السلوكي أسئلة من قبيل: ما هي المشكلة بالضبط؟ وما هي المثيرات الشرطية التي تشكلت، والمسببة لاستمرار السلوك المضطرب؟ وما هي التغيرات اللازم إحداثها في نسق التعزيز لإصدار السلوك الجديد؟ بينما ينصب العلاج الانفعالي على استكشاف الكيفية التي يشعر بها الفرد تجاه الاضطراب، أي: على عمليات الخبرة الداخلية: كيف يخبر العميل ما يحدث انفعالياً؟ وبذلك فإن العلاج المعرفي يحاول الإجابة على السؤال لماذا Why؟ في حين العلاج السلوكي يحاول الإجابة على السؤال ماذا What؟ ويركز العلاج العقلاني الانفعالي على السؤال. How؟

ونجد أن كلا الاتجاهين يركزان على تعدد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية، وبالتالي تعدد الأسباب يتطلب تنوع الأساليب العلاجية والفنيات المستخدمة في علاج هذه الاضطرابات، وهذا لن يتحقق إلا بوجود معالج نفسي قادر على اختيار ما هو مناسب للمريض

سابع عشر: الفنيات العلاجية المستخدمة في العلاج التكاملي:

تتعدد النظريات العلاجية التي تتصدى لتنمية قدرة الصم وخاصة زارعي القوقعة على المواجهة السليمة للاضطرابات التي يعانون منها ، والاهتمام بالجوانب الإيجابية ، وتعديل نظرتهم التشاؤمية للحياة من خلال مساعدتهم على تحقيق معنى إيجابي في حياتهم. وبما أن كل النظريات التي تشكل الاتجاه التكاملي ترى بأنه لا توجد فنيات وأساليب علاجية تكون الأفضل دائماً، وأن الأسلوب العلاجي الفعال هو الذي يتلاءم مع خصائص

الفرد وحاجاته ونوعية مشكلته ودرجتها، ومنطلقًا من كفاءة وخبرة المعالج النفسي فهي بذلك تتيح للمعالج اختيار الأنسب من الفنيات بما يتطلبه الموقف العلاجي ويحقق الأهداف المرجوة. كفنيات السيكودينامية وفنيات العلاج النفسي الديني، وفنيات علم النفس الإيجابي، و العلاج بالمعنى، و العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يلي عرضًا لتلك الفنيات العلاجية وذلك على النحو التالي :

الفنيات العلاجية في النظرية السيكودينامية :

التداعي الحر : يعتبر التداعي الحر الأسلوب الأساسي في التحليل النفسي، ويمثل الجانب العقلي المعرفي في التحليل، كما أنه يعتبر مصدرًا هامًا للمعلومات عن الحياة اللاشعورية للعميل، ينفس فيه العميل عن كل ما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر دون أية رقابة، ، بينما يجلس المعالج خلف رأسه منعًا لتشتت الانتباه . (جلال كايد ضمرة، ٢٠٠٨ : ٦٠) .

المقاومة :هي إحدى الحيل التي يقوم بها المريض للدفاع عن النفس من أجل عدم كشف المكبوتات غير المرغوب في كشفها، كما قد يكون نمط شخصية العميل أحد أسباب هذه المقاومة كأن يكون ذا شخصية مازوشية ومن ثم يشعر بالمتعة واللذة من تعذيب الذات ، وفي هذه الحالة تنشط ميكانيزمات الدفاع لتقف بجوار المقاومة منعًا لظهور هذه المكبوتات إلى حيز الشعور ومن ثم تؤدي إلى راحة العميل . (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، ٢٠١١ : ١٣٤) .

إزالة المقاومة :على المعالج أن يسعى إلى إزالتها و كسرها، ومما يساعده في هذا هو توفر علاقة علاجية أساسها الحب والدفء والاهتمام المتبادل .(طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٨ : ٦٧) .

التحويل :يعتبر التحويل نوع من الارتباط الانفعالي الذي ينقله المريض إلى المحلل (المعالج) والذي تتم عبره المعالجة، و يمثل الجانب الانفعالي في عملية التحليل النفسي ومن خلال استخدامه ، ويكشف عن أعمق التجارب الوجدانية، وينقل إلى المعالج علاقته

السابقة بوالديه، وعلى المعالج تحليل سلوك المريض في موقف التحويل، ويستفاد من التحويل الوجداني الذي يحدث في مرحلة مبكرة من عملية التحليل النفسي في ظهور أعراض الصحة النفسية والشفاء وذلك بسبب تخلص المريض من قلقه، فأثناء عملية التحويل الوجداني يتذكر المريض آلامه السابقة ويسقطها على المعالج المحلل، وبذلك يكشف المريض عن أعراضه العصائية التي يعاني منها، حيث يسقط المريض أعراضه العصائية على المحلل. (فيصل محمد خير الزرا ، ١٩٨٨ : ٥١) .

تحليل الأحلام : استخدم فرويد تفسير الأحلام كوسيلة للوصول إلى محتويات اللاشعور المكبوتة وأن يميز بين المحتوى الصريح للحلم كما يرويه صاحبه، و المحتوى الكامن له، أي الذي يحاول المعالج تفسيره، فالمحتوى الصريح له علاقة بخبرات الفرد وتجاربه، فعندما تكون الأنا في حالة يقظة فإن الفرد يدرك و يعي ما يدور حوله، ولكن في حالة النوم تكون الأنا ضعيفة وتتعطل معظم وظائفها ويتلاشى جزء كبير من رقابة الأنا الأعلى، مما يتيح الفرصة أمام الهو للتعبير عما لديها من مواد مكبوتة في شكل حلم . ويطلق) فرويد (على عملية تحويل الحلم من ، محتواه الكامن إلى المحتوى الصريح عملية إخراج الحلم . (طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٨ : ٦٧) .

التأويل (التفسير) : يقصد به تعريف وشرح الصراعات اللاشعورية، ويفسر المعالج الأحلام والمقاومة والتحويل الذي يصدر عن المتعالج، ومن المهم اختيار الوقت المناسب للتفسير، والقاعدة الرئيسية هنا هي أن يقدم المعالج التفسير عندما يشعر بأن الظاهرة أو الحدث الذي يتكلم عنه العميل قريب جدا من مستوى الوعي الشعوري لديه، بمعنى أنه يقدم التفسير لأحداث لم يدركها المتعالج لغاية الآن، ولكنه قادر على تحملها ودمجها كما لو كانت مواد شعورية . (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، ٢٠١١ : ١٣٥) .

فنيات علم النفس الإيجابي:

يقوم العلاج النفسى الإيجابي على الاهتمام بالسمات الشخصية الإيجابية ، وتعزيز مكامن القوة والفضائل الإنسانية، إلى جانب الاهتمام بعلاج نقاط الضعف لدى الأفراد. ويؤكد حسن عبد الفتاح الفنجري(٢٠٠٨) على أن هناك العديد من الفنيات التي يعتمد عليها العلاج الإيجابي فى تحقيقه لأهدافه ومن هذه الاستراتيجيات تنمية التفاؤل وتنمية مهارة غرس الأمل، وتنمية خبرات التدفق، وتنمية الكفاءة الذاتية. (حسن عبد الفتاح الفنجري، ٢٠٠٨: ٤٢) . منها :

فنيات العلاج بالمعنى :

الحوار السقراطى : تقوم هذه الفنية مع المسترشد من أجل استثارة المعنى عنده، وذلك بتوجيه أسئلة تستحث تفكير ووجدان المشاركات في البرنامج في إطار حوار تساؤلى، وتستخدم هذه الفنية فى تقويم المعتقدات الدينية والخلقية والاجتماعية لديهم وزيادة إحساسهم بالحياة، وبتوجيه أسئلة مرتبطة بذلك مثل: إلى أى مدى تشعر باليقين فى الله ؟ هل تشعر بأن لديك ما تعيش من أجله ؟ (سامى أحمد حميدة ، ٢٠٠٣: ١٥٧).

فنية إيقاف الإمعان الفكرى : تقوم هذه الفنية على فكرة أن التلقائية والنشاط السوى يتعرضان للإعاقة إذا جعل الإنسان منها هدفاً مفرطاً للاهتمام، وتستخدم فى الحالات التى تقترن فيها الأعراض العصابية بالملاحظة القهرية للذات أو ما يسمى فى العلاج بالمعنى بظاهرة الإمعان الفكرى المفرط Hyper-reflection والقصد المفرط Hyper-intention، وتعتمد هذه الفنية على قدرة الإنسان على تجاوز ذاته، وتهدف إلى كسر الحلقة المفرغة بالحيلولة بين الفرد وانتباهه المفرط لنفسه حيث يتجاهل الفرد عصابه، ويركز انتباهه بعيداً عن ذاته، ويحدث ذلك من خلال اكتساب توجه جديد نحو معنى متميز لحياته (فتحي عبد الرحمن الضبع، ١١٦، ٢٠٠٦).

فنيات العلاج النفسي الدينى :

الصبر وقوة الإرادة: يشير (محمود إبراهيم عبد العزيز , ١٩٩٨ : ٤١) إلى أن الصبر قوة روحية هائلة تجعل الفرد لا يجزع لما يلحق به من أذى ، ولذا يعمل على وقاية الإنسان من الاضطرابات النفسية، قال الله تعالى { يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ } (سورة البقرة : ١٥٣).

الأدعية والأذكار : يعد الدعاء أفضل فنيات العلاج النفسى الدينى، لأنها تصقل القلوب ، فيتبدل الخوف أمناً، والعداوة محبة، ويتحول القلق والجزع والاضطراب إلى سكينه، والفرح إلى طمأنينة ، ومهما تداعت على الذاكر الابتلاءات، وأثقلته الحياة بمتاعبها، فإنه بالدعاء يستريح ويطمئن، ويقنع ويرضى، ويعرف أنه لا شكوى لغير الله ، وأنه مع الله فلا يمتلكه بأس ، ولا يستقطبه اكتئاب، لأنه مع صاحب الأمر ، المعين والمنقذ ، فلا قلق ولا تبرم(محمد عبد التواب أبو النور: ١٩٩٦ : ١٣٢) قال الله تعالى { الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ } (سورة الرعد: ٢٨).

القضاء والقدر: وهذا الإيمان بالله تعالى والاعتماد عليه والرضا بقضائه وقدره يخلص المؤمن من القلق الناشئ عن الشعور بالذنب، ويبعث في نفسه الطمأنينة والأمن النفسى، قال تعالى { الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ } (سورة الرعد: ٢٨)(محمد عثمان نجاتي ، ٢٠٠٥ : ٣١١)، وقول النبى ﷺ " من أصبح منكم آمناً في سربه، معافى في بدنه، عنده قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا " (رواه الترمذى).

فنيات العلاج المعرفى السلوكى: وهي وفق الصورة التالية: (* فنيات معرفية * فنيات سلوكية).

الفنيات المعرفية: ومن بعض هذه الفنيات المعرفية :

فنية الاستجابة العقلانية (وسجلات الأفكار التلقائية) : ويتم في هذه الفنية تعليم المرضى كيفية النظر إلى مشاعرهم السلبية (مثل: الحزن، والشعور بالذنب، والغضب، والعار،... إلخ) كنماذج؛ ليسألوا أنفسهم هذا السؤال:(ما الذي يحدث في عقلي الآن حتى يسهم في شعوري بهذه الطريقة؟)، والهدف هو تعليم المريض مهارة اكتشاف أفكاره التلقائية في

حالات معينة، ولتعديلها بشكل أكثر عقلانية ومنطقية حتى تتناسب مع حقيقة الموقف. (Newman, 2011:82).

فنية وقف الأفكار : إن العميل يقوم بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواءً أكان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للعميل بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك) وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف)، أوالعض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، ويكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار . (Freeman, et.al., 1993: 63).

استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية : عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله، وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع الآخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار إلى جانب المريض. (ناصر المحارب, ٢٠٠٠ : ١١٠).

فنية التسجيل اليومي للأفكار الأوتوماتيكية: يؤكد Dobson,2010 : 285 أن يتم استخدام جدول تُسجّل فيه الحالة أفكارها الأوتوماتيكية , ويتكون هذا الجدول من أربع أعمدة هامة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي العاطفة (الوضع، المعتقد، النتيجة الانفعالية) , بالإضافة إلى حلول بديلة أو مضادة للمعتقدات أي أكثر "عقلانية" أو المعتقدات الوظيفية ؛ يتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وتسجيل أي حالة انفعالية غير سارة أو محيرة ،كما يطلب المعالج من الحالة أن تلاحظ الوضع والتيار الفكري الذي ظهر خلال هذا الانفعال. (Dobson,2010 : 285)

فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها : يقصد بها إعادة استخدام العمليات العقلية الإيجابية بدلا من العمليات العقلية السلبية عند مواجهة الأحداث والأفكار

المحيطة، حيث تظهر هذه الأفكار تلقائياً وتحمل عدداً من التشويهاً والمتناقضات. (حسام الدين محمود عزب، ٢٠٠٤: ٢٦).

فنية إعادة البناء المعرفي : تركّز مباشرة على التغيير المعرفي من خلال التركيز على تعليم المرضى السلوكيات التكيفية والاستجابات المعرفية أو مهارات المواجهة التي تتضمن التعلم الذاتي والتدريب، كما يمكن لهذه الفنية مساعدتهم على تغيير معتقداتهم المختلفة وظيفياً من خلال تغيير افتراضاتهم وتفسيراتهم حول تجاربهم التي أدت إلى ظهور السلوكيات اللاتوافقية لديهم. (Wheeler, 2008:184-185).

فنية تحدى ومواجهة الأفكار السلبية: ويقصد بها إعادة استخدام العمليات العقلية الإيجابية بدلاً من العمليات العقلية السلبية عند مواجهة الأحداث والأفكار المحيطة، وعند التفكير بشكل مستقبلي، حيث تظهر هذه الأفكار تلقائياً وتحمل عدداً من التشويهاً والمتناقضات (حسام الدين محمود عزب ، ٢٠٠٤ : ٥٨٩).

فنية صرف الانتباه: هي قيام العميل بسلوك بصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً . (ماجدة عبيد السيد، ٢٠٠٨ : ١٥٠-١٥١).

يجب على المعالج أن يعمل على مواجهة هذا الشعور اليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للعميل فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج. (

Freeman et al ., 2004:45

فنية التخيل : يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر العميل استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، كي يستطيع العميل أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره. (محمد عبد التواب معوض، ١٩٩٦: ١٠٦).

فنية تعديل الأخطاء المعرفية: هو الوعي التام للفرد بموضوعيته الانفعالية أو التعرف على حديثه اللاعقلاني أثناء مواجهة الوضعيات الانفعالية , مع مساعدة المختص سوف يعلم من بعد كيفية إعادة بنائها , بمعنى أن يبدلها بفكار أكثر عقلانية ، والتي تكون أكثر نجاعة وموافقة للوضعية . (Dobson, 2010 :287- 288).

فنية ملء الفراغ : من الإجراءات الأساسية لمساعدة العميل على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها. وقد يذكر العميل أحياناً عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له. ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة العميل أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (آرون بيك , ترجمة عادل مصطفى , ٢٠٠٠ : ١٩).

- الفنيات السلوكية : ومن بعض هذه الفنيات السلوكية :

فنية الواجبات المنزلية : يذكر Beck, & Tompkins, (2007) أن الواجبات المنزلية تلعب دوراً مهماً في مساعدة المرضى على تحسين الحالة النفسية لديهم، والمحافظة على استمرارها ، وتستهدف هذه الفنية تعليم المرضى مجموعة من المهارات الجديدة - معرفية ، وسلوكية ، وانفعالية - التي تساعدهم على إعادة اكتساب الثقة في إدارة وحل مشاكلهم بأنفسهم دون مساعدة من المعالج، وهو ما يسمّى بمهارات الإدارة الذاتية ، وللواجبات المنزلية عدة أهداف أهمها:

-تطبيق الحلول المقترحة للمشاكل في الواقع.

-التركيز على زيادة الوعي الذاتي

-تمكين المريض من ممارسة المهارات المعرفية والسلوكية والانفعالية.

-اختبار الأفكار السلبية للمريض .

-منع حدوث الانتكاسة. (Beck, & Tompkins, 2007:53-54).

فنية جدول الأنشطة : وهي إحدى التقنيات العلاجية الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، وتقوم على استخدام جدول الأنشطة الأسبوعية (Weekly activity schedule (WAS) في المرحلة الأولى كأداة للمراقبة الذاتية وجمع المعلومات عن نشاطات العميل السارة لكي يتم تعزيزها أو المؤلمة التي أدت إلى الحفاظ على انخفاض الحالة المزاجية لديه بهدف تعديلها أو تغييرها ببدائل أكثر واقعية؛ لكي تسهم في نجاح العملية العلاجية. (Westbrook et al., 2007: 186)

فنية المراقبة الذاتية : تقوم هذه الفنية على أساس مساعدة المريض على القيام بمتابعة وتسجيل نشاطاته اليومية على مدار الساعة بصورة يسهل من خلالها تحديد المهام والأنشطة التي يقبل عليها العميل بدافعية ونشاط ، وتعطي له إحساسا بالسعادة والسرور والرضا، وهنا يقوم المعالج بتعزيزها وتكثيفها للمريض، ومن منحه آخر تساعد المعالج في تحديد الأنشطة اليومية التي تستثير المزاج الاكتئابي لدى المريض؛ حيث يتم مناقشتها ومعالجة الأخطاء أو التشوهات التي تكتنفها. (DeRubeis et al ., 2010: 278 - 279)

التحصين التدريجي (التعريض للمواقف): الهدف تسريع انطفاء ردود أفعال الخوف أو القلق الشرطي. حسب النظرية السلوكية فإن الخوف معزز عن طريق التجنب والهروب. بما أن القاعدة في الخوف والخوف غير عقلانية، فالاستراتيجية القصوة تبنى على زيادة التعريض للنشاط دون الخشية من النتائج غير السارة . (E. S. Friedman & M. E. Thase, 2007 : 1932) .

فنية لعب الدور : ووفقاً لـ"جوديث بيك (2011) beck فإن هذه الفنية تستهدف اكتشاف الأفكار الذاتية؛ لتنمية استجابات أكثر عقلانية ، أو لتعديل معتقدات جوهرية أو معتقدات وسيطة، كما أنها مفيدة في تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية. (Beck, 2011:267)

فنية العمر: وفيه يتم تقديم المثير أو وضع الطفل المضطرب أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة مما يثير التوتر ويرفع القلق عنده وقد يكون حياً أو خيالياً والحي هو الأفضل

والأكثر استخداماً في ممارسة العلاج وفي جدواه وغالباً ما يستخدم في علاج المخاوف". (لويس كامل مليكه، ١٩٩٤ : ١١٠ - ١١٣) .

فنية ضبط المثير : هو التحكم بالمثيرات البيئية التي تسبق حدوث السلوك والممهدة له بهدف ضبط ذلك السلوك ، ويعمل المريض على التعرف على هذه المثيرات من أجل تجنبها أو استبداله . (رولا محمد فهد الكنج ، ٢٠٠٥ : ٤).

فنية الضبط الذاتي : يطلب من معظم الأشخاص الذين يبدؤون في العلاج المعرفي السلوكي لتسجيل نشاطاتهم اليومية وحالتهم المزاجية، أو غيرها من الظواهر ذات الصلة، ساعة بساعة على، الأقل لمدة أسبوع في بداية العلاج، حيث يقوم المعالج بتشجيع الحالة على تسجيل حالتها المزاجية في سجل مكون من سلم من (٠ إلى ١٠٠ نقطة)، حيث أن (٠) أسوأ إحساس شعرت به أما (١٠٠) فهو أفضل إحساس شعرت به وهذا حسب بيك وآخرون (١٩٧٩). تستطيع الحالات تسجيل درجة مزاجها المرافق لكل نشاط مسجل . (M. Hersen et al, 2001 : 596) ; (Dobson, 2010 :283) فنية النمذجة: وضع هذه التقنية العالم الكندي ألبرت بندورا (A.Bandura) ويقوم هذا الأسلوب على تقليد ومحاكات النموذج، وذلك بتعلم سلوك جديد عن طريق ملاحظة السلوك الإيجابي المعدل المعاكس للسلوك المراد تعديله , باستخدام مقاطع فيديو للنموذج حي أو مشاهدة مسرحية أو قراءة قصة... الخ . (Previn, 2005: 402-405 ; Afonso et al, 2012 :03).

كل هذه الفنيات تسير في منظومة متكاملة تظهر في صورة جلسات علاجية جماعية، يسودها المناخ النفسي الآمن والمشاركة الإيجابية والتفاعل المثمر، وذلك لخدمة أهداف البرنامج والتي تتلخص في مساعدة أفراد عينة الدراسة لخفض اضطراب المسلك لدى الصم زارعي القوقعة .

وجدير بالذكر أن العلاج التكاملي والقائم على الآراء العلمية المنطلقة من وجهة نظر تكاملية يمثل المرأة التي تعكس للمريض كل نقاط الخطأ في النسيج المعرفي - محور

الاضطرابات - بشكل يدفعه إلى التحرر منه وفق التوجيهات والتعليمات التي يقدمها له المعالج , ومن هنا يرى الباحث انه لابد من وجود تناسق بين تلك الفنيات المستخدمة لفاعلية برنامج علاجي تكاملي يتمكن من خفض اضطراب المسلك لدى الصم زارعي القوقعة موضوع الدراسة الحالية بشكل يتسم بالتجانس .

ثامن عشر : مراحل العملية العلاجية في الاتجاه التكاملي :

تتفق الكثير من المؤلفات العلمية (باترسون، ١٩٩٠، محمد محروس الشناوى، ١٩٩٨، محمد عبد التواب أبوالنور، ٢٠٠٠، عبد الله على أبو عراد، ٢٠٠٨، سيد عبد العظيم محمد وآخرون، ٢٠١٠) على أن المراحل الرئيسية العلاجية في الاتجاه التكاملي يمكن تلخيصها فيما يلي:

مرحلة اكتشاف المشكلة: وهي مرحلة تكوين العلاقة العلاجية الإيجابية التي تولد للفرد الثقة، وتزيد من رغبته وإقباله على العلاج ، وتعزز وتدعم الفرد ليتحدث بحرية عن مشكلاته، مع الاهتمام بالسلوك اللفظي وغير اللفظي ليتم استكشاف معالم المشكلة، والإطار النظري في هذه المرحلة أخذ أفضل ما هو موجود من الإنسانية ووضعه في نظام جديد(الفاعلية، الاستماع، التعاطف).

مرحلة تعريف المشكلة ثنائية الأبعاد: وفيها يتم الاتفاق على تحديد المشكلة وتحديد جوانبها المتعددة باستخدام الفنيات المناسبة ولتفعيل هذه المرحلة فإن الأساس النظري مأخوذ من الوجودية (الإنسانية).

مرحلة تحديد البدائل : وهي مرحلة مساعدة الفرد في اختيار ما يراه مناسبًا من البدائل الملائمة لحل المشكلة والأساس النظري هنا مأخوذ من العلاج الواقعي والتحليلي والمعرفي والإنساني والسلوكي.

مرحلة التخطيط : وفيها يتم إعداد الخطة العلاجية القابلة للتنفيذ على أن تكون مقنعة الفرد من حيث واقعيتها وملائمتها له وهي مرحلة تقييم البدائل التي تم تحديدها، والأساس النظري واقعي تحليلي معرفي سلوكي إنساني.

مرحلة العمل والالتزام: (مرحلة تنفيذية) : وفيها يلتزم الفرد بالتنفيذ الواقعي للخطوات العلاجية ويلعب المعالج دورًا هامًا في تشجيعه وإقناعه بأهميتها وترابطها من خلال فنيات علاجية فعالة، والأساس النظري واقعي تحليلي سلوكي معرفي إنساني. مرحلة التقييم والتغذية الراجعة: وفيها تتم المراجعة والتقييم لما تحقق من أهداف أثناء العملية العلاجية وتلخيص الفرد للتقدم الذي طرأ بناءً على ما قام به.

ويذكر مفتاح محمد عبد العزيز (٢٠٠١) أن العملية العلاجية وفقًا للاتجاه التكاملي المتعدد الوسائل تعتمد على مبدأ رئيسي هو مبدأ الفردية، بمعنى أن لكل شخص فرديته ويترتب على هذا المبدأ تنوع الطرق أو الأساليب العلاجية التي تستخدم، وعدم التركيز على صيغة واحدة، وقد ينظر المعالج أو المرشد إلى خصائص وتوقعات وحاجات أحد الأفراد (العملاء) فيختار أن يكون سلبياً ومتروياً على حين يكون مع مسترشد أو عميل آخر نشطاً مباشراً ومستخدماً لأسلوب المواجهة بشكل زائد. (مفتاح محمد عبد العزيز، ٢٠٠١: ١٤٩)

ثامن عشر : أنماط العلاج التكاملي : هناك العديد من الطرق نحو التكاملية النفسية، ومنها:

الانتقائية التقنية : Technical Eclecticism.

يُعتبر (فردريك ثورن: ١٩٥٠) مؤسس الانتقائية وهو مؤمن باستخدام أساليب متنوعة لعلاج الناس حسب الحاجة الشخصية لكل منهم، وأن العاملين بهذه النظرية يجب أن يكونوا مقتنعين بأنه لا توجد نظرية واحدة فقط في العلاج النفسي مناسبة في كل المواقف، ويجب أن يكونوا أيضًا متطلعين ولديهم كل مهارات العلاج المختلفة ، (نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٨: ٣١٧).

تعريف الانتقائية :

فالانتقائية هي منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية ، والعلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها ، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم

كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل ، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل؛ لتحديد أفضل الفنيات ؛ ومدى ملائمتها للخطة العلاجية، ولطبيعة الاضطراب، أو المشكلة السلوكية (حسام الدين محمود عزب ، ٢٠٠٢ : ٥).

العوامل التي ساهمت في ظهور الإنتقائية :

يرى (يحيوي وردة، ٢٠١٤ : ١٦٤ - ١٦٥) أن هناك مجموعة من العوامل ساهمت في ظهور الإنتقائية كما يلي :

تطور النظريات الكلاسيكية القديمة كالتحليلية على يد أنصارها الجدد، والسلوكية على يد سكنر، وباندورا.

ظهور الاتجاه الإنساني واعتباره القوة الثالثة في علم النفس.

ظهور النظريات المعرفية كنظريات بيك، واليس، ريمي.

انفصال عدد من أبرز علماء الاتجاهات الرئيسية النفسية عن اتجاهاتهم، وتبنيهم هذا الاتجاه، ففي السبعينات من هذا القرن العشرين بلغ عدد العلماء الذين ينتمون لهذا الاتجاه ما بين % 40 - 60 من مختلف الإحصائيات

تطور الدراسات النفسية والممارسات العلاجية العلمية، والتراكم البحثي في هذا الاتجاه. الإسهامات الجادة التي قدمها أبرز علماء هذا الاتجاه، كإسهامات ثورن، لازروس، وهارت(يحيوي وردة، ٢٠١٤ : ١٦٤ - ١٦٥)

أهداف الانتقائية : تتعدد أهداف العلاج النفسي والتي تسعى إلى مساعد الفرد على تحقيق السواء النفسي , ومن أهداف الانتقائية ما يلي :

إنقاص المعاناة النفسية، وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة، والممارسون للعلاج الانتقائي المتعدد يتجهون إلى تحليل الشخصية الإنسانية إلى أبعاد من خلال تقييم كل فرد بواسطة كل نوع من هذه الأبعاد النوعية، وحينها يصبح المعالج

قادراً على الوصول إلى فهم كامل للفرد وبيئته الاجتماعية . (Lazarus, R, 2000)ارنولد لازروس , ٢٠٠٢ : ١٦-١٩).

الكشف عن بعض العوامل غير المنظورة التي تدخل ضمن نطاق تصنيف أو أكثر للصيغة (BASIC ID) التي ترمز للعوامل المؤثرة في الشخصية الإنسانية، فهي حويلة تفاعل كل هذه العمليات الانفعالية الحسية، والتخيلية، والعمليات المعرفية، والعلاقات البينشخصية، والوظائف الحيوية والبيولوجية، وتكامل هذه الوظائف مع بعضها البعض.

الانتقائية والشخصية :

الشخصية من وجه نظر ارنولد لازروس ، (٢٠٠٢) مزيج من سبعة أبعاد رمز لها من خلال الصيغة التالية الصيغة (BASIC - ID) فإن:

(B) - ترمز للسلوك Behavior ، وتدل على السلوكيات الواضحة الظاهرة، مثل : الأفعال والعادات

ووضعيات الجسم، والاستجابات وردود الأفعال التي تلاحظ وقابلة للقياس.

- ترمز للوجدان Affect ، وتشير إلى الانفعالات والأمزجة والمشاعر القوية التي يشعر بها الفرد.

(S) - ترمز للإحساس Sensation ، أي: الإبصار، والسمع، واللمس، والتذوق، والشم، ونقصد به الحواس الخمس الأساسية.

(I) - ترمز للتخيل Imagery ، أي: الذكريات والطريقة التي يشاهد بها الفرد ذاته.

(C) - ترمز إلى المعرفة Cognition ، وتمثل كل الأفكار، والقيم، والآراء والمواقف التي يعتنقها الفرد.

(I) - ترمز للعلاقات البينشخصية Interpersonal Relationships ، وهي : العلاقات

الاجتماعية للفرد مع الأصدقاء والأقرباء والرؤساء في العمل والمعارف.

(D) - ترمز للأدوية والعقاقير Drugs ، وكذلك الجوانب البيولوجية Biology ، وترمز إلى النظام الغذائي والرياضي وإلى كل الأدوية التي يتناولها الفرد بصفة عامة في الحالة الصحية للفرد.

لذا فإن الصيغة (BASIC - ID) والتي تستخدم في العلاج النفسي المتعدد الأبعاد تلخص كل ما سبق، فهذا النوع من العلاج لا يقتصر على العلاج الذي يشمل كافة جوانب الشخصية فحسب، بل يسبق هذا العمل عمل آخر يتمثل في عملية التقويم الشامل، ومن خلال هذا الأسلوب فإن المعالج النفسي لا يحاول ملاءمة المريض للعلاج، بل ملاءمة العلاج للمريض حسب احتياجاته واستعداداته ومتطلباته وطبيعة مشكلاته؛ لأنه قد توجد مشكلة يعاني منها الفرد لا يمكن أن تصنف ضمن الصيغة (BASIC - ID)، فهذا النوع من العلاج يركز على المشكلات النوعية ضمن بُعد معين من الأبعاد السبعة، وكيف أن هذه المشكلة تتفاعل وتؤثر في الجوانب المتبقية من الشخصية في تفاعلها مع بعضها البعض، لأن أية مشكلة في بُعد واحد من شأنه أن يؤثر في الجوانب السبعة المتبقية، سواء كان هذا التأثير قوياً أو ضعيفاً، فالتفسير المتعدد الأبعاد لمشكلة يساعد المعالج على اختيار التدخلات العلاجية الملائمة. Lazarus, R, (2000) ارنولد لازروس, ٢٠٠٢ : ١١٢).

هـ- المبادئ الرئيسة للانتقائية:

يشير محمود عطا حسين عقل(٢٠٠٠) أن من أهم المبادئ الرئيسية التي تنطلق منها الانتقائية متعددة الوسائل كما جاء بها لازاروس هي كالتالي : يرى أنصار هذه النظرية أن سلوك الإنسان يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وبيئية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي الظروف البيئية الثقافية والاجتماعية المحيطة به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين.

أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المتكيفة ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها، أو

تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، ويظهر الاضطراب في استجابات انهازامية غير توافقية. يفترض أنصار هذه النظرية أن المضطربين نفسيًا يعانون من مشكلات متعددة ومحددة وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية ثبتت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة، بمعنى استخدام الطرق الفاعلة الصادقة من كل المدارس بما يستجيب لحاجات المسترشد ويمكنه من حل مشكلاته. تفترض هذه النظرية أن كل مريض يعتبر فريدًا من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما، ولا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة وذلك لتفرده وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه. (محمود عطا حسين عقل، ٢٠٠٠: ١٤٣)

مفاهيم العلاج الرئيسية للانتقائية :

يرى نادر فهمي الزيود إن الاتجاه الانتقائي له مفاهيم أساسية منها التعرف على العناصر الصالحة في جميع أنظمة الشخصية ودمجها إلى كل متماسك، وتتمثل في السلوك (نادر فهمي الزيود، ١٩٩٨: ٣١٥). ومن هذه المفاهيم ما يلي

التحديد : تحديد أفضل ما هو موجود في كل نظرية قد أسهمت بشكل أو بآخر في العلاج النفسي، وبالتالي فإنه يمكن توظيف هذه النظريات.

الاختيار والتجريب : هو الاختيار الواعي من المعالج المتخصص لما يناسب المعالج ومشكلته، ويقوم بدراستها وتجريبها ومناقشتها.

مراعاة مشاعر وأحاسيس المتعالج : وذلك لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التكامل عبر تطوره النمائي.

تكامل كل النظريات : وهو مفهوم يؤكد بأن كل نظرية قد أسهمت بشكل أو بآخر في العلاج النفسي، وبالتالي فإنه يمكن توظيف كل هذه النظريات.

خصائص الانتقائية متعدد الأبعاد:

اتجاه عملي Practical أكثر منه نظري ، فالأسلوب الأمثل هو :تطويع النظريات والطرق التقنيات لتناسب مع المرضى وليس العكس.

أنه يتطلب التخفيف من حدة الاختلافات وتخطى الحدود بين النظريات والطرق العلاجية، ولا بد أن يملك المعالج النفسي في هذه الحالة قدراً كبيراً من الدافعية تمكنه من بذل جهد في عملية التوفيق والتركيب بين طرق العلاج لمختلفة.

يركز على أوجه الشبه بين النظريات المختلفة ، فهي تتفق مع العلاقة العلاجية ومواقف التعلم وغيرها.

ظهر أساساً ليوفق بين النظريات والطرق التي تأخذ المنحى الدينامي، وتلك التي تأخذ منحى التعلم، مثال: التوفيق بين التحليل النفسي والعلاج السلوكي.

يتضمن التشرب Assimilation والتكامل Integration ويظهر ذلك جلياً في ترجمة مفاهيم ومبادئ النظريات الأخرى حتى تتناسب مع طريقة الفرد.

يتضمن الشمولية، إذ على المعالج الإلمام بأكبر قدر ممكن من الطرق العلاجية من مختلف النظريات والمقاربات، وأن يسعى إلى أن يكون قادراً على استخدامها، وأن يمتلك المهارة في الانتقال من واحدة إلى أخرى، والتوفيق بينها قدر المستطاع. (محمد إجلال سري، ٢٠٠٠: ٢٦٩).

أهم ما يميزه أنه يحقق فائدة وفاعلية علاجية أكبر، ويبتعد عن الجمود والتحيز، والتعامل بموضوعية مع كل النظريات.

يزيل الملل والروتين في تطبيق أساليب العلاج النفسي المختلفة.

الأساليب العلاجية المستخدمة بالانتقائية :

يقوم هذا العلاج على قياس وتناول جوانب القوة والضعف في الأداء (كالسلوك، والانفعالات والإحساسات الجسمية والمعرفية وغيره)، ويعمل هذا العلاج على انتقاء

الاستراتيجيات العلاجية التي تناسب أهداف الفرد ووسائل المواجهة وسياق الموقف والاستجابات الانفعالية والمعتقدات الجوهرية (Lazarus, A. 2005: 110).

التكامل النظري : Theoretical Integration :

يتلخص الهدف في إنتاج إطار نظري تصوري يجمع أفضل العناصر داخل تيارين علاجيين أو أكثر، إذا كان المعالجون الانتقائيون يهتمون باكتشاف أفضل الطرق لمزج الفنيات المختلفة على نحو انتقائي، فإن التكامل النظري يحاول استخلاص المبادئ العلاجية في العديد من التوجهات ووضعها في قالب جديد أكثر شمولاً ، أو يضعها في نظرية تكاملية للأداء والتغير، وهنا يتم الدمج بين شكلين أو أكثر من أشكال العلاج النفسي ، على اعتبار أن مخرجات العملية العلاجية ستكون أفضل من مجرد الاقتصار على تيار بمفرده ، وأشهر أشكال التكامل هي بين العلاج السلوكي والعلاج التحليلي ، وكذا ما يسمى العلاج المعرفي التحليلي ، ويتضمن التكامل النظري التزاماً بين نظرية تصورية تتخطى المزج التقني للفنيات، ويتلخص الهدف في إنتاج إطار نظري تصوري يجمع أفضل العناصر داخل تيارين علاجيين أو أكثر. (Norcross, J. 2005: 8).

ويرى لويس كستونجواي ، وآخرون (2003) et. al . Castonguoy, أن هناك عدداً من المراحل التي يمر خلالها الفرد في هذه الطريقة :

المرحلة الصفيرية : التفادي. Warded off

المرحلة الأولى : الأفكار المرغوبة. Unwanted Thoughts

المرحلة الثانية : بزوغ الوعي الغامض Vague Awareness Emergency

المرحلة الثالثة : صياغة المشكلة ووضوحها. Problem Statement

المرحلة الرابعة : الفهم والاستبصار Understanding and Insight

المرحلة الخامسة : التطبيق وإحداث الأثر. Application Working Through

المرحلة السادسة : حل المشكلة. Problem Solving

المرحلة السابعة : التمكن. Mastery

التكامل التمثيلي : Assimilative :

يحتاج هذا النمط إلى أرضية صلبة لنسق علاجي واحد، يصاحب ذلك إرادة للاستعانة بنظريات علاجية من انساق أخرى، فقد يستخدم المعالج السلوكي على سبيل المثال إحدى فنيات العلاج الجشططاتي الكرسين المتقابلين) داخل إطار العلاج السلوكي، ويعتبر مؤيدو هذا التيار أنه طريقة واقعية في تناول الاضطرابات النفسية، وأنه خطوة أولى تجاه التكامل الكلي(جون نوركروس) (Norcross, John, 2005:10)

العوامل المشتركة: Common Factors :

يهتم هذا التيار بإيجاد العوامل المشتركة بين التوجهات العلاجية المتنوعة، وتمثيل بعض خصائص هذه التوجهات في كل من البيئة العلاجية، والعلاقة العلاجية، والمنطق العلاجي، والمهمات العلاجية، ويمتد ذلك ليشمل الوظائف العلاجية لتدعيم الرخاء لدى الفرد، وتحقيق التعلم المعرفي والانفعالي، وزيادة الشعور بالتمكين، وطور البعض نموذجاً غير نظري يدمج المكونات المتشابهة في أبعاد رئيسية في العلاج، وهي : (البيئة ، القياس ، التعاقد ، والعمليات الأساسية ، تأثير المعالج ، مشاركة الفرد والمعالج ، والعلاقة العلاجية ، الفعل العلاجي ، عمليات التواصل ، وفنيات واستراتيجيات التدخل)، بينما طرح البعض الآخر عوامل مشتركة أخرى تمثلت في خمس فئات، وهي : (خصائص الفرد ، وخصائص المعالج ، وعمليات التغيير، بيئة العلاج ، وعناصر العلاقة العلاجية). (طه ربيع طه عدوي، ٢٠١١ : ١٠٧٣ - ١٠٧٥) .

تاسع عشر : دور المعالج التكاملية خلال العملية العلاجية :

يوضح (رشدي فام منصور، ٢٠٠٠ : ٢٤٧) دور المعالج التكاملية خلال العملية العلاجية كما يلي:

يزيد من استبصار المريض بدفاعاته وحيله الدفاعية) علاج بالتحليل النفسي).
يجعله يدرك كل ما حوله، ويعيش حاضره في اللحظة التي هو فيها الآن) علاج جشططالتي).
يدعم كل سلوك إيجابي يقوم به المريض) علاج سلوكي).

يعدل من أنماط التفكير السلبي لديه (علاج معرفي).

يقوم بتدريب المريض على المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعل البينشخصي لديه (علاج بين شخصي).

يركز على الجانب الأسري (علاج أسري) .

يركز على وجود الفرد وحتمية الاختيار (علاج اختياري).

وهكذا يمكن دمج هذه العلاجات النفسية معا في إطار تكاملي متناسق (رشدي فام

منصور، ٢٠٠٠ : ٢٤٧)

عشرون : الجانب الوقائي للحماية من اضطراب المسلك :

يرى كل من فيريز وسميث (١٩٩٢)، و جارمزي (١٩٨٥) أنه يمكن في سبيل تنظيم النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا المجال تصنيف هذا في ثلاثة فئات عامة من العوامل كالتالي :

مجموعة عوامل تتعلق بالسمات الشخصية للفرد والتي تبدأ منذ مرحلة المهد وتستمر خلال مضمار النمو ، وتضم هذه المجموعة عدداً من العوامل مثل لين الجانب ، وحب الاختلاط بالآخرين ، والتعامل معهم ، والشعور بالكفاءة في المجالات المدرسية المختلفة ، والتقدير المرتفع للذات .

مجموعة عوامل تتعلق بالأسرة ، وتضم أساليب الرعاية الوالديه ، ومستوى تعليم الوالدين ، والكفاءة الاجتماعية للوالدين .

مجموعة عوامل تتعلق بالمساندة أو الدعم الخاص ، وتضم الصداقة ، والعلاقات مع الأقران والمساندة التي يحصل عليها الطفل من شخص راشد له أهمية كبيرة بالنسبة لذلك الطفل (كازدين، ٢٠٠٠ : ١٢٦ - ١٣٣) .

إن العلاج التكاملي يساعد الصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك على تغير سلوكياتهم والخفض من حدته كما أنه لا يقتصر على مجرد تغيير هذه السلوكيات الغير متوافقة بل يساعده على تعلم مهارات عامة معرفية للتوافق حيث ينقل

للأصم زارع القوقعة فكرة أن المعالج يؤمن بقيمته الذاتية وكفاءته وقدرته على النجاح والتصرف بصوره مسئولة من خلال البيئة العلاجية المدعمة التي تنقل له فكرة أنه قادر على ضبط حياته بصوره فعالة وأن يكون واعياً بما يريده مستكشفاً لحاجاته. كما أن العلاج الواقعي يساعد الصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك على إشباع حاجاتهم في إطار الواقع ويلتزم بالسلوك الواقعي المسئول غير مخالف للمجتمع ليتحقق له الاتزان النفسي والصحة النفسية.

تعقيب ومقترحات

العلاج التكاملي بأهدافه وفتياته وخطواته هو جانب محوري هام في التعامل مع الصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك ، لذلك يجب اتخاذ هذا الأسلوب التكاملي والعقلاني لخفض اضطراب المسلك لديهم – من الجذور – خلال أسلوب الحوار والمناقشة ، الإقناع ، التفاهم ، الاندماج، من خلال التركيز على الأمور التالية:
رفع مستوى إدراك المراهق لإشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية ونمو المسؤولية الشخصية في إشباع هذه الحاجات باختياره السلوك الفعال وخفض اضطراب المسلك مساعدة الصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك على تأكيد ذاتهم وزيادة الثقة بالنفس لديه ومساعدته في البحث عن هوية ناجحة والتغلب على مشكلاتهم النفسية واضطراب المسلك وإيجاد الحلول الملائمة لهم وتزويدهم بالمعارف والمعلومات الصحيحة المتعلقة بالتغيرات التي تطرأ عليهم وتوفير القدوة الصالحة وتوفير الجو الأمن وإشعارهم بأنهم محبوبين وتقديرهم وعدم التدخل في خصوصياتهم وأسرارهم وإعطاءهم الحق في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ومناقشتهم والابتعاد عن التجريح والانتقاد وإظهار العيوب لهم بل التشجيع والتواصل معهم ورفع معنوياتهم وإشعارهم بمكانتهم في الحياة الاجتماعية لأن في هذا إشباعاً للحاجة إلى التقدير الاجتماعي وهي من الحاجات النفسية الرئيسية.

مساعدة الصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك على بناء علاقات اجتماعية ناجحة مع أقرانه على أساس الاحترام المتبادل.

تزويدهم بالمعلومات الدينية وحثهم على التمسك بالمبادئ والقيم الدينية التي تحميهم من الانحراف.

الكشف عن قدراتهم وهوياتهم وميولهم ومساعدتهم على اختيار نوع التخصص الدراسي المناسب لقدراتهم والتخطيط السليم للمستقبل لتحقيق أكبر قدر من التوافق الدراسي وتكوين اتجاهات إيجابية نحو زملائه ونحو معلميه

مساعدتهم على إقامة علاقات سليمة مع والديهم وأخوتهم ، وعلى أن يكون له دوراً فعال كعضو في الأسرة في التصدي لما يتعرض الأسرة من مشكلات.

حماية الصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك من ممارسة السلوكيات غير المرغوبة كالتدخين والمخدرات وغيرها لما لها من أضرار جسيمة ونفسية على الفرد والمجتمع.

وعلى هذا يقترح البحث التركيز على النمو الإيجابي للهوية الناجحة للصم زارعي القوقعة والذين يعانون من اضطراب المسلك وتوفير المناخ الملائم الذي يقوم على أساس الدعم والتقبل والتشجيع على ممارسة حرية الاختيار وإثبات قدراتهم والتوجيه الواعي دون نقد أو استهانة والاهتمام باحتياجاتهم وكيفية إشباعها والقرارات التي يتبناها والاختيارات التي يقدم عليها لتحمل المسؤولية الاجتماعية وواجباته كمواطن في المجتمع والتخلي عن أنماط وأشكال اضطراب المسلك ، والسلوك الممنوع والخارج عن القانون والمعايير الاجتماعية بما يحقق المشاركة في خدمة البيئة والشعور بالمكانة الاجتماعية والثقة بالنفس والنمو السوي للذات والوقاية من الانحراف باستخدام العلاج التكاملي

مراجع البحث

- أحمد عبد اللطيف أبو اسعد (٢٠١١). علم النفس الإرشادي. ط ١، الأردن : دار المسيرة.
- أرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة : عادل مصطفى. القاهرة: دار الآفاق العربية .
- أسماء محمد رضوان أبو شعبان (٢٠١٦): المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة . الجامعة الإسلامية . غزة . رسالة ماجستير. الصحة النفسية والمجتمعية ، كلية التربية شؤون البحث العلمي والدراسات العليا.
- إكرام العمور ، عبد العزيز ثابت (٢٠١٤). مدى انتشار اضطرابات تشتت الانتباه و فرط الحركة، والمسلك في عينة من طلاب المدارس الفلسطينيين في قطاع غزة . المجلة العربية للطب النفسي (٢٠١٤) . اتحاد الاطباء النفسيين ، العدد(٢٥) رقم ٢ صفحة (١١٩- ١٣٠) عمان، الاردن.
- أمل "محمد فوزي" محمود سليمان عزب (٢٠١٤) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب المسلك لدى عينة من المراهقين . رسالة دكتوراه . قسم الصحة النفسية، كلية التربية ،جامعة بنها .
- بطرس حافظ بطرس(٢٠١٠) . طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكيا وانفعاليًا . الأردن . عمان: دار المسيرة.
- تيسير مفلح كوافحة ، عمر فواز عبد العزيز(٢٠١٠). مقدمة في التربية الخاصة . ط٤. عمان. الأردن : دار الميسرة للنشر والتوزيع .
- جلال كايد ضمرة (٢٠٠٨) . الاتجاهات النظرية في الإرشاد . ط ١ . عمان . الأردن : دار صفاء للنشر.
- حسام الدين محمود عزب (٢٠٠٢). فاعلية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين . المؤتمر السنوي التاسع ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس، ٥-٧ .
- حسن عبد الفتاح الفنجري(٢٠٠٨). فاعلية استخدام بعض استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل. المجلة المصرية للدراسات النفسية. المجلد ١٨ . العدد٥٨ ، ٣٥- ٧٨ .

حسين علي فايد (٢٠٠١). الاضطرابات السلوكية : تشخيصها، أسبابها، علاجها. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

رشدى فام منصور (٢٠٠٠). علم النفس العلاجي والوقائي ، رحيق السنين . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

رولا محمد فهد الكنج (٢٠٠٥). فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تحسين مستوى الكفاءة الذاتية وخفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من الراشدين المعاقين حركياً في لبنان . رسالة ماجستير . جامعة عمان العربية للدراسات العليا،الأردن .

س . هـ باترسون (١٩٩٠). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة : حامد عبدالعزيز الفقي . لكويت : دار القلم .

س . هـ باترسون (١٩٩٠). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة : حامد عبدالعزيز الفقي . لكويت : دار القلم .

سامى أحمد حميدة (٢٠٠٣). فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى خفض مستوى العصابية لدى عينة من الشباب الجامعى السعودى. رسالة دكتوراه . كلية التربية ، جامعة عين شمس.

سعيد كمال عبدالحميد، محمد عثمان بشاتوه (٢٠١٢). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية لدى الأطفال ضعف السمع من مستخدمي جهاز زراعة القوقعة السمعية الإلكترونية بالمرحلة الابتدائية . دراسات عربية في التربية وعلم النفس. مجلة كلية التربية، جامعة الطائف ، السعودية ، ع (٢٦) ، ج (٢) ، يونيو، ١١-٥٧.

سمير فني (٢٠١٤) . أهمية الزرع القوقعي في تنمية مهارة اللغة الشفوية عند الطفل الأصم . دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية ، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، العدد (١٢) جوان ٢٠١٤، ٢١٩ - ٢٣٨ .

سميرة محمد شند (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي فى تنمية مكونات الإيجابية لدى عينة من المراهقين .مجلة القراءة والمعرفة، العدد ٧٥، ٢٠٣- ٢٦٦.

شريفة عبدالله الزبيري (٢٠١٥). الفروق في الفهم القرائي لدى التلميذات الصم زارعات القوقعة في المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض. مجلة التربية الخاصة والتأهيل - مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل ، العدد) ٩(،المجلد (٣)، أكتوبر) ٢٠١٥، مصر، ٣١٩ - ٣٥٨ .

أ/ محمد علي شحاتة هندي

صالح عبد الله أبو عباة وعبد المجيد طاش نيازي (٢٠٠١). الإرشاد النفسي والاجتماعي. الرياض: مكتبة العبيكان.

صلاح الدين حافظ (١٩٩٨) لغة الإشارة بين الواقع والتطبيق. آفاق تربوية، ع ١٣، القاهرة . طه ربيع طه عدوى (٢٠١١). اتجاهات الإرشاد النفسي التكاملي. المؤتمر السنوى السادس عشر للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس . (الإرشاد النفسي وإرادة التغيير مصر بعد ثورة ٢٥ يناير)، ٢٦- ٢٨ ديسمبر، المجلد ٢، ١٠٦٧- ١٠٧٩.

عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (٢٠١١). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الله أحمد العطاس (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي فى تحسين مستوى النضج المهني لدى عينة من الطلبة المستجدين بجامعة أم القرى . دراسة شبه تجريبية، المؤتمر الإقليمي الثانى لعلم النفس ٢٩، نوفمبر-١ ديسمبر، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٥١- ٨٢.

علاء الدين كفاقي (٢٠٠٣). الإرشاد الأسرى للطفل المعوق. القاهرة: دار الفكر العربي. علي حسن الزهراني (٢٠١٥). الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة في برامج التربية الخاصة بمدارس التعليم العام بالمرحلة الابتدائية ومعوقاتها في مدينة الرياض . المجلة الدولية التربوية المتخصصة. جامعة الملك سعود، المجلد (٤) العدد (١٠) تشرين الأول ٢٠١٥.

فارس ياسين القعدان , ونسمة على داؤد (٢٠١٥). أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق وتحسين تقدير الذات لدى عينة من طلبة الصف التاسع والعاشر الأساسي من ذوي اضطراب التصرف. دراسات العلوم التربوية ٤٢ (٢)، ٦٩٣ - ٧١٠ .

فتحى عبد الرحمن الضبع (٢٠٠٦): فعالية العلاج بالمعنى فى تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابى للحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً . رسالة دكتوراه . كلية التربية بسوهاج، جامعة جنوب الوادى.

فيصل محمد خير الزراد ، (١٩٨٨) : علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية . ط ١. بيروت : دار العلم للملايين.

قحطان أحمد الظاهر (٢٠٠٨) . مدخل إلى التربية الخاصة. ط ٦. عمان : دار وائل للنشر.

كازدين (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية للأطفال المراهقين. ترجمة عادل عبد الله محمد. القاهرة : دار الرشاد.

لويس كامل مليكة (١٩٩٧). العلاج النفسي مقدمة وخاتمة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
لينا عمر بن صديق. زراعة القوقعة . اطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة
www.gulfkids.com

لينا عمر صديق (٢٠١٣) . أثر التدخل المبكر بأحد تدريبات اللفظ المنغم الإيقاع الحركي الجسدي في تحسن نطق أصوات الحروف والمقاطع الصوتية لدى الأطفال زارعي القوقعة في الفئة العمرية ٣-٥ سنوات بمدارس دمج رياض الأطفال بجدة . مجلة الطفولة العربية ،جامعة الملك عبدالعزيز ، مجلد (١٤) ، عدد (٥٤) ، مارس ٢٠١٣ ، ٣٥ - ٦٤ .
ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠) . السامعون بأعينهم (الإعاقة السمعية). ط (١). عمان . الأردن : دار هناء للنشر والتوزيع .

مباركة رزقي (٢٠١٧) . انعكاس الزرع الفوقي على المعيش النفسي للطفل الأصم من خلال تطبيق اختبار رسم العائلة "للويس كورمان" دراسة إكلينيكية لثلاث حالات بالمدرسة الابتدائية بوسته مختار - المسيد - بسكرة . رسالة ماجستير . كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر- بسكرة ، الجزائر .

مجدي محمد الدسوقي(٢٠١٤). علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي وتقوية الكفاءة النفسية والاجتماعية لدي الأطفال .مجلة الإرشاد النفسي . مركز الإرشاد النفسي ،جامعة عين شمس ،العدد (٣٨) ، أبريل ، ٢٩ - ٥٦ .

محمد عبد التواب معوض (١٩٩٦). أثر كل من العلاج المعرفي النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة . رسالة دكتوراه . كلية التربية ، جامعة المنيا .

محمد محروس الشناوى (١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمود عطا حسين عقل(٢٠٠٠). الإرشاد النفسى والتربوى المداخل النظرية - الواقع- الممارسة . الرياض.السعودية : دار الخريجي للنشر والتوزيع.

أ/ محمد علي شحاتة هندي

مرفت عبد الحافظ إبراهيم صاوي ، (٢٠١٦) فاعلية برنامج تكاملي لعلاج اضطرابات ما بعد صدمة الطالق والخلع، كلية التربية، جامعة عين شمس

مفتاح محمد عبد العزيز(٢٠٠١) . علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

نادرفهمي الزيود(١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان : دار الفكر.

ناصر المحارب (٢٠٠٠) . المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي . الرياض: دار الزهراء.

وحيد عبد البديع عبد الرحمن صالح (٢٠١٦) فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات السمعية لتحسين اللغة الاستقبالية والتعبيرية لدى زارعي القوقعة. مجلة التربية الخاصة . مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية بكلية التربية ،جامعة الزقازيق ،مصر، ع ١٦ يوليو، ٢٥٤ - ٣٠٦ .

وردة يحيوي (٢٠١٤) . إختبار فعالية برنامج علاجي إنتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازاروس) ، دراسة ميدانية بمدينة سيدي عقبة . رسالة دكتوراه .وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، جامعة محمد خيضر – بسكرة- كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

وفاء بلخيري (٢٠١٢) البنية المعرفية ومعالجة المعلومات عند الأطفال الصم في مقابل الأطفال العاديين . مجلة البدر. العدد (١٢) ، شهر ديسمبر ، قسم العلوم الاجتماعية, جامعة بشار. wbelkhir@gmail.com .

يحيى علي عودة عوض (٢٠١٦) . برنامج ارشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال .رسلة دكتوراه . كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس .

Gremp, M. A .(2011).The effects of visuospatial sequence training with children who are deaf or hard of hearing., Ph.D., Washington University in St. Louis, , p 173.

Canceil, O. ; Cottraux, J. Et al. (2002). Psychothérapie Trois Approches Evaluées. France : Inserm

Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children : The Dina Dinosaur treatment program. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. Vol. 11(3), PP. 130 - 143.

ASHA,(2006). Hearing Loss: Terminology and Classification Desk Reference Volume4•Audiology and Speech Language Pathology IV-178 /1997.

Matthews, ladora Ann., 2016 .,Incorporating cognitive behavior therapy with the student success curriculum to address male adolescent Attention Deficit Hyperactivity Disorder students with conduct problems within public schools ,DPC, Mississippi College, Ann Arbor, United States.

Dobson Keith S.. (2010). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3rd edition. New York: The Guilford Press.

Northover, Clare. 2015, Emotional functioning in boys with adhd : identifying risk factors for comorbid conduct disorder, Ph.D. , Cardiff University (United Kingdom), Ann Arbor , United States.

Adeusi ,s., Gesinde, A., Alao , A., Adejumo ,G., &Adekeye, O. (2015). Differential effect of behavioural strategies in correctional centres in Lagos State, Nigeria .International journal of Psychology and Couselling , 7 (4). 63-68.

Wheeler, K. (2008). Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse. New York, NY: Elsevier Health Sciences.

Dobson Keith S.. (2010). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. 3rd edition. New York: The Guilford Press.

Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications. London: SAGE Publications.

Derubeis, R. ,Webb, C., Tang, T., & Beck, A. (2010). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapies (3rd ed.), pp. 277-316. New York,,: Guilford Press.

Beck, Judith S.. (2011). Foreword by Beck, Aaron T.. Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond. Second Edition. New York : the Guilford Press.pp. 2.

Pervin, J.. (2005). Adaptation française de Louise Nadeau et Didier Acier et Dave Miranda. La Personnalité de la théorie à la recherche. Bruxelles: De Boeck université.

Lazarus, R, (2000) : Toward Better Research on Stress and Coping". American Psychologist, vol (55), No(6), PP 665-673.

Grempp, M. A .(2011).The effects of visuospatial sequence training with children who are deaf or hard of hearing., Ph.D., Washington University in St. Louis, , p 173.

Crawford – Brown, (1999). The Impact of Parenting on Conduct disorder in Jamaican Male Adolescents, Adolescence, 34(134), 417-435.

Nouf Alhamami , 2013,the Effect of Pitch Shift on Vowel Recognition using an Acoustical Simulating of Cochlear implant. Unpublished master dissertation, Faculty of Engineering, Science and Mathematics , University of Southampton, Pritain.

Shaza Mahmoud Saleh, 2013, The Efficacy of Fitting Cochlear Implants Based on Pitch Perception. Unpublished Doctor , Faculty of The UCL Ear Institute , University College London, Pritain.

Wu, M, c, Yen-An; C. Lee A, -H, Lin, Bao, G, Liu, Ch. (2011). Long-Term Language Levels and Reading Skills in Mandarin-Speaking Prelingually Deaf Children with Cochlear Implants. Detail Only. Audiology & Neuro-Otology, Vol. 16 Issue. 6, p359-380, 22p.

Adeusi ,s., Gesinde, A., Alao , A., Adejumo ,G., &Adekeye, O. (2015). Differential effect of behavioural strategies in correctional centres in Lagos State, Nigeria .International journal of Psychology and Couselling , 7 (4). 63-68

World Health Organization (1992). The I.C.D -10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Diagnosis Guide line, Geneva. P.34.

World Health Organization (1992). The I.C.D -10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Diagnosis Guide line, Geneva. P.34.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4thed). (DSM-IV). Washington: DC: American Psychiatric Association.

Whittinger, N.S. (2007). Clinical Precursors of Adolescent Conduct Disorder in Children with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. Journal of Child Adolescent Psychiatry. Vo1.46, PP.179-187.

Webster, S. C. Et al. (2008). Preventing Conduct Problems and Improving School Readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher

and Child Training Programs in High-Risk Schools. Journal Of Child Psychology And Psychiatry. Vol. 19, No.(5) pp122- 176.

Kazdin, A. E. (1996) : Conduct Disorders in Childhood and Adolescence (Second Edition). Thousand Oaks: Sage.

Graham, P.(1986): Child Psychiatry: A Developmental Approach . Oxford: Oxford University Press.

Farrington, D. (1993). Motivations for conduct disorder and delinquency, Development and psychopathology, (5) , 225 – 241.

Lazarus, R, (2000) : Toward Better Research on Stress and Coping". American Psychologist, vol (55), No(6), PP 665-673.

Newman, C. (2011). Cognitive behavior therapy for depressed adults. In D., A. Rubin, & C. G. Beevers (Eds.), Clinician's guide to evidence-based practice: Treatment of depression in adolescents and adults, New Jersey: John Wiley & Sons. PP. 96-111.

Lerner, J. (2000). Learning disabilities Theories diagnosis and teaching strategies(8th.ed) Ny Houghton Mifflin.

