

جامعة ابن خلدون تيارت
University Ibn Khaldoun of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
Faculty of Humanities and Social Sciences
قسم علم النفس والفلسفة والأورطوفونيا
Department of Psychology, Philosophy, and Speech Therapy

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د.
تخصص علم النفس العيادي

برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم
دراسة عيادية لحالتين بابتدائية بارة عبد القادر تيارت

إشراف:

بن الطيب فتيحة

إعداد:

دينس كريمة

راسي فتيحة

لجنة المناقشة

| الصفة | الرتبة | الأستاذ (ة) |
|--------------|--------|----------------|
| رئيسا | | قليل رضا |
| مشرفا ومقررا | | بن الطيب فتيحة |
| مناقشا | | بوكصاصة نوال |

الموسم الجامعي: 2022/2023

شكرو وتقدير

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي وفقنا في إنجاز هذا العمل وأعاننا على تحمل
صعوباته

فلك الحمد يا ربي كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، و باسم هذا
العمل نتقدم بالشكر إلى كل من ساهم من أجل إنجازه وإتمامه، ونخص
بالذكر أستاذتنا ومشرفتنا "بن الطيب فتيحة" كما يسرنا أن نوجه الشكر
والامتنان إلى أستاذتنا الكرام.

وأیضا نتقدم بالشكر الخالص إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إتمام
هذا العمل خاصة موظفات و مدير ابتدائية بارة عبد القادر والأستاذة.

الإهداء

وصلت رحلتي الجامعية إلى نهايتها بعد الكثير من التجارب
والمواقف

وها أنا ذا أختتم بحث تخرّجي بكل همّة ونشاط

امتن لنفسي كثيرا،

وأمتنُّ لكل من كان له فضل في مسيرتي،

وساعدني ولو باليسير في إتمام هذا البحث،

الأبوين، والأهل، والأصدقاء، والأساتذة الكرام خاصة الأستاذة

المشرفة

أهديكم هذا العمل.

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي هذا إليأعظم وأنبل إنسانة في الوجود إليك يا أمي
متمنية رضاك عني وأتمنئ أنأكون قد حققت رغبتك في إتمام دراستي
بنجاح والى والدي العزيز والى إخوتي الذين دعموني بدعواتهم لي،
حفظهم الله ووفقهم لكل خير

ملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة "مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض القلق لدى الطفل مصاب ببطء التعلم؟"، بابتدائية بارة عبد القادر بمدينة تيارت، حيث اعتمدنا في دراستنا على المنهج دراسة حالة، تكونت حالات الدراسة من تلميذين يدرسان سنة الرابعة ابتدائي يتراوح عمرهما ما بين 10 و 11 سنة. طبق عليهم اختبار رسم الرجل حيث تحصل على درجة (81 . 76)، ومقياس القلق لتاييلور بالإضافة إلى البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المصمم من طرف الباحثان. أظهرت النتائج انخفاضا في درجة القلق إلى (20 . 22) حيث كانت درجة القياس القبلي بين (33 . 29) لدي حالات الدراسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

| | | |
|---|------------|-------|
| أ | شكر وتقدير | ..... |
| ب | الإهداء | ..... |
| ث | ملخص: | ..... |
| ب | مقدمة | ..... |

الفصل الأول: تقديم الدراسة

| | | |
|---|------------------------|-------|
| 4 | 1. الإشكالية | ..... |
| 5 | 2. فرضيات الدراسة: | ..... |
| 5 | 3. أهمية الدراسة: | ..... |
| 5 | 4. أهداف الدراسة: | ..... |
| 6 | 5. التعاريف الإجرائية: | ..... |
| 6 | 6. الدراسات السابقة: | ..... |

الفصل الثاني: القلق

| | | |
|----|-------------------------------------|-------|
| 11 | تمهيد: | ..... |
| 12 | 1. مفهوم القلق : | ..... |
| 13 | 2. أسباب القلق: | ..... |
| 14 | 3. أعراض القلق: | ..... |
| 15 | 4. أنواع القلق | ..... |
| 16 | 5. المحكات التشخيصية للقلق: | ..... |
| 18 | 6. النظريات والنماذج المفسرة للقلق: | ..... |
| 23 | 7. علاج القلق: | ..... |
| 25 | 8. قياس القلق: | ..... |
| 27 | خلاصة | ..... |

الفصل الثالث: بطء التعلم

- تمهيد 29
1. تعريف بطء التعلم: 30
2. أسباب بطء التعلم: 30
3. خصائص أطفال بطء التعلم: 33
4. تشخيص بطء التعلم: 34
5. أساليب المتابعة في تعليم بطء التعلم: 35
- خلاصة..... 36

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد 38
1. العلاج المعرفي السلوكي: 39
2. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي: 40
3. سيرورة العلاج السلوكي المعرفي: 44
4. تقنيات العلاجات السلوكية المعرفية: 49
5. نظريات العلاج المعرفي السلوكي: 54
- خلاصة..... 56

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد: 58
1. المنهج المتبع: 59
2. الدراسة الاستطلاعية: 59
3. الدراسة الأساسية: 60
4. حدود الدراسة..... 60
- 5 أدوات الدراسة: 60

الفصل السادس عرض نتائج الدراسة

| | |
|---------|-------------------------------------|
| 73..... | تمهيد |
| 74..... | 1. تقديم الحالة الأولى: |
| 75..... | 2. ملخص المقابلات مع الحالة : |
| 76..... | 3. محتوى الجلسات: |
| 79..... | 4. تقديم الحالة الثانية:..... |
| 81..... | 5. ملخص المقابلات مع الحالة: |
| 82..... | 6. محتوى الجلسات: |

الفصل السابع مناقشة وتحليل النتائج في ضوء الفرضية

| | |
|----------|---|
| 89..... | 1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى والثانية والدراسات السابقة: |
| 91..... | 2. تحليل النتائج: |
| 93..... | خلاصة..... |
| 95..... | خاتمة: |
| 96..... | قائمة المصادر والمراجع:..... |
| 100..... | الملاحق..... |

قائمة الجداول:

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|--|-------|
| 09 | يمثل التعقيب على الدراسات السابقة | 01 |
| 59 | يمثل حالات الدراسة الاستطلاعية | 02 |
| 61 | يمثل حالات الدراسة | 03 |
| 62 | يبين تصنيف درجات القلق | 04 |
| 65 | يبين الشكل الأولي للبرنامج | 05 |
| 68 | يمثل نتائج تحكيم البرنامج العلاجي من حيث التصميم | 06 |
| 68 | يمثل نتائج تحكيم البرنامج من حيث المحتوى | 07 |
| 70 | يمثل البرنامج العلاجي في صورته النهائية بعد صدق المحكمين | 08 |

مقدمة

مقدمة:

تنتشر في الآونة الأخيرة بين الأطفال الكثير من الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تعيق نمو الطبيعي للفرد مثل الغضب، العدوان، القلق، ويعتبر القلق من أهم هذه الاضطرابات والأكثر انتشاراً بين الأطفال. يعد القلق جزءاً في نمو والتطور الطبيعي للطفل عندما يكون بدرجة بسيطة أو بشكل عابر وبعد حالة مرضية تستدعي الاهتمام عندما تستمر لفترة طويلة أو تكرر ظهورها أو تصبح معيقة للنمو، وتختلف أسبابه من طفل إلى آخر وأيضاً حسب العمر وإطار نمو الانفعالي للطفل وما من بين الأسباب التي تؤدي إلى القلق الصعوبات التعلم، بطء التعلم، التأخر الدراسي.

بطء التعلم هو انخفاض في القدرة العقلية للطفل حيث يتراوح نكاه بين 70 درجة و 85 درجة ضمن الفئة الحدية للذكاء، ينتج عنها تأخر في جميع المواد الدراسية وهذا يؤدي إلى ضعف وتدني المستوى التحصيل الدراسي للتلميذ، وهذا ينعكس سلباً على الجانب النفسي للتلميذ فيسبب له الكثير من الاضطرابات النفسية من بينها القلق، فيعتبر ذلك القلق مجموعة من الأفكار السلبية وحالة من التوتر والانزعاج المرتبطة ببعض الأعراض كصعوبة التركيز، لهذا يجب توفير الاستقرار والتوافق النفسي للطفل من أجل لأن هذا يعيق ومن بناء وتطور شخصية الطفل لذا يجب تدخل العلاجي مبكراً بفنيات وتقنيات تتناسب مع عمر الطفل وأفكاره من أجل التخفيف من درجات القلق لدى الأطفال المصابين ببطء التعلم.

لهذا يعد العلاج النفسي مهم وضروري خلال فترة الطفولة لأهمية هذه المرحلة العمرية حتى لا تتطور وتبقي ملازمته خلال مراحل حياته، وتعتبر التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية من أحدث التدخلات العلاجية التي أثبتت نجاعتها في تحقيق العلاج للاضطرابات النفسية بشكل عام والقلق لدى الأطفال بشكل خاص.

فنظراً لانتشار اضطراب بطء التعلم بين الأطفال وما يسببه من مشاكل نفسية منها القلق جاءت الدراسة الحالية لتقديم عرض شامل حول اضطراب بطء التعلم والقلق، وتفحص أثر العلاجي المعرفي السلوكي في درجات القلق لدى الطفل مصاب ببطء التعلم.

وينقسم البحث الحالي إلى جانبين جانبيين نظري يضم أربع فصول، الفصل الأول عبارة عن مدخل عام للدراسة ويتضمن الخلفية النظرية للدراسة من خلال الدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث المراد دراسته، والفصل الثاني تطرقنا إلى القلق تعريفه، أسبابه، أعراضه وأهم النظريات المفسرة له. وفي الفصل الثالث تناولنا بطء التعلم تعريفه أسبابه، أعراضه، وكيفية تشخيصه بالإضافة إلى الأساليب تدريس أطفال بطء تعلم، والفصل الرابع العلاج المعرفي السلوكي وأهم تقنياته ومبادئه.

أما الجانب التطبيقي فضم الفصول التالية الفصل الخامس عالج الجانب التطبيقي للبحث من الدراسة الاستطلاعية إلى تصميم البرنامج العلاجي، الفصل السادس تم عرض النتائج المتوصل إليها، الفصل السابع تم مناقشة الفرضية ونتائج حسب الدراسات السابقة.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. التعاريف الإجرائية
6. الدراسات السابقة

1. الإشكالية

يعتبر الذكاء من أوثق المفاهيم النفسية ارتباطاً بعملية تربوية بشكل عام، وبالتحصيل الدراسي بشكل خاص، وقد إجتهد الكثير من الباحثين والعلماء في قياس الذكاء ومن بينهم مقياس "بينه" ومقياس "وكسلر" وحسب تعريفه للذكاء على أنه القدرة العقلية للفرد على العمل في سبيل الهدف وعلى التفكير والتعامل بكفاءة مع البيئة وحيث عرفه بينه على أنه القدرة على الفهم والابتكار والتوجه الهادف للسلوك والنقد الذاتي.

ويعتبر بطء التعلم فئة من التلاميذ يتراوح ذكاءهم من 70 إلى 85 على سلم وكسروذكاءهم حدي أقل من الأطفال العاديين ومن خصائصهم الشائعة بين التلاميذ بطئ التعلم، تشتت الانتباه لديهم داخل القسم بحيث يفقد الاهتمام والتركيز بسرعة ويعانون من الصعوبات التميز بين الأشياء والأصوات الضرورية لعملية التعلم كالحساب، القراءة وتكميل المفاهيم، وضعف الذاكرة التي تنعكس سلباً على الحالة النفسية للطفل، وحسب دراسة (نيان ومحمد، 2017) حيث قامت بالبحث عن المشكلات التربوية لتلاميذ بطئ التعلم والفروق المعنوية في الحالة الاجتماعية لدى المعلم والنوع الاجتماعي، المرحلة الدراسية والمستوى التعليمي للوالدين التلميذ، توصلت هذه الدراسة عن الاهتمام بالجانب النفسي في عملية إعداد المعلم والعمل على التوعية المجتمع، وكيفية التعامل مع التلاميذ بطء التعلم وضرورة تقديم برامج علمية ذات الصلة ببطء التعلم بهدف التوعية وتنقيف الوالدين وهذه الفئة تتطلب التعليم الخاص ويحتاجون المساعدة، ويتعرضون إلى مشكلات متعددة ومتنوعة ومن بينها المشكلات النفسية منها الضغوط النفسية والقلق. (نيان ومحمد، 2017: 261) والقلق هو الخوف من المجهول بالنسبة للطفل وهو حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكره والهجم، وتنشيط وإثارة الجهاز العصبي اللاإرادي وحسب دراسة محمود وصابر سنة (2004) التي هدفت إلى التعرف عن بعض الخصائص النفسية والسلوكية (تقدير الذات مركزية الذات)، القلق النفسي للأطفال ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية التي تراوحت أعمارهم بين 8-12 سنة وتوصلت الدراسة أن أطفال ذوي الصعوبات التعلم يحصلون على الدرجات مرتفعة في القلق النفسي (محمود وصابر، 2004: 14)

ويحتاج أطفال بطء التعلم إلى المساعدة من أجل التكيف المدرسي وبرامج علمية تعليمية خاصة مستهدفة بهذه الفئة وهناك برامج علاجية عديدة تهتم بنواحي نفسية واجتماعية لأطفال بطء التعلم مثل برامج العلاجية السلوكية المعرفية، فهي تستخدم التقنيات المعرفية والسلوكية لخفض القلق عند هذه الفئة وحسب دراسة احمد وآخرون (2012) قام بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة المشكلات السلوكية والانفعالية لطلبة بطء التعلم في باكستان وتكونت عينة الدراسة من 10 طلاب حيث أشارت النتائج إلى خفض المشكلات السلوكية (العدوان، النشاط الزائد، القلق) (منجد حسن، 2018: 409) بشكل كبير في مجموعة التجريبية ومنه سعت الدراسة الحالية للإجابة عن التساؤلات التالية:

- هل أطفال بطء التعلم يعانون من القلق؟ وما هو مستواه؟

- مامدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين ببطء التعلم؟
2. فرضيات الدراسة:

• مستوي القلق لدي الأطفال بطء التعلم مرتفع.

• يساهم برنامج العلاجي المعرفي السلوكي لخفض القلق لدى الطفل مصاب ببطء التعلم.

3. أهمية الدراسة:

➤ التعرف على أهم مظاهر بطء التعلم.

➤ لفت الأنظار إلى المشكلات النفسية التي تعاني منها هذه الفئة مثل القلق.

➤ توعية الطلبة والمعلمين وأولياء الأمور بأهمية خفض القلق وتأثيره على أطفال بطء التعلم.

4. أهداف الدراسة:

✓ محاولة التعرف على مدى مساهمة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض قلق لدى الأطفال بطء التعلم.

✓ معرفة مستوى القلق عند أطفال بطء التعلم.

5. التعاريف الإجرائية:

1.5 القلق: هو الحالة من التوتر والخوف تنتاب الطفل حيث يشعر بالتهديد والخطر من موقف معين أو التعرض لحدث. وفيهذه الدراسة هو الدرجة التي يتحصل عليها حالات الدراسة علي مقياس القلق تايلور وتكون مرتفعة عند الدرجة (30).

2.5 ببطء التعلم: يطلق مصطلح بطئ التعلم على التلاميذ الذين تكون قدراتهم ضعيفة في التعلم ولديهم انخفاض في جميع المواد وتتراوح نسبة الذكاء من 70 إلى 85 درجة على مقياس الذكاء وفي هذه الدراسة تم قياس ذكائهم باختبار رسم الرجل لقودناف وكانت درجة ذكائهم 76 درجة و81 درجة.

3.5 برنامج علاجي معرفي سلوكي: هو احد الأساليب الحديثة للعلاج النفسي، هو علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات العلاج المعرفي السلوكي والذي تم تطبيقه بهدف خفض القلق لدي عينة من أطفال المصابين ببطء التعلم وتم تصميم هذا البرنامج بالاعتماد على أهم نظريات ومبادئ علاج المعرفي السلوكي بالإضافة الدراسات السابقة، استخدمنا فيه تقنيات مثل المواجهة، إعادة البناء الفكري، لعب الأدوار، النمذجة، المواجهة التدريجية لخفض الحساسية، الاسترخاء، التخيل، حل المشكلات.

6. الدراسات السابقة:**1.6 دراسات عربية:****1.1.6 دراسة منجد (2018):**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستويات القلق لدى الطلبة ببطء التعلم في منطقة مكة المكرمة في الصفوف الرابع، والخامس، والسادس الأساسي والملحقين بغرف المصادر، وتم الاعتماد على مقياس القلق المعد من قبل (الصمادي والشبول، 2018) حيث تبين بعد مراجعة الدلالات الصدق والثبات للمقياس أنها مقبولة لأغراض الدراسة وتكون مجتمع الدراسة من الطلبة الملحقين بغرف المصادر استخدم التحليلات الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي. وتوصل إلى وجود درجة متوسطة من القلق لدى أفراد عينة الدراسة في كل مجالات الدراسة (الضغوط الأسرية، قلق الوحدة، قلق الاجتماعي، ورفض

المدرسة). وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات القلق في مجالات (قلق الوحدة، القلق الاجتماعي، ورفض الدراسة) تعزى لمتغير الجنس بينما لا توجد فروق في مجال الضغوط الأسرية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور. (منجد، 2018: 456)

2.1.6 دراسة نيان ومحمد (2017):

بعنوان مشكلات التربية لتلاميذ بطء التعلم في المدارس الأساسية هدفت دراسة إلى تعرف عن المشكلات التربوية لتلاميذ بطئ التعلم في المدارس الأساسية ومن وجهة نظر المعلمين والفروق الإحصائية بين مجالي أداة البحث وكذلك الفروق المعنوية في المشكلات التربوية لتلاميذ بطئ التعلم تبعا لمتغيرات النوع الاجتماعي المرحلة الدراسية، والمستوى التعليمي لدى الوالدين التلميذ وتناول البحث جميع معلمين معلمات التربية الخاصة البالغ عددهم (70) معلمة وبنيت الباحثان أداة مكونة من (30) فقرة بعد إجراء (SPSS) الإجراءات البحثية التحليل الإحصائي للنتائج حيث توصلت دراسة الاهتمام بالجانب النفسي في عميلة إعداد المعلم العمل عن توعية المجتمع في عملية كيفية التعامل مع تلاميذ بطئ التعلم وضرورة تقديم البرامج العلمية ذات الصلة ببطء التعلم بهدف توعية وتنقيف.

3.1.6 دراسة حسين ومهند (2015):

هدفت الدراسة إلى تقييم القلق لذوي صعوبات التعلم في الصفوف الرابع والخامس، والسادس الأساسي والملحقين بغرف المصادر. طبق مقياس القلق المعد من طرف الباحثين وتكون مجتمع الدراسة من الطلبة الملحقين بغرف المصادر في مديرية التربية والتعليم لمنطقة اربد الأولى، باستخدام التحليلات الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي وتم التوصل إلى النتائج التالية: وجود درجة كبيرة من القلق لدى أفراد عينة الدراسة في المجال الأول (الضغوط الأسرية)، ودرجة متوسطة في المجالات: الثاني (قلق الوحدة) والثالث (قلق الاجتماعي) والرابع (رفض المدرسة).

4.1.6 دراسة احمد وآخرون (2012):

بعنوان فعالية العلاج السلوكي المعرفي في مواجهة المشكلات السلوكية وانفعالية للطلبة بطء التعلم في باكستان، وتكونت عينة الدراسة من 10 طلاب بمدرسة لاصور بباكستان وتم

تقسيم العينة إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة النتائج. أشارت إلى خفض المشكلات السلوكية (العدوان، النشاط الزائد والقلق) بشكل كبير في المجموعة التجريبية. (منجد، 2018: 160).

5.1.6 دراسة محمود وصابر (2004):

التي هدفت إلى التعرف على بعض الخصائص النفسية والسلوكية: تقدير الذات، ومركزية الذات، والقلق النفسي للأطفال ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية تراوحت أعمارهم بين (8-12 سنة) بدولة الكويت وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يحصلون على درجات مرتفعة في القلق النفسي، ولم تشير الدراسة إلى فروق دالة إحصائية لاختلاف المستوى الدراسي في المرحلة الابتدائية.

6.1.6 دراسة سمين (1987):

هدفت إلى الكشف عن المشكلات السلوكية التكيفية لدى تلاميذ بطنيء التعلم مقارنة بالعاديين وقد أظهرت هذه الدراسة أن بطنيء التعلم يعانون من مشكلات في السلوك التكيف تتضح في عدة مظاهر. تحمل المسؤولية والتطور الحسي، والوظائف والاستقلالية والتوجه الذاتي، لاسيما أن الدراسة أظهرت أيضا أن بطنيء التعلم تظهر عليهم مظاهر الاضطراب في الشخصية والسلوك وسوء التكيف الاجتماعي أكثر من أقرانهم العاديين، وتمثل ذلك في مظاهر العدوانية والتمرد وضعف الثقة بالنفس والسلوك الاجتماعي الانسحاب مقابل المشاركة مما يدل ذلك على وجود فروق دالة بين بطنيء التعلم والعاديين.

2.6 دراسات أجنبية:

1.2.6 دراسة ناي (Nye, 2009):

هدفت الدراسة إلى تقصي فاعلية برنامج تدريبي قائم على المهارات الاجتماعية في تنمية مفهوم الذات بأبعاده (الأكاديمي والجسمي والاجتماعي) وفي رفع المستوى التحصيلي، وطبق البرنامج على عينة قوامها 83 طالبا من ذوي صعوبات التعلم في القراءة والكتابة والرياضيات. في ولاية فلوريدا وبمتوسط عمر (12 سنة)، وقسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت في البرنامج مجموعة من الأساليب الإرشادية تمثلت في النمذجة، التعزيز الإيجابي،

وكيفية الاستماع وطرح الأسئلة للآخرين وكيفية طلب المساعدة والسيطرة على الغضب وكيفية ممارسة الاسترخاء، وأظهرت النتائج تحليل التباين فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية مفهوم الذات بأبعاده، وفي رفع المستوى التحصيلي لدى أفراد العينة الدراسة.

الجدول رقم (01) يمثل التعقيب على الدراسات السابقة:

| الدراسات التي اتفقت مع دراستنا | الدراسات التي اختلفت مع دراستنا |
|--|--|
| دراسة منجد اتفقت مع دراستنا في قياس القلق | اختلفت من حيث العينة والمنهج المتبع وهدف الدراسة |
| دراسة نيان ومحمد (2017) اتفقت مع دراستنا في السمة المدروسة ونتائج الدراسة تتشابه مع هدف الدراسة | اختلفت مع دراستنا في مقياس القلق المطبق واختلفت من حيث المنهج المتبع |
| دراسة حسين ومهند (2015) تشابهت مع دراستنا في قياس القلق وكانت نتائج دراسة تتشابه مع فرضيات التي طارحناها | اختلفت مع دراستنا في المقياس القلق المطبق واختلفت من حيث المنهج |
| دراسة احمد وآخرون 2012 درست نفس الاضطراب وتشابهت نتائج هذه الدراسة مع أهداف دراستنا | اختلفت مع دراستنا من حيث العينة 10 (طلبة) |
| | من حيث نوع البرنامج المطبق وأيضا من حيث العينة والمشكل المدروس |
| دراسة محمود وصابر 2004 تشابهت مع دراستنا في العينة | اختلفت مع دراستنا في الاضطراب المدروس |
| دراسة سمين 1987 تشابهت مع دراستنا من حيث الهدف | اختلفت مع الدراسة من حيث الأدوات الدراسة |

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

1. مفهوم القلق
 2. أسباب القلق
 3. أعراض القلق
 4. أنواع القلق
 5. المحكات التشخيصية للقلق
 6. النظريات والنماذج المفسرة للقلق
 7. علاج القلق
 8. قياس القلق
- خلاصة

تمهيد:

تحدث علماء النفس عن القلق أنه جزء لا ينفصل عن الحياة البشرية، وأنه يتطور بأنواع مختلفة وأن مصادره متنوعة ومتفاعلة ويعتبر القلق خاصية عامة وعالمية. وهو احد المشاعر السلبية التي يشعر بها الإنسان خلال أوقات أو في مواقف معينة يكون فيها معرض للخطر أو التهديد وهذا مايجعل الفرد في حالة عدم الاتزان النفسي. وفي هذا الفصل سوف تناول القلق من وجهات نظر مختلفة نتعرف على أهم أسبابه وأعراضه وكيف فسرتة بعض النظريات النفسية.

1. مفهوم القلق :

1.1 لغة: تأتي كلمة قلق "anxious" من الكلمة اللاتينية "Auxius"، وتعني متكرر البال حول أمر غير محقق في المستقبل، وهي مرتبطة بأصل **معناه:** يضبط بشدة ويخفق.

أما في اللغة العربية، وحسب منجد اللغة والإعلام: نقول قلق وقلقا: أي اضطراب وانزعاج فهو قلق، أقلقه: أزعجه، والشئ من مكانه: حركة. (أسماء، 2015: 145)

2.1 اصطلاحا: هناك عدة محاولات من طرف الباحثين في العم النفس، لتحديد مفهوم القلق ومنهم:

❖ تعريف علماء العرب:

أحمد عكاشة: إنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط العصبي اللارادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو صداع أو كثرة الحركة. (عكاشة، 2003: 50).

فاروق السيد عثمان: القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج. والشخص القلق يتوقع الشر دائما ومتوتر الأعصاب ومضطربا، كما إن الشخص القلق يفقد الثقة في نفسه ويبعدوا مترددا وعاجز عن تسوية الأمور ويفقد القدرة على التركيز. (فاروق، 2008: 18).

❖ تعريف علماء الغرب للقلق:

سيجيموند فرويد: هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويتسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم. والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبعدوا متشائما وهو يشكفي كل أمر يحيط به ويخشى أن يصبه منه ضرر .

❖ **تعريف القلق حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس:** هو اضطراب يتميز بالإفراط الغير متحكم فيه وأحيانا قلق لا عقلاني وهو قلق لتوقع أحداث أو نشاطات وهذا القلق المفرط غالبا يتدخل في الأمور اليومية كالأفراد المصابون به غالبا ما يتوقعون كارثة.

(حسيب، عبد المنعم، 2012: 101).

تعريف القلق الموضوعي: يطلق فوريدي على هذا القلق اسم القلق السوي، ويتمثل في إدراك الفرد لمصدر خارجي يشعر أنه يشكل خطراً عليه، ويسبب له الخوف، ويكون هذا القلق أقرب إلى الخوف الطبيعي، وذلك لإدراك الفرد لمصدره.

وقد أثبتت البحوث أن القلق الموضوعي وظائف حيوية هامة، يمكن للإنسان الاستفادة منها: فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا، فتزيد قوة التركيز والتميز والاستنتاج واتخاذ القرارات وحل المشكلات بسرعة، وهو قد يلعب دور الدافعية نحو السلوك الهادف، وقد يلعب دور إشارة توجيه الفرد إلى إدراك التهديدات بحساسية شديدة وينبه للقيام بعمل توافقي.

(أسماء، 2020: 155)

تعريف القلق الأكاديمي: هو تلك الحالة العاطفية السلبية المرتبطة بالجوانب الأكاديمية مثل إنجاز المهام الدراسية والاستعداد للامتحان ويتبع تلك الحالة العديد من الاضطرابات الجسدية كسرعة ضربات القلب والصداع، ويتكون القلق الأكاديمي من أربعة مكونات فرعية وهي التوتر والجانب الجسمي، والتداخل بين المهام، والعجز في المهارات الدراسية. (سماح، إيمان، 2022: 29)

❖ **تعريف خاص بالباحثين:** هو حالة من الشعور بالتوتر والخوف نتيجة توقع موقف سلبي أو تجربة مؤلمة أو حدث غير سار يسبب أعراضاً جسدية مثل رجفة الأطراف وزيادة ضربات القلب.

2. أسباب القلق:

1.2 الاستعداد الوراثي: تلعب الوراثة دور كبير في الإصابة بالمرض وخاصة الأقربين مثل الوالدين، وأحياناً أقاربها الآخرين يعانون من نفس القلق، وهذا يدل على اضطراب البيئة التي نشأ فيها المريض، وبقدر ما يدل على أهمية عامل الوراثة.

2.2 العمر: يعد السن (التقدم في السن) سبباً من أسباب ظهور المرض، حيث يزداد القلق مع نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك لدى كبار السن، فيظهر القلق بأعراض متنوعة فتكون عند الطفل مختلفة عن الشخص البالغ، فمثلاً عند الطفل يكون الخوف على شكل ظلام أو حيوان أما عند البالغ فيكون القلق شعور بعدم الأمان والاستقرار والخجل، وعادة تصنف هذه الأعراض في المراحل القادمة من سن الشخص الذي يعاني من هذه الحالة، مثلاً في مراحل اليأس

والشيخوخة، ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية. (سالم الصيحان، 2010: 70)

3.2 الاستعداد النفسي: تعتبر بعض الخصائص النفسية سببا في ظهور القلق، حيث يظهر ذلك من خلال الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، وكذلك التوتر النفسي الشديد والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه وتعود الكبت وعدم التقبل للحياة.

4.2 العوامل الاجتماعية: تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق وتستعمل هذه العوامل بمختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمان والاضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة وأساليب التعامل الوالدية الفاشلة منها الفشل في الحياة، مما يؤدي إلى الفشل الدراسي والمهني.

5.2 مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة: حيث تنشأ هذه المشكلة من ذكريات الماضي، والطرق الخاطئة في التنشئة وتربية الطفل، مثل زرع التسلط والقسوة والحماية الزائدة واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين والتعرض للآزمات الحادة، في مجال العمل أو العلاقات العاطفية، أو ترويبا وتعرضات الجنسية الضارة خاصة في الطفولة والإرهاق الجسمي والتعب والألم ولكن يبقى من أهم الأسباب المؤدية للقلق هو غفلة الإنسان وبعده عن دينه الصحيح.

(حسن فرج، 2009: 150)

3. أعراض القلق:

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين هما أعراض بدنية وأعراض نفسية :

1.3 أعراض بدنية :

- ✓ ضربات أزرادة أو سرعة في دقات القلب.
- ✓ نوبات من الدوخة والإغماء.
- ✓ تتميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.
- ✓ غثيان أو اضطراب المعدة.
- ✓ الشعور بألم في الصدر.

- ✓ فقد السيطرة على الذات.
- ✓ نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية.
- ✓ سرعة النبض أثناء الراحة.
- ✓ الأحلام المزعجة.
- ✓ التوتر الزائد.

2.3 أعراض نفسية:

- ✓ نوبة من الهلع التلقائي.
- ✓ الاكتئاب وضعف الأعصاب.
- ✓ الانفعال الزائد.
- ✓ عدم القدرة على الإدراك.
- ✓ نسيان الأشياء.
- ✓ اختلاط التفكير.

✓ زيادة الميل إلى العدوان (فاروق، 2008 :27)

4. أنواع القلق: لقد تم تقسيم القلق في علم النفس المرضي إلى ثلاثة أنواع:

1.4 قلق عادي أو موضوعي: هو عبارة عن خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد وهناك وجود موضوعي لمصدر الخطر الذي يهدد الفرد في البيئة ويتميز بمستوى معتدل من انفعال خوف يستعين به الفرد على التفاعل الصحيح مع مشاكله وهذا النوع من القلق يعتبره الناس في الأحوال الطبيعية كدر فعل على الضغط النفسي أو خطر عندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيء يهدد بأمنه وسلامته.

كما أنه ينبع من الواقع ومن الظروف الحياة اليومية ويمكن معرفة مصدره وحصر أسبابه لأنه يكون غالباً محدود في الزمان والمكان وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة.

2.4 قلق مرضي أو عصبي: أما هذا النوع لا يدرك المصاب مصدره علتة وكل ما هنا أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض العام غير محدد ومنشأ هذا القلق لا يعود إلى المصدر الخارجي، والقلق يستثار عند إدراك الفرد بأن غرائزه قد تجد له منفذ للخارج.

3.4 القلق الأخلاقي أو خلقي: هو ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما ويكون لانا الأعلى هو مصدر الخطر كما انه يتعلق بمشاعر الإحساس بالذنب نتيجة الإحباط. كما أشارت بعض الكتابات إلى هذه الأنواع تختلف من حيث الشدة بين الأفراد بعضهم البعض وداخل الفرد نفسه من الموقف لآخر ومن مرحلة عمرية لأخرى.

(إبراهيم عبد الرسول، 2013: 18-19)

5. المحكات التشخيصية للقلق:

حسب الدليل الأمريكي التشخيصي و الإحصائي الرابع لتصنيف الاضطرابات النفسية يصنف القلق كالأتي:

- قلق وانزعاج شديد (توقع إدراكي) يدور حول عدد من الإحداث والنشاطات يستمر حدوثه أياما عديدة لا تقل عن ستة أشهر.

- يرتبط القلق والانعراج على الأقل بثلاثة من الأعراض الستة التالية:

أ. ملل أو شعور بالضيق وان الشخص يشعر كما أنه على حافة الهاوية.

ب. صعوبة في التركيز وإدراك العقل (من الداخل) وكأنه قد أصبح (خالي الوفاض).

ت. سرعة وسهولة الاستثارة.

ث. الشعور بشدة العضل والتوتر.

ج. المعاناة من صورة أو أكثر من اضطرابات النوم.

لا يرتكز القلق والمعاناة حول إحدى خصائص اضطرابات المحور الأول الأخرى مثل: القلق من التعرض لنوبة من الهلع (اضطراب الهلع) أو الشعور بالحرج في المواقف الاجتماعية (فوبيا اجتماعية) أو الأنساخ (اضطراب الوسواس القهري)، أو الابتعاد عن المنزل اضطراب الكرب الناتج عن الصدمة.

إن يؤدي القلق وانشغال البال أو الأعراض الجسمية المصاحبة إلى المعاناة ملحوظة أو أن يخل بالوظائف الاجتماعية المهنية أو غيرها من الوظائف المهنية.

أن يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتعاطي مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسدي مثل زيادة النشاط للغدة الدرقية أو ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة وجدانياً أو اضطراب تشوه النمو والارتقاء.

أهم التغيرات الحاصلة في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الخاصة بالقلق:

لقد أجريت عدة تغييرات همة على الفئة التشخيصية للاضطرابات القلق في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الخاص بالجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA). والذي تضمن تعديل لعدة اضطرابات في الكثير من المحاور الجديدة، أو إعادة جمع بعض الاضطرابات، أو إضافة اضطراب جديد والتعديل في المعايير المستخدمة لبعض الاضطرابات. مثلاً أما بالنسبة لاضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة بالصدمة أو عوامل الضبط انفصلت عن اضطرابات القلق، حيث تم نقل اضطراب الوسواس القهري إلى محور منفصل والذي شكل اضطراب نفسي جديد.

بينما اضطراب الضغط التالي للصدمة (TSPT) Stress post traumatique تم نقله إلى محور جديد والذي يتضمن الضغط الحاد le stress aigu و اضطراب التوافق le trouble d ajustement.

- اضطراب القلق للطفل لم يتم وضعها في محور مستقل.
- في اضطرابات القلق تم فصل اضطراب الهلع عن الأورافوبيا، حيث يمكن لأي منهما أن يحدث لوحده.

- يهدف تميز الأورافوبيا عن الفوبيا المحددة، أضيف معيار لوضع تشخيص للأورافوبيا وهو أن تتعلق الخوفات التي يعاني منها الشخص على الأقل بوضعيتين للأورافوبيا.

- أيضاً إضافة محددة لهجمة الهلع في (DSM-5) والذي يمكن استخدامه في جميع الاضطرابات العقلية، هجمات الهلع لا تحدث فإطار اضطراب الهلع، ولكن ترتبط باضطرابات أخرى، هي متواترة ويمكن أن تكون مفيدة في التنبؤ بالباتولوجيا النفسية، الشدة، المخرج فيما يخص معايير التشخيص لكل من الأورافوبيا، الفوبيا المحددة، و اضطراب القلق الاجتماعي لا تتطلب أن يكون

الشخص أكبر من 18 سنة حتى يتم الاعتراف بأن قلقه شديدة أو غير عقلاني.
(أسماء، 2021: 175).

6. النظريات والنماذج المفسرة للقلق:

1.6 نظرية التحليل النفسي:

يعد نموذج التحليل النفسي واحد من أقدم النماذج المفسرة للقلق وأكثرها تأثيراً وقد كان لهذا النموذج تأثير هائل على الفكر الغربي والحضارة الحديثة، مساهماً في كل من المصطلحات الإكلينيكية والممارسات العلاجية. ولقد كان سيغموند فرويد مؤسس التحليل النفسي. أول من لفت الانتباه إلى الدور المحوري للقلق في الديناميات الشخصية والنظريات الارتقائية. وفي الحقيقة الأمر فإن فرويد يعتبر القلق إحدى الدعائم الأساسية في نظرية التحليل النفسي، وقد نظر إلى هذا الانفعال على أنه العرض الأساسي في الممارسة العلاجية. ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أن فرويد توصل إلى هذه النتيجة من خلال خبراته الخاصة، نظراً إلى أنه عانى بصفة شخصية من نوبات القلق، والرهاب (الخوف من القطارات) والاكنتاب. كما أنه اعتاد أيضاً تناول الكوكايين لتهدئة ما يعانیه من استثارة وتوتر.

ويرى فرويد أن القلق شعور ينشأ تلقائياً كلما طغى على النفس وابل من المثيرات الشديدة التي لا يمكن السيطرة عليها أو التخلص منها. والقلق شعور غير مريح قد يعاني منه شخص ما مما قد يدفعه إلى السعي إلى الحد من هذا الشعور أو القضاء عليه مثلما يقوم أحد الأشخاص بمحاولة تقليل الشعور بالدوافع المماثلة مثل الجوع، أو العطش، أو الألم. وفي إطار هذا السياق يعتقد فرويد أن القلق يمكن التعامل معه إذا ما كان الانزعاج الذي يتزامن معه من شأنه استثارة دافعية الأشخاص لتعلم طرق جديدة لمواجهة تحديات الحياة ومع ذلك، فإن الشعور بالقلق الشديد والمزمن في ظل عدم وجود مصدر واضح للتهديد أو الخطر أو الضرر في البيئة، يعتبر أمراً غير طبيعي بصفة عامة. وقد أشار فرويد في محاضراته التمهيدية في التحليل النفسي، إلى إنه يمكن فقط من خلال تقييم مصادر تعامل الشخص القلق معه، والتي تمثل نقاط قوة له مقارنة بحجم التهديد، يمكن للشخص أن يقرر في ضوءها ما إذا كان الهروب أو الدفاع أو حتى الهجوم هو أفضل وسيلة للتعامل مع القلق. وهذه المفاهيم تماثل بوضوح نموذج لازاروس المعرفي للضغط

والانفعالات، والذي يرى في ضوءه أن التعامل مع القلق يعد نوعا من التفاعل الدقيق بين عمليات التقييم الأولية (درجة التهديد) والثانوية (توافر مصادر التعامل).

2.6 النظرية السلوكية:

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً على العملية التعلم يؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلمه السوي.

ويركز الأوائل من السلوكيون أمثال "واطسون" على أن العمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف والقلق ويصبح الخوف والقلق يلاحظ أن المثيرات المتشابهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها، والأكثر شبيهاً بها هب الأكثر إثارة للقلق أو الخوف.

وقد استفاد الباحثون من تجارب "بافلوف" واستنتجوا من مجال التعلم، كذلك يعرف القلق في التصور السلوكي بأنه دافع للتوافق بما أننا نجده كخبرة غير سارة، حيث ينظر إلى أي خفض للقلق على أنه هدف له أهمية، كما أننا نجد أن القلق يصبح مثيراً ليمكانيزمات متعددة التوافق.

ومع التطور إلى مفهوم القلق وفقاً للتصور في المدرسة السلوكية، حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج كعوامل بسيطة بين المثير والاستجابة

القلق لدي "دولار ميلر" يعتبر دافعا مكتسباً أو قابلاً للاكتساب، ونظراً إليه كنتيجة لتوقع الألم الذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب آخر، ويحدث القلق نتيجة الصراع بكافة أشكاله.

ومن الواضح أن القلق في النظرية السلوكية يقوم بعمل مزدوج، فهو دافع من ناحية ومصدر للتعزيز من الناحية الأخرى، ومن الممكن تلخيص وجهة نظر السلوكيون في القلق بأنه استجابة اكتساب نتيجة اقتران المثير المحايد بمثير، وقد غاب الكثيرون على هذه النظرية لتركزها المبالغ فيه على التعلم والمحددات البيئية وأهمها للعوامل البيولوجية. (كواممكتري. 2013: 135)

3.6 النظرية المعرفية:

الفكرة الأساسية للنماذج المعرفية للقلق، هي أن المشاعر عبارة عن تعبيرات عن التفكير (ليست بالضرورة التفكير الشعوري). ومن الآراء المقبولة بشكل كبير حول النظرية المعرفية

الانفعال هي أن الانفعالات تعكس التقييمات الخاصة بالدلالة الشخصية للمثيرات والأحداث. ومن الدراسات الكلاسيكية المهمة في هذا الجانب تلك التي قام بها ريتشارد لازاروس فقد كان لديه مشاركون يشاهدون فيلماً مروعا حول أحد الطقوس القبلية التي تنطوي على تشويه الجسد (وسوف ننأى بقرائنا، وخصوصا الذكور عن تلك التفاصيل البشعة). وعالج التقييم من خلال طرح مجموعة من الموضوعات ذات توجهات مختلفة لمضمون الفيلم. وتبين أن التعليمات التي ركزت على الإنكار والانفصال العقلي عن خبرة الألم لدى الأبطال، لم تضعف فقط من محنة الموضوع داخل المشاهد، بل أيضا أضعفت العلامات الفسيولوجية للقلق مثل توصيل الجلد.

وبصورة عامة، ينتج القلق من خلال تقييم الأحداث التي تمثل تهديدات شخصية فيما ذهب واضعو نظرية التقييم إلى ما وراء هذا الرأي الشائع لتحديد معالجة المعلومات بمزيد من التفصيل، والتي من شأنها تدعيم التقييم المعرفي، على سبيل المثال الشك بشأن التهديد بمنزلة العملية المحورية للتقييم. وأيضا تفترض نظرية "شيرر" أن المستويات المتعددة للتقييم تعمل بالتوازي، وتتراوح ما بين تحليل مثيرات المستوى الأدنى من خلال الدوائر العصبية التي تستجيب للتهديدات "البيولوجية". وتجدر الإشارة إلى أن النماذج المعرفية لا تنكر أهمية عمليات المخ، على الرغم من أنها تفترض أن العمل مع عمليات المعالجة {الافتراضية} للمعلومات بالعقل أكثر غنى بالمعلومات المفيدة من العمل مباشرة مع العوامل الفسيولوجية العصبية. والفكرة مشابهة لفكرة فهم أحد تطبيقات الحاسوب، مثل معالج الكلمات.

وتتجاوز النماذج المعرفية الحالية تحديد انفعال القلق من خلال عمليات التقييم إلى الدينامية المعرفية. حيث أن القلق لا يعد كنافذة تفتح فجأة لفترة وجيزة من الشعور قبل أن تغلق مرة أخرى، وبدلاً من ذلك يوجد تسلسل داخلي لمعالجة التوجه نحو تحقيق أهداف شخصية والتي من خلالها لا يمثل تقييم التهديد سوى جزء محدود. بينما تتضمن الديناميات الخارجية كيفية إثارة القلق في السياق تفاعلات الشخص مع العالم الخارجي. وذلك لأن الضغوط الخارجية تتطلب من المرء إيجاد طرق للتعامل مع الأحداث التي قد تغير من طبيعة هذه الضغوط (والحد منها إذا تُعومل معها بصورة فعالة) وقد يفسر القلق أحد أساليب التفاعل بين الشخص والبيئة الخارجية. موضحاً شعور

الفرد بالارتباك نتيجة الأحداث الجارية، والشك في شأن أفضل إستراتيجية يمكن إتباعها للتعامل مع الأحداث. (موشي، 2016: 130)

4.6 النظرية الإنسانية:

يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر بهمن أحداث تهدد وجود الإنسان أو كيانه الشخصي، والقلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث، والقلق ليس ناتجا عن ماضي الفرد ويرى هؤلاء إن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وان الموت قد يحدث في أي لحظة توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان مختلفة في بنیان نظرية العلاج النفسي المتمركز حول العميل لكارل روجرز "Rojers" فتحدث عنه أثناء شرحه لقابلية التعرض للتهديد أو الحساسية وأثناء حديثه عن كيفية تحريف أو إنكار الخبرات المؤلمة وأثناء حديثه عن تشكيل الاضطراب النفسي وذلك في مؤلفاته العلاج المتمركز حول العميل وكيف تصبح شخصا وبداية فإنه ينظر إلى القلق كأحد الأبعاد الأساسية التي تشكل في مجموعتها رؤيته لتوتر إذا إن التوتر الذي ينتاب الكائن الحي يتضمن ثلاث أنواع من التوتر هي:

- التوتر الفسيولوجي
- عدم الارتياح النفسي
- القلق

ويقسم Rojers الانفعالات إلى قسمين أساسيين هما:

1- المشاعر المؤلمة أو المقلقة: تميل تلك المجموعة من المشاعر إلى مصاحبة الجهود وإشباع الحاجة.

2- المشاعر الهادئة أو السارة: وتميل تلك المجموعة إلى مصاحبة إشباع الحاجة أو الخبرة السارة لذلك نرى أن المجموعة الأولى من المشاعر لها تأثير على تركيز السلوك نحو الهدف فالخوف مثلا يثير الكائن الحي باتجاه الهروب من الخطر، في حين تركز الغيرة والمنافسة الجهود للتفوق على الآخرين، فالخوف مثلا يثير الكائن الحي باتجاه الهروب من الخطر، في حين تركز الغيرة والمنافسة الجهود على الآخرين، تختلف حدة هذه الانفعالات وفقا لمدي ارتباطها بالمحافظة على

الذات وتحقيق النمو كما يدركها الفرد إن نشوء القلق لا يشترط بالضرورة الحتمية الوعي الكامل ويوضح "ROJERS" بالتناقض بين الذات والخبرة، وغنما قيم انبعائه ولو بأدنى درجة من الوعي. (إبراهيم، 1991: 41)

5.6 نموذج التعلم المفسر للقلق:

ينطوي التعلم الإنساني على تغيرات طويلة المدى في المعرفة أو السلوك بسبب الخبرات البيئية. ووفقا لنظريات التعلم يُنظر إلى القلق بصورة أفضل من خلال فهم ميول الاستجابة السلوكية المكتسبة كنتيجة لخبرات الشخص المتراكمة مع التهديدات البيئية على مر الزمن. ويبدو من المعقول أن الشخص ربما يتعلم من سلسلة الخبرات المؤسفة التي تشمل مجموعة من الأماكن والأشخاص والأحداث، التي تمثل له تهديدا وتجعله أكثر عرضة لاستجابات القلق. وقد تكون المبادئ العملية ونماذج التعلم الإنساني مفيدة في الوقوف، جزئيا على اكتساب الفرد لسلوكيات القلق في استجابته لبعض المثيرات البيئية. وفيما يلي يجري استعراضا من نظرية التعلم الكلاسيكية ودور النمذجة في التعلم الاجتماعي - المعرفي.

التشريط الكلاسيكي لسلوكيات القلق: قد تكون مبادئ التعلم الكلاسيكية مسئولة عن كل من اكتساب الأولى لاستجابات القلق لبعض الهاديات أو المثيرات فضلا عن استمرار هذه الاستجابات بمرور الوقت. ويعد جوهر نماذج نظرية تعلم القلق هو أن القلق والخوف يكتسبان من خلال التشريط أو عمليات التعلم الأخرى، وهو مؤدي بدوره إلى تولد سلوكيات الهروب أو التجنب. ويستمر القلق أو الخوف بصورة جزئية أنهمها قد نجحا على الأقل في توجيه سلوكيات الهروب والتجنب، والتي يليها انخفاض جوهري في معدل القلق أو الخوف، مثل تلك الأفكار ذات تاريخ الطويل ومثمر في علم النفس.

وتبدوا النمذجة بمنزلة آلية واعدة لفهم العلاقات الشخصية والسلوكيات الخاصة بالفرد وعلاقتها بتكوين استعدادات وردود أفعال تتسم بالقلق في السلوكيات الاجتماعية. ففي بعض الأوقات قد تواجه كل أسرة تهديدات وأخطارا، فهل يظهر الآباء بالنموذج الهادئ القادر على حل المشكلات في مواجهة التهديد، أم يبدو مرتكبين ومرتعشين، يظهر الخوف عليهم جليا؟ ولقد أكدت نتائج الأبحاث الدور المهم الذي يمكن أن تؤديه الملاحظة المباشرة والنمذجة السلوكيات للنماذج الإنسانية

المهمة في تعلم الاستجابات الاجتماعية والوجدانية وفي واقع الأمر يمكن تحقيق قدر كبير من التعلم الاجتماعي من خلال التعرض لنماذج الحياة الواقعية التي تؤدي، عن قصد أو غير قصد، إلى أنماط السلوكيات التي يحتذي بها ويقلدها الآخرون. وتفترض نظرية بانديرا أن إحساس الطفل بالفاعلية الذاتية يستمد من النمذجة، فضلا عن الخبرات المباشرة في السياقات العصبية. كما إن الفاعلية الذاتية تمثل مكونا مهما في البناء المعرفي الذي يشكل استجابات الطفل تجاه المواقف الصعبة. ويعزز اتجاه حيال ما يمكن له أدائه.

وبالمثل فإن أنماط الاستجابات الانفعالية المعقدة، مثل استجابات القلق المرتفعة في حالات الخطر الجسدي أو المواقف الاجتماعية التي تشكل تهديدا، يمكن اكتسابها من خلال الملاحظة والاهتمام بالانزعاج من النماذج ذات الصلة (سواء حقيقة أو رمزية) التي تخضع للتحديات الفيزيائية أو مواجهة التقييم. (موشي، 2010: 117-119)

ومن خلال ما تم عرضه من النماذج التفسيرية للقلق تبنت الباحثتان النموذج السلوكي المعرفي لتفسير النتائج كونه يتوافق مع موضوع الدراسة.

7. علاج القلق:

هناك العديد من الطرق والأساليب المفيدة في العلاج القلق بمختلف أشكاله منها:

1.7 العلاج الكيميائي: يستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض أدوية مهدئة ومنومة حتى يرتاح جسميا ومن ثم يتم البدء بالعلاج النفسي، ومن الأدوية التي يمكن إعطائها للمريض في حالة التوتر الشديد والقلق مجموعة البنزوديازيبين مثل "الفاليوم وأتيفان وزان اكس وترانكسين" وهي مستقبلات الجايا مما يعطي إحساس بالهدوء والراحة والاسترخاء. وكذلك يعطي في حالات القلق مضادات الاكتئاب مثل "بارنيت وتوفرانيل وأنفرنيل وبروزاك ولسترال" وهي تعمل على زيادة نسبة الموصلات العصبية في المشتبكات العصبية. (عكاشة، 2003: 149).

2.7 العلاج التحليلي:

يري فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملة متداولة تبدل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت، ويهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج

اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور، لكي يعيه الفرد ويتعامل معه، ولجأ فرويد إلى طريقة التداعي بغية إعادة الذكريات المعذبة إلى الساحة الشعور، وبالتالي الوصول إلى الشفاء.

(مصطفى، خليل. 2007)

3.7 العلاج المعرفي السلوكي:

والعلاج المعرفي السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج، يشمل وسائل مختلفة، إذا تقوم الافتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية وطرائق العلاج. إنما تحاول أن تعكس العملية، فهي بالتالي وسائل تمحو التعلم أو تعيد تعلم استجابات تكون أقرب إلى الاستجابات السوية ومن أشهر هذه الأساليب ما يلي:

- **أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية:** فالقلق لا يمكن عزله عن الطريقة التي يفكر بها الشخص وعما يحمله عن نفسه، وعن المواقف التي يتفاعل معها من معتقدات، ولهذا نجد أن إيليسوبيك يشيران إلى أن القلق العصابي أو ما يعرف باضطراب القلق، يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص في نفيه وفي الخارج، وليس بالضرورة الخصائص خارجية مهددة.

ولعلاج التفكير الذي يتميز عادة بالبالغة وتوقع الخطر ولإثنيار والكوارث، يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية في الموقف وفي نفسه وفي إمكانياته.

- **تعديل الحوار الداخلي:** يقترح ماكينبوم أن من انجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامي للشخص في حالات القلق، إلى أن ينتبه إلى أفكاره التي يرددها بينه وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد، حيث يعتبر ماكينبوم أن القلق الذي ينتابنا يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا، وما نقتنع به ذواتنا من أخطار وكوارث، ولهذا يقترح منهاجا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه. (أسماء، 2021: 202)

- **إزالة الحساسية بطريقة منظمة:** إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصاحبها الاسترخاء العميق للعضلات، وتكون المواجهة أولا في الخيال، ثم في الواقع فيما بعد، أي أنها عملية منطقية لطيفة ومنظمة، ولكنها بطيئة وتتطلب خبير مدريا على استخدامها.

- **العلاج بالتعريض أو المواجهة:** أصبح شعار العلاج بالتعريض أو المواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه، حيث لاحظ بعض الباحثين أن المواجهة

المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل من الأعراض، ولكن العيب الوحيد أن المرضى في بعض الحالات لا يستطيعون التعاون. والعلاج النفسي هنا يعمل على مساعدة المرضى على تناول ضغوط البيئة، أو التعامل معها، ويتضمن هذا الأسلوب ثلاث خطوات هامة هي:

• **الاستماع:** مرض القلق موضوع يمكن بحثه، ولكن لكل مصاب به فريدته و نوعه الخاص من المرض.

• **توضيح المشكلة:** وفي غضون الاستماع للمريض تظهر المشكلات التي تواجهه بصورة أوضح وهناك أحيانا ضغوط تؤدي إلى تنشيط الاستعداد البيولوجي للمريض.

• **تأييد التغييرات:** وبعد أن يتم اتضاح المشكلات تصبح الحلول أكثر جلاء ووضوحا ويستدعي أفضل الحلول عادة في إجراء تغييرات في أسلوب الحياة و علاقتها أو اتجاهاتها، ولما كان كل فرد هو أحسن من يعرف ظروفه الفريدة والضغوط التي يتعرض لها، نجده في آخر الأمر الوحيد الذي يستطيع اختيار أفضل الحلول في الميزان المناسب له.

- **المحو أو الإطفاء:** ويشمل المحو على تقليل السلوك تدريجيا من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي، والإطفاء واضحا وبسيطا نظريا إلا أن تطبيقه صعب للغاية فهو لا يقلل الأعراض السلوكية، إلا إذا تم تحديد جميع المعززات ذات العلاقة وذلك هدف ليس من السهل تحقيقه في كثير من الأحيان. (مصطفى خليل، 2007: 270-271).

8. قياس القلق:

لقد احتاج المعالجون النفسانيون إلى أدوات تساعدهم في التعرف على وجود القلق ودرجته لدى المرضى، لذا جاءت محاولات عديدة في حركة قياس القلق، وكانت البداية مع مقياس الذي أعدته "جانيت تايلور" (مقياس تايلور لقلق الصريح، 1951) ثم نشطت بعد ذلك البحوث والدراسات حول القلق إذ أحصى "سبينجر" 1500 بحث ومقال وكتاب نشرت ما بين 1950 و1963 وأخرى ما بين 1970 و1974 مما يدل على أن النشاط العلمي حول الظاهر قائم وبشكل دعوب.

وأعد كاتل مقياس مقياس تعرض لانتقادات كثيرة ثم اعد (سبيلجر) مقياسا آخر لحالة القلق انتقده "كاتل" ليعد "سبيلجر وآخرون" مقياسا للحالة و"سمة القلق" تزخر حاليا بمكتبة القياس النفسي بكم هائل من الأدوات القياس (فرج، 2009: ص156)

1.8 مقياس القلق العام لكاتل: وضع "كاتل" مقياسا لقلق العام، ونقلته إلى اللغة العربية (سمية احمد فهمي)، ويمكن على جميع المستويات التعليمية، ويمكن تطبيقه فرديا وجماعيا، ويتكون المقياس من (40) سؤالا. (فاروق، 2001: 62)

2.8 مقياس قلق الاختبار: أعدده (شارلز سبيلجر) ونقله إلى العربية (نبيل الزهار)، وتعد هذه القائمة مقياسا نفسيا لتقييم الذات اعد لقياس الفروق الفردية في قلق الاختبار باعتباره موقفا محددًا لسمة الشخصية يحتوي على (20) عبارة لكل عبارة (4) اختبارات، يختار منها المفحوص ما يناسبه، يحتوي الاختبار على عاملين هما: الاضطراب والانفعالية باعتبارها المكونين الرئيسيين لهذا القلق.

3.8 مقياس القلق الاجتماعي: قدم (ليري، 1983) مقياس القلق الاجتماعي، والذي يتكون من (27) عبارة لكل منها سبعة بدائل. نقل إلى العربية من قبل (محمد السيد عبد الرحمان، 1994) و(توفيق الرشيدى 1997)

4.8 مقياس قلق الموت لـ: فاروق عثمان (1993) هو احدث مقياس لقلق الموت ويتكون من (15) مفردة تمت صياغتها بطريقة استفهامية، ليجب عنها ب "نعم" أو "لا" (فاروق، 2001: 74) لقد وتم اختيار مقياس القلق تايلور في هذه الدراسة.

خلاصة:

نستخلص مما سبق إن اضطراب القلق ذا أهمية بالغة، فهو يعيق حياة الكثير من الأفراد الذين لم يعالجوا أعراض هذا القلق ولم يخضعوا للعلاج المناسب قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية أخرى. لذا اتجهت نحوه مختلف أنصار الباحثين والمختصين لتفصيل وإعطاء مختلف التفسير وطرق الكشف عنه، وتقديم علاجات وحلول لهذا الاضطراب من أجل تخفيف من شدة أعراضه والواقع من مستوى الصحة النفسية للحالات التي تعاني منه.

الفصل الثالث: بطء التعلم

تمهيد

1. تعريف بطء التعلم
 2. أسباب بطئ التعلم
 3. خصائص أطفال بطء التعلم
 4. تشخيص البطيء التعلم
 5. أساليب المتبعة في تعليم بطيء التعلم
- خلاصة

تمهيد:

بطء التعلم من الموضوعات متعددة الأبعاد، ويحتوي جميع الجوانب العقلية الانفعالية والاجتماعية مما يؤدي إلى ظهور مشكلات كثيرة في المواقف الحياة بشكل عام وتعد عملية تشخيص بطء التعلم من أهم الخطوات لمساعدة التلاميذ الذين يعانون منه. لأنها تساعد على الكشف المبكر مما يساعد على تجاوز هذه المشكلات.

1. تعريف بطء التعلم:

تعريف اللجنة العلمية الوطنية للتربية الخاصة:الطفل بطيء التعلم بأنه طفل اعتيادي في إطاره العام إلا أنه يجد صعوبة لسبب أو لآخر في الوصول إلى مستوى التعليمي الذي يصل إليه زملاؤه الأسوياء في المعدل، ولا يصنف ضمن فئة المتخلفين عقليين. أما كيرك فيرى أن بطؤوا التعلم يظهر عليهم بطئ في تعلم المهارات الأكاديمية، والحركية، وهو قادر على التحصيل والنجاح الأكاديمي و لكن بمعدل أدنى من الأطفال العاديين (نائر، 2005:252)

عرفه أدلر (1972) بأنه الطفل له قدرة كافية ليستمر في الدراسة بالفصول العادية ونسبة تحصيله حوالي 30% من نسبة تحصيل أقرانه وفق اختبارات التحصيل، وأن الحالة بطئ تقترن بسمة عقلية موروثية أو ناتجة عن عوامل بيئية.

وعرفه برنان (1974) التلميذ بطيء التعلم لأنه ذلك الطفل الذي يقل عمره العقلي عن عمره الزمني بمقدار عامين.(بوبر 2020:ص 350)

عرفه علام بأنه اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات الأكاديمية الأساسية المتضمنة عجز التلاميذ في القدرات التعلم والكتابة التعبيرية ومعرفة القراءة والكتابة ويكون أداؤهم الأكاديمي أقل بدرجة كبيرة مما هو متوقع في ضوء قدراتهم العقلية

عرفه "الزيات" بأنه صعوبات في الأداء المدرسي الأكاديمي التي تتمثل في الصعوبات المتعلقة بالقراءة والكتابة والتهجي والتعبير الكتابي والحساب.(هدى، حمزة، 2019: 452)

بطء التعلم: هو ضعف عام في القدرة العقلية للتلميذ لا يصل إلى درجة التخلف العقلي وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة (الفئة الحدية) بين 70_85 مع انخفاض واضح في التحصيل الدراسي في جميع المواد الدراسية. (نبيل وآخرون، 2000: 12)

2. أسباب بطء التعلم:

هناك أسباب عديدة يمكن أن تجعل الطفل يختلف عن أقرانه وإذا ما اقترنت هذه العوامل مع أي شيء يمكن أن يؤدي إلى بطء التعلم وهذه الأسباب متعددة وهي:

1.2 أسباب جسدية: حيث أن بعض الأطفال يكون لديهم بطء في التعلم ناتج عن تعرضهم للأمراض المعدية وهذا بدوره يؤدي إلى كثرة غيابهم وعدم استيعابهم للدروس مما يؤثر على تحصيلهم نتيجة لعدم مواكبة الأطفال الآخرين ضمن الصف الواحد.

2.2 المستوى الثقافي: أن للثقافة الوالدين أثر كبير في التنشئة الأطفال وفي روائيتهم لأنفسهم فالوالدان يكونان على درجة عالية من الثقافة والتعليم هما أكثر تقديراً لحاجات الطفل النفسية والاجتماعية والذهنية فهما غالباً ما يتعاملان مع أبنائهم تعاملًا سليماً وفق الأسلوب العلمي الموضوعي بعيداً عن العشوائية والتجريب وبالمقابل فإن الوالدين الأقل ثقافة وتعليماً قد لا يتسم أسلوب تعاملهما مع أبنائهم بالعلمية والموضوعية وقد يغلب في تعاملهم أساليب الإهمال والقسوة أو السيطرة والعقاب، وبالتالي يكون أبنائهم عرضة لسوء التكيف مقارنة مع الأطفال من ذات أسر مستوى ثقافي عالٍ وبالتالي يؤدي إلى بطء التعلم

3.2 العوامل العقلية: تتمثل هذه العوامل بضعف التوافق في القدرات العقلية المعرفية كالتذكر والانتباه والتميز والتكامل الحسي إذ أن التلاميذ يكتسبون مهارات معرفية مختلفة وعديدة نتيجة لتفاعلهم مع البيئة وتزداد نسبة التعلم إذا كان هنالك تلاميذ بنفس العمر حيث أن التلميذ يواجه صعوبة في العمليات العقلية المعرفية لا يستطيع تعلم مثل هذه المهارات والمعارف بصورة مرضية وسوية، فالتلميذ الاعتيادي الذي يكتسب ويتفاعل مع البيئة ينقل ما يراه ويسمعه ويلمسه من خبرة إلى لبيئة مرة أخرى فإذا كان التلميذ يواجه صعوبة بنقل تلك الخبرة عن طريق حواسه المعروفة، فإن ذلك يعطي مؤشراً على أن التلميذ يواجه مشكلة بقدرته على التفاعل مع البيئة المحيطة به بسبب ضعف الانتباه والتركيز. ونتيجة لذلك تصبح خبرة التلميذ قليلة ويبدأ بمواجهة صعوبات تعلم في بعض الخبرات وبصورة خاصة المهارات الأكاديمية التي تسبب بقلّة استيعاب المواد الدراسية لأن تلك المهارة تحتاج إلى الانتباه والتميز بين المواد وقد يتعدى الضرر إلى اللغة المنطوقة وصعوبة فهمها أثناء عملية التخاطب .

4.2 العوامل الاجتماعية والبيئية: لقد أكدت الدراسات إن أغلب بطيء التعلم كانت خليفاتهم الثقافية والاقتصادية الأسرية فقيرة إذ أن الانخفاض الشديد للمستوى الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي للوالدين وكبر حجم الأسرة والظروف الاقتصادية والقلق على التحصيل

وارتفاع مستوى الطموح بما لا يتناسب مع القدرات التلميذ أو الأمبالاة وعدم الاهتمام بالتحصيل كل هذا يؤثر بشكل مباشر وأساسي في القدرة التلميذ على التعلم حيث أن التلميذ بطئ التعلم قد لا يختلط بوالديه لتعلم بعض الخبرات وحل المشكلات اليومية كما أن ضيق المكان قد يشجع التلميذ على الكلام وإجباره على السكوت.

5.2 العوامل الانفعالية: يواجه التلاميذ مشكلات انفعالية في مرحلة ما في دراستهم ويعاني بطيؤ التعلم من هذه المشكلات الانفعالية الخطيرة والتي تستمر طويلا والتي تعوق عملية تعلمه بدرجة كبيرة و تؤدي هذه المشكلات الانفعالية لبطيء التعلم إلى تحصيل الدراسي ضعيف وإلى علاقات ضعيفة بين الأشخاص وإلى احترام ضعيف للذات حيث أن نقص مفهوم الذات الإيجابي قد يضر بشدة النمو الاجتماعي للطفل.

6.2 الأسباب الطبية: قد تؤدي المشاكل الصحية التي يعاني منها الطفل بطء التعلم فمشاكل القلب والأعضاء والتنفس قد تجد دافعية المتعلم للتعلم ويكون غير مهياً نفسياً وصحياً للتعلم. وكذلك الأمراض وخصوصاً المزمنة منها هي معرقة لاستعداد الطفل للنهوض بقدراته حيث أن المرض المستمر يؤثر بشكل سلبي على الدافعية المتعلم نحو المشاركة والعطاء في الأنشطة والفعاليات سواء الفردية أو جماعية، وإن القصور الحسي البصر والسمع يؤثر بشكل سلبي في التعلم فالطفل الذي لا يرى بوضوح لا يتعلم بوضوح. وأن القصور الحسي في أي سنة عمرية في مرحلة الطفولة سوف يكون صعباً تعويضه في السنوات لاحقة لأنها الأساس الذي يعتمد عليه البناء المستقبلي.

7.2 المشكلات النفسية: أن هذه المشكلات تؤدي إلى عدم مجارات الطفل لزملائه داخل الصف تحصيلاً نتيجة لبعض المواقف السيكولوجية التي تعرض لها و هذا بدوره يؤثر عليه سلباً فتمثل ذلك بالخوف القلق والخجل والانطواء والتردد في الإجابة خوفاً من استهزاء الآخرين.

8.2 أسلوب المعلمين: يتمثل ذلك بطريقة التدريس وربما يؤدي ذلك إلى عدم إيصال المعلومات إلى التلاميذ بالشكل الصحيح مما يؤثر على التلاميذ ويوصلهم إلى الملل، وكذلك عدم استخدام المعلمين التعزيز داخل غرفة مما يؤثر سلباً على انتباه التلاميذ. (عامر، احمد، 2018: 539 .

3. خصائص أطفال بطء التعلم:

1.3 الخصائص الجسمية: يظهر بين الأطفال بطيء التعلم تباين كبير إذا ما قرنا في نموهم الجسدي بالأطفال العاديين، فإذا قمنا بهذه المقارنة في فترة من فترات عمرهم، نجد أن معدل النمو لدى الأطفال بطيء التعلم أقل في تقدمه بالنسبة لمتوسط معدل نمو الأطفال العاديين، أن الطفل بطيء التعلم غالبا أقل طولا وأثقل وزنا، وأقل تناسقا لكن بالدرجة التي تستدعي اتهامها زائد أو تتطلب علاجا خاصا. أما من ناحية الصحة فالأطفال بطيء التعلم كمجموعة تختلف كثيرا عن الأطفال العاديين، من حيث ضعف السمع، عيوب الكلام، سوء التغذية، مرض اللوزتين وعيوب الأبصار لدى بطيء التعلم أكثر من الأطفال العاديين.

2.3 الشخصية والتكيف: يعتقد كثير من الناس أن بطء التعلم كمجموعة، ضعاف الشخصية، كما أنهم أقل تكيفا من التلاميذ العاديين، لكن لا يوجد من الأدلة ما يكفي لتأييد هذا الاعتقاد. كما توجد بعض الصفات لبطء التعلم مثل عدم الثقة بالنفس، عدم الاحترام، الاعتماد على الغير الاهتمام الزائد بالغير، لكن هذه الصفات ليست بشكل حتمي وجزم.

3.3 الكسل وعدم الانتباه وعدم التركيز: نحن نفترض كثيرا أن الأطفال بطء التعلم يتميزون بالكسل بدرجة غير عادية، وقد يقوم هذا الفرض على أسباب وجيهة، ولكن يجب أن تكون حريصين عند افتراض أن الكسل عامل أساسي لديهم. كذلك نلاحظ نقص القدرة على الانتباه بين الأطفال بطء التعلم مقارنة بالأطفال العاديين وأنه من لأنجح لعلاج عدم الانتباه والكسل هو عن طريق إعطاء الطفل موضوعات ونواحي من النشاط يكون له معنى، وهدف واضح لديه، وإزالة جميع المشتتات من حوله.

4.3 العمليات العقلية (الخصائص العقلية)

يختلف الطفل بطء التعلم بدرجة كبيرة عن أقرانه من الأطفال العاديين في السمات العقلية، خاصة في نواحي المتعلقة بالإدراك السمعي والبصري إن اختلاف بينهما لا يظهر بوضوح ولكنه يبدو جليا عند أداء التلميذ بطء التعلم لبعض النواحي، والتعريف والتمييز والتحليل. وليس من الغريب أن يحدث هذا لأن التعليل يعتمد على الذكاء، كما يعتمد على استخدام القوى العقلية في مواجهة المواقف المعقدة، كما يتطلب التعليل تحديد ومعرفة المشكلة المطلوب حلها، أن ضعف قدرة

الطفل على التعليل هو السبب في بطيء التعليم، لأن الإنسان يعتمد في حياته و تفاعله مع البيئة التي يعيش فيها بصفة أساسية على الإدراك، والتذكر، والتفكير، فهو يتناول المعلومات عن طريق الإدراك والتفكير يتناول الحقائق المدركة، فيعتمد إلى مزاجها مع مخزنته من الحقائق الأخرى.

5.3 انتقال أثر التعلم: يصعب على الطلاب بطء التعلم نقل ماتعلموه من مفاهيم و معلومات داخل غرفة الصف، أو أثناء موقف تعليمي محدد إلى مواقف تعليمية واجتماعية أخرى، أن نجاح التعلم مرتبط بمدى استخدام الطالب لما تعلمه من مفاهيم ومعلومات، وليس أو توسيع نطاق معلومات بشكل مضطرة، دون التركيز على قيامه بتعميم هذه المعلومات.

أن بطء التعلم بخلاف الطالب العادي، فهو لا يتعلم شيئاً لم يتم عرضه عملية بوضوح وعناية، كذلك تكون عنده مدة ردة العقل، أو زمن الرجوع (الاستجابة) على سؤال ما أطول من زمن الرجوع عند الطالب العادي لذا يجب منحه الوقت الكافي للإجابة. (حسن، إيمان، 2014: 111-112)

4. تشخيص بطء التعلم:

هناك أدوات عديدة يمكن أن تستخدم في قياس وتشخيص التلاميذ بطيء التعلم منها:

1.4 الفحص الطبي الجسدي: يعد التشخيص الطبي ذا أهمية بالغة كخطوة أولى وضرورية، يقوم الطبيب الخاص بالأطفال من خلال دراسته لحالة الطفل الصحية والأمراض التي تعرض لها منذ الولادة، وكذا الأمراض التي تعرضت لها الأم عند الحمل وأثناء الوضع لها منذ الولادة كما يشمل الفحص حواس الطفل خاصة السمع والبصر وتشخيص الإضطرابات العصبية لأعتبرها مرتبطة بالعمليات العقلية كالذاكرة والتخيل والتركيز وإصابات الدماغ.

2.4 التشخيص التربوي: هذه المسألة في غاية الصعوبة والتعقيد، وقد لا يتوصل من خلالها إلى معرفة السبب الحقيقي للحالة، لهذا لجأت معظم الأنظمة إلى اختيار أكثر من مصدر تشخيص وأكثر من اختصاصي وأطلق عليه التشخيص المتكامل (الطبيب المختص، الطبيب النفسي، الوالدين، الأرتوفوني، المعلم...). (مهريّة، 2021: 146)

5. أساليب المتبعة في تعليم بطء التعلم:

من الأساليب المتبعة لتعليم الأطفال بطيء التعلم هي:

1.5 أسلوب تحليل المهمات: يقوم هذا الأسلوب على تحليل المهمة التعليمية إلى عدد من الخطوات الفرعية وهي:

• تحديد طرق الاتصال الإدراكية لاستقبال المهمة التعليمية، أي طريقة السمع، أو البصرية، أو الالتهان معا.

• تحديد مهمة التعليمية الاجتماعية (علاقتها بالنواحي الاجتماعية)

• تحديد طبيعة المهمة التعليمية، هل هي لفظية؟ أم غير لفظية.

هذا ويوجد أنواع كثيرة من البرامج التربوية في التدريس العلاجي هي:

أ_ برنامج تدريب على العمليات الأساسية وهي القراءة والكتابة.

ويعتمد هذا البرنامج على تعلم المهارات البصرية الحركية، والمهارات الحسية الحركية

ب_ برنامج التدريب لعدد من الحواس، وربطها معا.

ج_ برنامج تدريب الأطفال ذوي النشاط الزائد، وهذا النشاط يعتمد على تخفيض عدد المثيرات التي تؤدي إلى نشاط زائد.

د_ برنامج التدريب المعرفي: ويعتمد على تقديم نماذج تعليمية حسية للطفل الذي يعاني من

مظهر، أو أكثر في الصعوبات التعلم. وهذا البرنامج له أهمية أكثر من غيره لأنه يوظف أكثر من

حاسة في عملية التعلم

2.5 أسلوب تعديل السلوك:

المقصود بتعديل السلوك هو العملية التربوية التي من خلالها إحداث تغيير في أساليب التلاميذ

الإدراكية أو الاجتماعية أو الحركية، وذلك تعليمهم نماذج سلوكية جديدة، أو يتخلون عن بعض ما

يمتلكونه منها، أو صيانتهم وتقويتهم للبعض الآخر.

ويعتبر المعلمون أكثر الناس تأهيلا لتغيير سلوك التلاميذ. كذلك الإقران هم وسائل مساعدة

لتعديل السلوك. وأهم طرق تعديل السلوك هي طريقة الأشرطة الكلاسيكي، وطريقة الأشرطة

الإجرائي، وكذلك طريقة التقليد وملاحظة النموذج. (حسن إيمان، 2014: 128-129)

خلاصة:

لقد حاولنا في هذا الفصل التعرف بشئ من الإيجاز إلى مفهوم بطء التعلم ومؤشرات وخصائص هذه الفئة بحيث هذه الفئة تشكل نسبة لا يستهان بهامن تلاميذ المرحلة الابتدائية وهذه النسبة لا يمكن إغفالها لهذا يجب مساعدة هذه الفئة وتوفير المناهج و الأساليب المناسبة لتدريس هذه الفئة.

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

1. العلاج المعرفي السلوكي
2. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
3. سيرورة العلاج السلوكي المعرفي
4. تقنيات العلاجات السلوكية المعرفية
5. نظريات العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة

تمهيد:

تمتلك العلاجات السلوكية والمعرفية تاريخا قصيرا لكنه ثري جدا، ويعتبر العلاج النفسي من مجالات علم النفس التطبيقي. ويقوم أساسا على مساعدة الآخرين من اجل تحسين من حالاتهم والتخفيف من معاناتهم أو حل مشاكلهم نهائيا أو جزئيا. وفي هذا الفصل نقوم بتقديم تعريفات عامة للعلاجات السلوكية المعرفية وأهم أهدافه، وأيضا الأساليب التي يعتمد عليها العلاج السلوكي المعرفي وتقنيات المستخدمة فيه، وهذا العلاج يمر بمراحل عدة.

1. العلاج المعرفي السلوكي:

تعريف 01: هي تيار في ميدان العلاج النفسي، هو حاليا مهيمن في عدة بلدان خاصة البلدان الأنجلوسكسونية، ويحتل كذلك مكانة متزايدة الأهمية في بلدان أخرى، و منها فرنسا، التي مازالت فيها المقاربات التحليلية حاضرة بقوة إلى يومنا هذا. (سيريل بوفيه، 2019: 10)

تعريف 02: لقد تميز العلاج المعرفي السلوكي CBT أو CT منذ نشأته بالتأكيد على الموضوعية "الهنا والآن here-and-now"، وعلى ما يفعله المتعالج الآن المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلفة وظيفيا، اخذ بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها. فهو يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، كما يختلف عن العلاج السلوكي الذي بهمل التفكير وعالم المريض الخاص به. (صباح، 2009: 4)

تعريف 03: يشير مصطلح "معرفي" (COGNITIVE) إلى نشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر، وإدراك واستدلال وحكم ووعي للعالم الخارجي، وتداول المعلومات وتخطيط أنشطة العقل البشري...، وغير ذلك. ويشمل السلوك المعرفي على معتقدات، والتي يظل كثيرا منها خصوصية ذاتية.

فلكل منا أفكاره الثابتة ومعلوماته المخترنة التي ترشد وتحدد بنية تفكيره، وقد حدد ما يكتنباوم البيان المعرفي على أنه الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدوا أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة مشغل تنفيذي يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة ويتضمن البيان المعرفي مالا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة، مثل مهارة الاستمتاع إلى الحوار الداخلي لشخص ذاته. (وردة، 2016: 175)

تعريف 04: هو علاج يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي ويعتمد إلى تعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا، انفعاليا وسلوكيا.

ويعتمد هذا النوع من العلاج على استعمال فنيات لتعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف. (أغامدي، 2010: 21)

تعريف 05: أن مصطلح العلاج السلوكي -المعرفي عام يشمل أساليب العلاج التي تستخدم إجراءات تعديل السلوك وكذلك تستخدم إجراءات مصممة لتغيير الاعتقادات اللاتكيفية.

(حسين، 2013: 115)

2. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على جملة من المبادئ المؤطرة لفصلها، كالآتي:

المبدأ: (1) صياغة المشكلة:

يقصد بها فهم الحالة وصياغتها أو التظير الذي يحكم التدخل فيها بهدف العلاج، كما يقصد بها مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على استمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة ويتم توظيف هذه الفروض العاملة أو فهم الحالة من قبل المعالج النفسي لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي للوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم.

وينبثق نموذج الفهم والصياغة المعرفية السلوكية للحالة من أن المشكلات الأفراد واضطراباتهم الانفعالية ماهي إلا نتاج تنشيط وتفعيل المعتقدات الأساسية بواسطة أحداث الحياة المثيرة للضغط.

المبدأ (2) يؤكد العلاج المعرفي السلوكي التعاون والمشاركة الفعالة:

من المسلم به أن التعاون الأصيل بين المعالج والمريض يعد ذو أهمية حاسمة وجوهرية في علاج المعرفي السلوكي حيث أنه ينظر إلى العلاقة (المريض - معالج) بوصفها جهداً مشتركاً فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المريض بل بالأحرى أن يتحالف معه ضد مشكلته.

أن من أهمية أن ندرك أن كلا من قدم الخدمة (المعالج) ومنتلقيها (المريض) قد يتصور العلاقة العلاجية بشكل جيد مختلف، فالمريض مثلاً قد يتصور العلاج كعملية تشكيل كتلة الصلصال من طرف المعالج كلي القدرة (أي لديه القدرة على الشفاء). وللحد من هذا التصور

يتعين على كل من المريض و المعالج أن يصلا إلى اتفاق بصدد أي المشاكل تتطلب المساعدة وما هو هدف العلاج وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو العامل حاسم في تحديد نتائجه حيث أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذي يتلقاه بالفعل يؤثر تأثيرا عكسيا في نتائج المحصلة ومن جهة أخرى فإن تلقي المريض لبعض التعليم المبدئي عن الصنف العلاجي المختار يعزز من تأثير هذا العلاج .

إن الدور الأول للمعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي نشط جدا، حيث يعلم المريض بالقواعد الأساسية لهذا المدخل العلاجي ومع ذلك كلما تقدم العلاج من المتوقع أن يصبح المرضي أكثر نشاطا في العلاج وأكثر استقلالية وأكثر تأثيرا في الأحداث، فالمريض المشارك نشط ويعتبر خبير في مشكلاته العلاقة بين المعالج علاقة ودودة كما أن التواصل مباشرة ولكن الاحترام متبادل.

وبالتالي فالمعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي يشجع المريض على أن يرى العلاج على أنه عمل جماعي، فعليهما أن يقررا معا أشياء كثيرة مثل "ماذا عليهما يناقشا في كل جلسة، وكم عدد المرات التي عليهما أن يتقابلا فيها، وماذا يتوجب على المريض أن يعمل بين الجلسات كواجب منزلي..." وفي البداية يكون للمعالج دور اكبر في اقتراح التوجيهات للجلسات العلاجية وتلخيص ما تم مناقشته خلال الجلسات، وحين يصبح المريض أكثر تعودا على العلاج يساعده المعالج على أن يكون أكثر فعالية في الجلسات مقررًا أي المواضيع التي يريد مناقشتها، متعرفًا على تشوهات في تفكيره ملخصا للنقاط المهمة... الخ.

وبوجه عام يجب أن يكون المعالج حساسا لحاجات المريض، وان يتصف بالدفء والتعاون والتقبل ولن يحس إشراك المريض في حل مشكلته وهو ما يساهم في نشوء علاقة تعاونية ناجحة.

المبدأ (03) العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي في الأساس

ليس من الضروري أن يساعد المعالج مريضه على أن يحل كل مشكلة تزعجه، ولا هو من الضروري أن يتوقع كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعدا انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدما، إن هذا الصنف من التعاون العلاجي الذي فصلناه آنفا هو موصل جيد لصنف خاص من

التعلم فهو بعلم المريض أن ننمي طرائق جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات. أن المريض بمعنى ما يتعلم أن يتعلم.

في هدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعليم المريض كيف يكون معالجا لنفسه ويركز على تجنب الانتكاسات، فخلال الجلسات يعلم المعالج المريض طبيعة ومسار مرضه وعملية العلاج وعن النموذج المعرفي (أي كيف تؤثر أفكاره في مشاعره وسلوكه)، ولا يكتفي فقط بتعليمه كيف يتعرف ويمتحن أفكاره ومعتقداته المشوهة وأن يخطط لتغيير سلوكه ولكنه أيضا يعلمه كيف يفعل ذلك، فهو يشجع المريض في كل جلسة أن يسجل (كتابة) النقاط المهمة التي تعلمها وبذلك يمكنه الاستفادة من فهمه الجديد في الأسابيع التالية وكذلك بعد نهاية علاجه.

المبدأ (4): العلاج المعرفي السلوكي ذو هادف واضح ومتمركز حول مشكلة ما

1. بشكل عام فإن أي شخص يطلب العلاج فهو يطلب التغيير بطريقة ما، وهذا سوف يتعاون المعالج معه للوقوف على التغييرات الملائمة ذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات المريض وسوف يتم بناء على ذلك وبشكل تعاوني أيضا تحديد الأهداف وتقريرها و كذلك تحديد المهام الضرورية التي من شأنها أن تحقق تلك الأهداف، وفي بعض الأحيان قد يريد المريض تحقيق هدف يكون عائقا في سبيل التحسن احد المرضى أهدافا تتسابق مع معتقداته غير الواقعية كأنه يجب أن يكون ممتازا في كل شيء وبكل الطرق وفي كل الأوقات، وفي هذه الحالة يناقش المعالج ذلك بصراحة مع المريض ويوضح له أنه لا يكون العلاج ملائما إلا في حالة وجود أهداف مناسبة وواقعية وهنا فقط يكون العلاج مفيدا فالعلاج المعرفي السلوكي هو علاج محدد الهدف.

(أسماء، 2020: 174-178)

المبدأ (05): يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر

تميز العلاج المعرفي السلوكي منذ نشأته بتأكيد موضوع "الها هنا والان"، وعلى ما يفعله متعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلفة وظيفيا أخذ بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والتاريخ المرضي لا يرتكز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة

مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها، فهو يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في الذكريات الطفولة وعالم اللاشعور.

ولذلك يميل المعالج في العلاج المعرفي السلوكي بصفة عامة إلي بدء العلاج بفحص المشاكل الحالية ويتحول التركيز على الماضي في حالات ثلاث: حينما يعبر المريض عن نزوع شديد لذلك، وحينما لا يعطي التركيز على المشاكل الحالية النتيجة المطلوبة من حيث تغيير المشاعر أو السلوك، أو حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعطلة وكيف أن هذه الأفكار تؤثر في المريض حالياً.

المبدأ (06): العلاج المعرفي السلوكي محدد بزمن

العلاج المعرفي السلوكي محدد بوقت مقارنة بعدد من النواحي العلاجية الأخرى، و يرجع ذلك إلى مباشرته وطبيعته التشاركية التعاونية والتوجه نحو الهدف.

وعادة ما يتطلب البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ما بين 15-20 جلسة تتركز في الإحالات المتوسطة الاضطراب إلى شدتها منها على جلستين أسبوعياً على الأقل لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعياً لمدة 10-15 أسبوعاً، وغالباً ما يتبع العلاج الناجح جلسات متابعة على فترات للمحافظة على نتائج التي حققت والاستمرار في دعم و تقوية متعالج، والزمن المخصص لكل جلسة علاجية 50 دقيقة تقريباً.

وتشير "جوديث بيك" انه يفضل في الجلسة الأولى أن يعطي المعالج مريضه مهماً بالمدة المتوقعة لعملية العلاج، وعادة يكون من الأفضل اقتراح مدة تتراوح بين شهر ونصف وأربعة أشهر بالنسبة إلى معظم المرضى، أما بالنسبة لبعض المرضى الآخرين خصوصاً ذوي المرض المزمن أو الذين يعانون من اضطرابات الشخصية يبقون في العلاج لمدة سنة أو أكثر.

ومعظم المرضى يستجيبون جيداً للجلسات الأسبوعية إلا إذا كانوا شديد الاكتئاب أو القلق أو لديهم أفكاره انتحارية وبحاجة إلى عناية أكثر وقبل نهاية العلاج يمكن الجلسات أن تتباعد تدريجياً حتى يمكن إعطاء فرصة للمرضى لحل مشاكلهم واتخاذ القرارات واستخدام الأدوات العلاجية بمفردهم.

المبدأ (07): أن جلسات العلاج المعرفي السلوكي مقننة

إن جلسات العميل العلاجية يتم التخطيط لها من خلال جدول أعمال ويتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل، والجدول الأعمال شكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى.

ولاستخدام جدول الأعمال عدة مميزات واضحة في سياق العلاج المعرفي السلوكي، فهو يسمح لكل من المعالج والمريض بتوظيف أمثل للوقت وبشكل أكثر كفاءة ويساهم في تأكيد أهم النقاط التي يأمل المعالج تناولها أثناء لجلسة حتى لا تترك للنهاية أو يتم نسيانها. فهو بمثابة موجه للعمل وبمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، البناء النموذجي للجلسات يتضمن النقاط الآتية:

2. فحص مزاج العميل.
3. مراجعة موجزة للفترة المنقضية بين الجلسات.
4. وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
5. وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
6. تلقي العائد والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.
7. مناقشة بنود جدول الأعمال.
8. وضع الواجب المنزلي.
9. طلب عائد في نهاية الجلسة (أسماء، 2020، 174-178)

3. سيرورة العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج السلوكي المعرفي يتبع بشكل عام دائما نفس التسلسل الذي سوف نقوم بشرحه الان:

1.3 المرحلة الأولى: التعارف

يقوم المعالج باستقبال المريض في مكتبه، ويقدم نفسه (من هو، وضعيته، خدماته...) يقدم للمريض إطار (زمن الحصص، التكلفة المادية...) وخصائص العلاج المعرفي السلوكي (علاج علمي، مركز حول المشكل، نشيط، تعاوني، وغيرها). ولا يتردد في إعطاء أمثلة ملموسة حتى

يحافظ على المريض مصغيا ومهتما. ثم يشرح كيف يسير العلاج. وبشكل خاص كيف تسير المقابلات الأولى (أولا تحديد المشكل وتشخيصه، التحقق من أن العلاج السلوكي المعرفي صالح لمعالجة المشكل، ونختم بتحديد الإستراتيجيات العلاجية) تستغرق هذه الخطوة من 5 إلى 10 دقائق. يجب إن يكون المعالج حريصا على جعل المريض طرفا فاعلا، وذلك من خلال أسئلته (هل تعرف العلاجات السلوكية المعرفية؟"، "هل ما قلته لك ينطبق على ما كنت تتوقعه؟") ومن خلال سلوكياته(الانفتاح، التقبل، الاهتمام، الاحترافية....) في الواقع، في نفس الوقت الذي يقوم فيه المعالج بتقديم المعلومات للمريض فإنه يحفز منذ البداية تكوين علاقة جيدة، ضرورة لتحقيق فعالية العلاج.أي تكوين التحالف العلاجي (أنظر الجزء المخصص للتحالف العلاجي).

2.3 المرحلة الثانية: جمع المعلومات والتشخيص

الهدف هنا مزدوج: من جهة تشكيل فكرة عامة حول وضعية المريض، ومن جهة أخرى إتباع صيرورة التشخيص الصارمة لتحديد ماهي المشاكل التي سنعالجها. الهدف أول نصل إليه بسؤال المريض حول أبعاد نفسوا_اجتماعية (العمل، العائلة، العلاقات الاجتماعية، الحياة العاطفية، الهوية ..) وأيضا بمعرفة السياق الذي تحدث فيه المشاكل، وهذا ما يسمح بتحديد العناصر المسببة للقلق(في محيط المريض) والمصادر التي يتلقى منها الدعم وأيضا العواقب الاجتماعية لهذه المشاكل. يسأل المعالج المريض أيضا حول متابعة الطبية والنفسية التي تلقاها من قبل أو يتلقاها حاليا، ويسأله أيضا عن تأثيراتها ورأيه حولها.

من المهم أيضا معرفة إذا كان المريض يتبع علاجا دوائيا حاليا، وكذلك الأمراض العضوية الحالية والسابقة والتي يمكن أن يكون لها تأثير على الصعوبات النفسية للمريض. أما الهدف الثاني (تشخيص المشاكل النفسية) يتم أيضا أبلغه عبر سؤال المريض حول الطلب أي حول ما يسبب له المشكلة، ولكن هذه الطريقة يتم تدعيمها بالوسائل التشخيصية الموضوعية المقننة علميا، والتي تسمح بالتحديد السريع للأعراض الإكلينيكية والاضطرابات

النفوس مرضية. وسائل التي التقييم الإكلينيكي متعددة ويقوم المعالج باختبار ما يقدمه للمريض وذلك على حسب الجانب الذي يريد استكشافه.

يجب على المعالج أن يكمل تشخيصه القاعدي باستكشاف دقيق للاضطراب إذ بدا له أن ذلك ضروري، مثلا بمساعدة المقابلة التشخيصية يحدد المعالج وجود اضطراب القلق المعمم. إذا بدا له أنه من الأفضل أن يعرف المزيد عن هذا الاضطراب لدى المريض، فإنه يمكن أن يقدم للمريض استبيانات خاصة لتحديد شدة القلق أو نوع الخوف الذي يهيمن على المريض.

نوه أيضا بأن هذا التقييم الإكلينيكي يمثل خط بداية العلاج، بمعنى قياس الحالة الابتدائية للمريض بحيث نستخدمها لتحديد وجود تقدم أثناء العلاج.

3.3 المرحلة الثالثة: النتيجة، شرح المشاكل، تحديد الأهداف

المرحلة الثالثة تركز على نتيجة التي يقدمها المعالج للمريض حول ما فهمه عن صعوباته والمشاكل التي حددها للعلاج. أولا يمكن للمعالج أن يتطرق إلى تشخيص الإكلينيكي الذي حدده مع التوضيح للمريض معنى المصطلحات التي يستخدمها (التي لا يفهمها المريض) ويقدم له أيضا إن كان ذلك ضروريا _ معلومات إضافية عن الاضطراب المشخص.

فإن تبليغ التشخيص مباشرة للمريض في الإطار العلاجي يتطلب من جهة، أن يكون التشخيص دقيقا والمعالج متأكد منه، ومن جهة أخرى أن يكون من المناسب تبليغه بهذه الطريقة (المباشرة) لهذا المريض وفي هذا الوقت. مثلا، تبليغ تشخيص احد اضطرابات الحصر (الفوبيا نوبات الهلع، ...) لا يمثل في الغالب مشكلة، ولكن الأمر يختلف في حالة التشخيصات الثقيلة التي تتطلب متابعة طبية (مثل الاضطرابات الفصامية، واضطرابات ثنائي القطب ..).

في هذه الحالة الأخيرة، من الأفضل والأنفع العمل بالتنسيق مع الطبيب العقلي وذلك من جهة لتأكيد التشخيص ومن أخر لتسبق التدخل الطبي أولا. عندما يتم تبليغ التشخيص، يمكن للمعالج أن يقترح على المريض مواد مقرررة (خاصة، كتب المساعدة الذاتية التي هي كتب كتبها مختصون عن الاضطرابات بهدف تمكين المرضى من المساعدة أنفسهم بأنفسهم). المعلومات التي

يقدمها المعالج يجب أن تكون مضبوطة وتحمل أملا واقعيًا، غالبًا يكون المرضى مهتمين بهذه المعلومات التي تمكنهم من فهم وإدراك وجود إمكانية للحد من صعوباتهم ومشاكلهم.

بعد تبليغ التشخيص، يمكن للمعالج أن يتطرق إلى المشاكل الأخرى التي حددها، مثل الصعوبات الزوجية أو صعوبات في العمل. إن هذا الوضع أشبه ب"وضع المشاكل على الطاولة" لكي تكون واضحة ولمعرفة هل كل من المعالج و المريض متفقان عليها.

حين يتم تحديد المشكل، يجب أن يتفق المعالج والمريض حول الأهداف والوسائل التي ستستخدم، ولو بشكل تقريبي (عدد الحصص، مراحل العلاج، طبيعة التمارين المختلفة، وغيرها). إن هذا يسمى العقد العلاجي ويكون غالبًا شفهيًا، ويعتبر بمثابة تعهد معنوي. أحيانًا يكون مكتوبًا وموقعًا وهذا لتعزيز التزام المريض

4.3 المرحلة الرابعة: التحليل الوظيفي

التحليل الوظيفي للمشكل (نقوم بإجراء التحليل الوظيفي لكل مشكل على حدة، إذا كان لدينا عدة مشاكل) يسمح بتحليل المشكل (التاريخ، المدة، التكرار، الشدة، النتائج...) وتوضيح العناصر الفاعلة فيه أثناء حدوثه وخاصة، الوضعيات التي يحدث فيها، الانفعالات المرتبطة به، الأفكار والسلوكيات التي يقوم بها المريض أثناء المشكل. يتم فعل هذا عادة بالاستعانة بأنواع من الجداول والشبكات التي يستخدمها المعالجون السلوكيين المعرفيون، وتتضمن كل هذه العناصر السابقة. حيث يقوم المريض يملأها بمساعدة من المعالج. عندما ننتهي من تحديد هذه العناصر، يجب مناقشة التفاعلات القائمة بينها.

فائدة التحليل الوظيفي هي فائدة ثلاثية: تسمح للمريض بالاستبصار والوعي بعناصر مشكلته بدقة، إنها خطوة تعزز فهم المريض لمشكلته، وبالتالي تعزز قدرته على التحكم فيها. وتسمح أيضا للمعالج بالفهم الجيد للدينامية الداخلية للمشكل وتحديد كيفية حدوثه والعناصر التي تدعمه وتعمل على استمراره، وذلك من أجل تيسير أفضل للعلاج.

وأخيراً، التحليلي الوظيفي هو نقطة انطلاق العلاج، لأنه يسمح بتحديد العناصر التي سيتم العمل عليها والإستراتيجيات العلاجية، ولهذا فالتحليل الوظيفي ضروري ولا بد منه في العلاجات السلوكية المعرفية. (بوفيه، 2019: 85-92).

5.3 المرحلة الخامسة: تحديد وتطبيق الإستراتيجية العلاجية

الصيورة العلاجية تسير خطوة بخطوة، وفق التسلسل التالي: الفرضية (من الممكن أن يكون القلق الذي تشعر به مرتبطاً بشكل كبير بهذه الفكرة الإلية) منهجية للتحقق من الفرضية ("يمكننا أن نعمل على هذه الفكرة الإلية لتعرف ما إذا كانت واقعية وما إذا كان العمل عليها سيخفف من قلقك") اختبار الفرضية (تطبيق التقنية العلاجية بهدف التحقق من الفرضية) النتيجة (بعد تطبيق، ماهي شدة القلق الذي تشعر به؟ طبق هذا التمرين في المنزل ولاحظ أن كان هناك تحسن) ثم الاستخلاص (مالذي توصلت إليه؟ مارأيك فيه؟ هل يعني هذا أننا سواصل في هذا الاتجاه أم لا؟) وأيضاً تستخدم جميع الاستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية تقنيات متعددة منها التقنيات المعرفية، السلوكية، الجسدية، (الاسترخاء) والانفعالية. العلاج السلوكي المعرفي يتميز بالتفاعل حتى في تطبيقاته (تفاعل التقنيات السلوكية والمعرفية والجسدية ...) ويكون من الأفضل أحياناً أن نبدأ بالأساليب المعرفية بهدف تغيير الأفكار اللاتكيفية التي تسبب تفاقم الاضطراب.

6.3 مرحلة السادسة نهاية العلاج، تجنب الانتكاسات

إنهاء العلاج يتضمن إعادة استحضار كل ما تم القيام به خلال العلاج وتوضيح تطور المريض بكيفية تجعله يفهم جيداً وضعيته الحالية. من المهم التزام الدقة والصرامة في هذا التقييم باستخدام نفس المقاييس التي تم استخدامها في القياس الأولي وذلك لكي يدرك المريض بكل واضح مقدار تقدمه ويدرك أيضاً الجوانب التي مازالت ضعيفة وهشة. من جهة أخرى، وفي غالبية الأحيان يقترح المعالج على المريض مقابلات متابعة يكون التباعد بينها كبيراً قليلاً. لكي يتمكن كل من المعالج والمريض من معرفة ما إذا كان التحسن المحقق مستمر، ويزداد مع الزمن، أم لا ويتمكن من فهم الأسباب عدم استمرار التحسن (إذا لم يستمر). ومن الأهداف المهمة للعلاجات

السلوكية المعرفية هو منح المريض القدرة على التحكم في اضطراباته بنفسه، بمعنى منحه الوسائل اللازمة لتسيير اضطراباته بنفسه في حالة الانتكاس. (بوفيه، 2019: 85-92)

4. تقنيات العلاجات السلوكية المعرفية:

تهدف إلى تغيير السلوكيات -الأفكار - الانفعالات المختلفة والغير وظيفية، تحتوي العلاجات المعرفية السلوكية على مناهج هي في حد ذاتها سلوكية، معرفية و انفعالية.

1.4 تقنية تقليل الحساسية التدريجي: لقد استمد هذا الأجراء بناء على تجارب بافلوف (Pavlov) في الإشرط الكلاسيكي والبحوث التي أجريت للكشف عن العلاقات بين المثيرات والاستجابات الشرطية وغير الشرطية. إذ طور ولبى (Wolpe) في أواخر عام (1950) إستراتيجية تقليل الحساسية التدريجي، وذلك بهدف خفض مستوى القلق. ويعتمد هذا الأجراء على مبادئ الأشرط المضاد حيث توصل ولبى إلى أن أعراض القلق قد تتخفف أو تنتشط بدرجة جيدة عن طريق التخيل ثم يعرض المسترشد مباشرة وبشكل تدريجي لاستجابة الاسترخاء العضلي وهذه العملية تسمى بتقليل الحساسية التدريجي.

ويتم القيام بعملية تقليل الحساسية التدريجي خطوة ثالثة بعد إعداد مدرج القلق، وتدريب المريض على الاسترخاء كاستجابة مضادة لحالة القلق، وتحتاج إلى خبرة ممارسة علاجية كافية حتى يتحقق منها. وملخص هذه العملية العلاجية هو أن المعالج يضع المريض في حالة استرخاء تام ثم يقدم المثيرات الموجودة على مدرج القلق، أو يطلب من المريض تخيل هذه المثيرات حيث يضمن المعالج حيث المعالج دائماً أنه إذا قدم المثير، أو قام المريض بتخيله يكون ما يستثير من القلق أو خوف أضعف قوة من استجابة الاسترخاء التي اختارها المعالج حيث يستطيع المعالج القيام بعملية كف تدريجي للقلق الضعيف ويبدأ المعالج بأقل المثيرات شدة وينتهي بأكثرها شدة وإثارة، والمريض في حالة استرخاء. (وردة، 2016:192)

2.4 تقنية إعادة البناء الفكري:

العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي هو إعادة بناء المعرفي للمخططات المخططات عبارة عن المعتقدات الرئيسية عن العالم، والذات، والمستقبل. هذه المخططات المعرفية تحدد التقييم

المعرفي لموقف ما، أو حدث على سبيل المثال، الفتاة التي واجهت العديد من العلاقات البنشخصية غير الثابتة والضارة في الماضي من المحتمل أن تفكر في أن الشخص الذي التقى بها مؤخرًا يقضي معها بعض الوقت فقط، إن الخبرات المتكررة مثل هذه يمكن أن تعوق العلاقة، وتؤدي إلى توقع حدوث بشكل تلقائي.

في العلاج المعرفي السلوكي، يتم معالجة التقييمات اللاتكيفية على أنها فروض قد تكون صحيحة أو غير صحيحة. ولكي يستكشف المرضى صدق هذه الأفكار، فإنهم يأخذون دور الملاحظ، أو العالم، أو المستكشف، وليس دور الضحية لهذه الأفكار. ولكي تتم دراسة صدق المعارف التكيفية، فإنه يتم استخدام مصادر مختلفة للمعلومات. (هوفمان، 2012:56)

3.4 تقنية حل المشكلات:

تتضمن حل آليات حل المشكلات بعض أشكال المعلومات (مدرجات حسية *perceptual*، أو وظيفية *physiological*، أو حسية *Sensory*) مع توظيف مناسب لهذه المعلومات للوصول إلى حل مقبول.

وعند حل المشكلات يجب الأخذ بعين الاعتبار مسألة الفروق الفردية. فمنذ عام 1910، حدد جون ديوي في كتابه "كيف نفكر *How We Think*" خمسة خطوات لحل المشكلات وسنعرضها وفق الترتيب الآتي:

- _ الإدراك بوجود المشكلة (إدراك الصعوبة والإحساس بالإحباط وال فشل، أو التعجب أو الشك).
- _ تعيين المشكلة: التوضيح والتعريف، بيان الهدف الذي ننشده، في ضوء تعريفه وفق الحالة التي تمخضت عنها المشكلة.
- _ توظيف الخبرات السابقة، مثل معلومات وثيقة الصلة بالمشكلة، أو حلول سابقة، وأفكار تفيد في إنشاء فرضيات، وقضايا تتعلق بحل المشكلة.
- _ فحص الفرضيات والحلول المحتملة، على التوالي، وإعادة صياغة المشكلة إذا اقتضى الأمر ذلك.

_ تقويم واتخاذ قرار يستند إلى القرائن، ويتضمن ذلك دمج الحلول الناجحة في ضوء الفهم الحالي، وتطبيقه في مراحل أخرى من المشكلة ذاتها.

بالرغم من عدم اندراج معظم خصائص حل المشكلات ضمن الترتيب المنطقي، فإن تحليل ديوي لمعية التفكير في حل المشكلات لم يواجه أية تعديلات أو تحسينات مقترحة لغاية هذا التاريخ. (حسين، 2008 ص 65).

4.4 تقنية النمذجة:

وضع هذه التقنية العالم الكندي "ألبرت بنودرا" (A. Bandura) ويقوم هذا الأسلوب على تقليد ومحاكاة النموذج، وذلك بتعلم جديد عن طريق ملاحظة السلوك الإيجابي المعدل المعاكس للسلوك المراد تعديله، باستخدام مقاطع فيديو للنموذج الحي أو مشاهدة مسرحية أو قراءة قصة... إلخ. (بلغالم، 2017:70)

5.4 تقنية جدولة الأنشطة:

الغرض من جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي السلوكي ذو شقين: (1) لزيادة احتمال الحالة سوف تشارك في الأنشطة التي كان قد تجنبها في الحصة السابقة و (2) لإزالة احتمال أن اتخاذ القرار بوصفه عقبة في الشروع في النشاط. منذ أن تم اتخاذ القرار في مكتب الطبيب المعالج، فإن على الحالة أن تقوم بالأعمال التي قبلت القيام بها. عندما لا تنفذ الحالة الأنشطة المتفق عليها، يصبح موضوعا هاما يناقش في الحصة المقبلة، يجل على الحالة أن تكون نشطة ومسئولة عن أعمالها وذلك من أجل الوصول إلى أهداف المرجوة في العلاج.

(صبرينة، 2012: 150)

6.4 تقنية الحوار الذاتي monologue Technique :

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من الدور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل مستوى أفكارهم التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من

انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب، ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق. (العوض، 2001: 112)

7.4 تقنية المراقبة الذاتية:

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على بدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته.

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته ومن الممكن أيضاً أن نقوم بتقييم قلقه بمقياس من (الصفحة 100-100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، ومن ثم تستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تماماً، فتنزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها. (المحارب، 2000: 118)

8.4 تقنية لعب أدوار Rôle playing:

لزيادة القدرة علي توكيد الذات تستخدم العديد من فنيات علاجية مثل لعب الأدوار، والتدريب على تنطق المشاعر feeling talk أي القدرة على تحويل المشاعر الداخلية والانفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية، و تشكل السلوك بملاحظة النماذج (أي الاقتداء بالسلوك التوكيدي لدي الآخرين).

ولعب الأدوار يستخدم مع الأشخاص الذين يفتقدون إلى مناهج التعلم الاجتماعي، حيث يتم تدريب الشخص على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها، حيث يطلب المعالج من الشخص الذي يعاني من الخجل_مثلا_ أن يؤدي دورا محالفا لشخصيته أو أن يقوم بأداء دور رجل عدواني أو جريء أو انفعالي و هكذا تتعد الأدوار التي يطلب من الشخص القيام بها.

9.4 تقنية التخيل Imagery:

يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا تجددين الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة كما محدود من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي مازالت موجودة. وقد يتمكن بعض المعالجين من استخدام إجراءات التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلا أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه في حالة ماضية مزعجة أو تسبب انفعالا محددًا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي راودته، وغالبا مايرى المتعالج لا معقولية أفكاره، وهو أن يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات.

أي إن المطلوب هنا هو استرجاع خبرات الماضي المؤلمة لنضعه في صيغة الحاضر ومأل المستقبل (الها- الآن). (صباح، 2009: 13)

10.4 تقنية الاسترخاء

هي مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة بوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي الخفض من درجة التأهب والخطر، والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة. ونستعمل هذه الطريقة خاصة في الخفض من الضغط

النفسي أو القلق، ويركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي للحالة كالأسترخاء العضلي وإعادة التأهيل النفسي وكذلك تركيز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل والتصوير. وهناك عدة طرق للأسترخاء العضلي مثل الأسترخاء العضلي التصاعدي لجاكسون (Jacobson) وذلك عن طريق التقلص وارتخاء العضلي المتكرر والمتسلسل لمجموعة من العضلات وذلك عن طريق بروتوكول معد من طرف جاكسون. (بلغالم، 2017: 71)

11.4 تفتية الواجب المنزلي:

يعد الواجب المنزلي احد الأساليب الهامة التي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره من التدخلات العلاجية الأخرى، ويهدف الواجب المنزلي للمشاركة في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية، ولابد من توجيه الفرد ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة، من خلال المرور بعدة مواقف سلوكية، يقوم الفرد بأدائها كالتدريب على ممارسة الأساليب العلاجية، ولكي تساعد على أن ينقل خبراته الجديدة إلى مواقف الحياة، ولكي يقوي ويدعم أفكاره ومعتقداته الصحيحة الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية التي تتمثل في مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض ولابد من إخبار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج. (صبرينة، 2012: 175)

5. نظريات العلاج المعرفي السلوكي:

1.5 نظرية التعلم الشرطي: حيث تنظر هذه النظرية إلى السلوك على أنه استجابة لمثير معين، ويشير الاشتراط هذا إلى العملية التي يتم من خلالها تعلم السلوك المرتبط بالمثير، وعندما يكتسب العميل القدرة على كيفية الاستجابة للمثير بطريقة صحيحة، فإنه يتعلم كيف يستطيع تعديل سلوكه، مع الوضع في الاعتبار أن العميل يمكن أن يتعلم في ضوء عدد من المنبهات الشرطية وليس لمثير شرطي واحد.

2.5 نظرية التعلم الإجرائي: تعتمد على قاعدة عملية مؤداها أن أي سلوك يصدر عن الإنسان ماهو إلا مجموعة من النتائج والآثار، فإذا أردنا أن تكون نتائج هذا السلوك و آثاره إيجابية فلا بد من البحث عن مثير مرغوب فيه يؤدي إلى ذلك، ولكي نتأكد من نتائجها لابد أن يؤدي إلى النتائج

المرغوبة، مع توافر عوامل التدعيم والتعزيز الفعالة المناسبة لقوة وتأثير السلوك كالتعزيز أو مكافأة لكل ما هو مرغوب فيه من سلوكيات.

3.5 نظرية التعلم الاجتماعي: وتعتبر هذه النظرية عن حقيقة مؤداها أن التعلم الاجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلى قيام المعالج بتوجه العميل بتعليمات لفظية، وإثارة دوافعه واهتماماته الشخصية ومساعدته على التركيز الشديد لإنجاز سلوكه والقيام بهذا السلوك على أكمل وجه معبرا عن حالات التكيف مع نفسه و بيئته التي يعيش فيها.

4.5 نظريه التعلم المعرفي: وتؤكد هذه النظرية على أن العملاء يتعلمون من خلال التفكير في المواقف في ضوء إدراكهم وتفسيرهم للمواقف التي يمرون بها، وليس فقط من خلال القواعد المرتبطة بنظرية التعلم الشرطي، لذا فهي تعتمد على أربعة أسس معرفية بداية من الكفاءة وما يمتلكه العميل من مهارات وقدرات خاصة، ثم مفهوم الذات وما تحمله من اعتقادات خاصة مرتبطة بإمكانيات الشخصية وقدراتها، وكذلك القيم والاتجاهات التي يتبناها العميل من خلال تعامله مع العملاء في المواقف المختلفة، وأخيرا التوقعات الواقعية الناجمة عن تفاعل العميل مع البيئة المحيطة به وقد يشعر العميل بعدم التوافق مع هذه البيئة عندما تكون توقعاته غير عقلانية.

(احمد، 2018: 54-55)

خلاصة:

يتضح مما سبق عرضه أن التوجه المعرفي السلوكي يقوم على حقيقة مفادها أن الجانب الأكبر من الاضطرابات النفسية أساسه معرفي. ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على عدد من المبادئ والتقنيات، ويعتبر هذا العلاج علاج تعليمي في الأساس كما أنه ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما، ويركز على الحاضر، محدد بزمن وجلساته مقننة، كما تمر العملية العلاجية وفق المنحنى المعرفي السلوكي ببيروتوكول ونظام مخطط ينطلق من التشخيص والتحليل الوظيفي للعرض ثم تحديد الأهداف العلاجية ليلبها تنفيذ البرنامج العلاجي وصولاً إلى تقييم النتائج.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. المنهج المتبع:
2. الدراسة الاستطلاعية:
3. الدراسة الأساسية
4. حدود الدراسة
5. أدوات الدراسة:
6. تصميم البرنامج العلاجي:

خلاصة

تمهيد:

بناء على ما تم التطرق إليه في الجانب النظري من مصطلحات الدراسة الأساسية والتي قمنا بعرضها في الفصول السابقة وانطلاقاً من الفرضية التي تمت صياغتها للاعتماد عليها في الإجابة عن إشكالية الدراسة الحالية جاء الجانب التطبيقي من أجل الوقوف على تحقق أو عدم تحقق الفرضية، وأيضاً توصل إلى النتائج النهائية للدراسة والتي تتطلب هي الأخيرة أيضاً إجراءات منهجية للوصول إليها وصحة النتائج تتحقق وتتوافق مع الخطوات المنهجية المتبعة في ذلك بداية بالمنهج المتبع والدراسة الاستطلاعية ثم مجموعة البحث والشروط التي على ضوءها تم اختيار هذه الحالات وخصائصها وأدوات البحث المستخدم.

1. المنهج المتبع:

اعتمادنا في دراستنا على المنهج دراسة الحالة فهو المنهج المناسب لبحثنا.

2. الدراسة الاستطلاعية:

قمنا بتقريب من هذه المؤسسة بعد أخذ الترخيص من الجامعة، تحدثنا مع بعض الأساتذة الابتدائي واستفسرنا عن الحالات المراد دراستها وذلك من خلال الملاحظة المباشرة داخل الأقسام والتكلم مع التلاميذ والإطلاع على المعدلات ثم قمنا بمقابلات مع أولياء الحالات وجمعنا المعومات الكاملة عن الحالات. وهذا ما ساعدنا في التشخيص.

الهدف منها: هو تعرف على هذه الفئة وجمع معلومات عنها وتجريب أدوات الدراسة والتأكد من صحتها وأنها تخدم دراستنا

النتائج:

تقبل الحالات للدراسة الاستطلاعية وتأكد من أن هذه الفئة من الأطفال بطئ التعلم يعانون من القلق وتم تكوين تصور عام للدراسة الأساسية وتجريب أدوات البحث والتأكد من صلاحيتها للدراسة الأساسية

الجدول رقم 02: يمثل حالات الدراسة الاستطلاعية:

| الحالة | الجنس | درجة القلق | درجة الذكاء | اضطراب مصاحب |
|--------|-------|------------|-------------|--------------|
| 01 | ذكر | 29 | 75 | لا يوجد |
| 02 | ذكر | 25 | 78 | لا يوجد |
| 03 | أنثى | 27 | 80 | لا يوجد |

3. الدراسة الأساسية:

4. حدود الدراسة

الإطار المكاني:

إبتدائية بارة عبد القادر تيارت

الإطار الزمني:

شهر افريل و ماي

5 أدوات الدراسة: استخدمنا في هذه الدراسة الأدوات التالية :

1.5. المقابلة العيادية:

إنها تفاعل لفظي بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما وهو الباحث القائم بالمقابلة أن ستنثير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى الآخر وهو المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته وبصورة أكثر بساطة يمكن القول بأن المقابلة لقاء بين الباحث والمستجيب بهدف الحصول على المعلومات بصورة شفوية و تعد أداة لجمع المعلومات .(مريد، 2018 ص 85) وتعرف أيضا

2.5 المقابلة العيادية لديها (محور الالتماس ومحور العلاج النفسي) هي و نوع من المحادثة تتم بين الآخر (المريض) و النفسانيين في موقف المواجهة، بقصد التعرف على مشكلات المريض، كشف الصراعات والدلالات، تتخذ المقابلة إذن شكل الحوار وعنصر المواجهة، بحيث تفصح المجال أمام المريض لإمكانية التعبير الحر عن ذاته، وبالتالي فهم ما يعانيه من مشاكل. (وائل، قحل، 2007: 56)

وتم الاستعانة بالمقابلة العيادية من اجل جمع المعلوماتوتشخيص

محاوور المقابلة العيادية:

البيانات الشخصية

المحور الأول: الصحة النفسية والجسدية

المحور الثاني: العلاقات الأسرية والاجتماعية

المحور الثالث: الجانب الدراسي

محتوى كل محور موجود في قائمة الملاحق

3.5 الملاحظة العيادية:

هي توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك وخصائصه فهماك ظواهر لا يتمكن الباحث من دراستها عن طريق المقابلة أو الاستبانة ولا بد من اختيارها بنفسه مباشرة مثل العادات والتقاليد والاحتفالات والأعياد وغيرها حيث تتطلب هذه المواقف من الباحث أن يعيشها بنفسه بملاحظة واعية. (محمد واخروان، 2006: 254)

و كان الغرض منها مشاهدة ومراقبة سلوك الطفل وتصرفاته في القسم.

جدول رقم 03: يمثل حالات الدراسة:

| حالات | السن | الجنس | درجة الذكاء | ملاحظات عامة |
|-------|------|-------|-------------|---|
| 01 | 11 | ذكر | 81 | تدني المستوى تحصيل الدراسي ضعف عام في جميع المواد صعوبة في التذكر والتخيل |
| 02 | 10 | ذكر | 76 | تدني المستوى تحصيل الدراسي ضعف عام في جميع المواد مع ضعف الانتباه والتركيز |

4.5 مقياس تايلور للقلق: من إعداد / د.جانيت تايلور

تعريف القلق: يعرف القلق بأنه "انفعال مركب من الخوف و توقع الشر والخطر والعقاب"
نبذة عن المقياس:

مشتق من اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، ويتكون المقياس من (50) عبارة تقيس القلق الصريح.

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر.
- من بين الـ(50) عبارة هناك (10) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (3، 13، 17، 20، 22، 29، 32، 38، 48، 50).
- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة.

طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر.

والعبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.

الجدول رقم 04: يبين تصنيف درجات القلق

| | |
|-------------------|--------------|
| قلق منخفض جدا | صفر_ 17 |
| قلق منخفض (طبيعي) | 19 _ 17 |
| قلق متوسط | 24 _ 20 |
| قلق فوق متوسط | 29 _ 25 |
| قلق مرتفع | 30 _ فما فوق |

4.6 اختبار رسم الرجل:

ويعد اختبار رسم الرجل لجودا نف (Goodenough 1926) من أشهر الاختبارات التي اهتمت بقياس الذكاء لدى الأطفال، حيث يطلب من الطفل أن يرسم رجلا ثم يتم تحليل الرسم وفق لقائمة تتضمن {51} عنصرا، حيث يتم تقدير العمر العقلي ونسبة الذكاء وصف اختبار الرجل: هذا الاختبار يتطلب قلم رصاص اسود وورقة بيضاء لا تحتوي على سطور. التعليمية: "على هذه الورقة، سوف تقوم برسم رجل" ارسم أحسن رسم و خذ كل وقتك واعمل قدر المستطاع، يمكن للفاحص أن يساعد الطفل قائلًا له إنه حسن بدون التأثير عليه، لأن الاختبار يمكن إجراءه جماعيا، في هذه الحالة يجب تجنب كل الإيحاءات (الكتب في متناول الطفل، صور على الحائط.... الخ)

تصحيح الاختبار: الفاحص يستغل الوقت لا يرتكب أخطاء عن طريق استخدام برتوكول القياس. و تترجم العلامة الكلية عن طريق تحويلها إلى العمر العقلي لنحصل بعد تطبيق القاعدة على الذكاء العام (QI).

قواعد التصحيح: الفئة (أ): في هذا القسم، نرتب رسومات الرجل الغير مفهومة المعروفة أي إذا كان الرسم عبارة عن خريشة بدون هدف ينقط الرسم بصفر.

الفئة (ب): هذا النوع يضم كل الرسومات التي يمكن أن تكون معرفة محاولات تمثيل الإنساني لكل عنصر من {51}. (ديبونو، 2017: 06)

حالات الدراسة و خصائصها: اعتمدنا في دراستنا على حالتين تم اختيارهما بطريقة قصديه حسب الخصائص المطلوبة

وهي :

أن تحصل الحالتين على درجة ذكاء بين 70_85

أن يكون لدى الحالتين قلق على مقياس القلق

أن يكون سن الحالتين 10 سنوات فما فوق

5. تصميم البرنامج العلاجي:

1.5 أهمية البرنامج العلاجي المقترح:

أكدت الدراسات السابقة أن الأطفال في مراحل تدرس الأولى يعانون من قلق لأسباب عديدة، وتعتبر شائعة بين الأطفال خلال هذه المرحلة العمرية حيث هذه الاضطراب له تبعات من كل نواحي فتؤثر على الحالة النفسية للطفل وتقدمه الدراسي، كما تمس الجانب الإجتماعي للطفل ويتمثل في تجنب المواقف الاجتماعية وفشل في تكوين علاقات اجتماعية وانسحاب.

كما تمس الجانب المعرفي إذ تؤثر على مختلف القدرات المعرفية كالتهكير والذاكرة، وترسيخ اعتقادات خاطئة في ذهن الطفل، وتسبب له صعوبة في تركيز والانتباه. لهذا سلطت العديد من الدراسات اهتمامها على مختلف الأساليب العلاجية، ومن أهم الأساليب البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لأنها أثبتت فاعليتها في علاج مختلف الاضطرابات.

2.6 أهداف البرنامج العلاجي المقترح:

فهم الطفل لذاته وتقبلها

خفض القلق لدي الطفل مصاب ببطء التعلم.

3.6 خطوات إعداد البرنامج العلاجي: تشمل العملية إعداد البرنامج العلاجي على انطلاق من

الخلفية نظرية ثم وضع الأهداف الإجرائية للبرنامج، والمحتوى التطبيقي للبرنامج وتحديد

الإستراتيجيات والأساليب المتبعة في تنفيذها بعدها القيام بتقديم الجلسات العلاجية وضبط المدة

الزمنية لتطبيق البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة والإطار المكاني لتطبيق البرنامج وفي الأخير تقييم البرنامج ككل.

4.6 الأساس النظري للبرنامج:

تم الاعتماد في بناء البرنامج في شكله الأولي على الخلفية النظرية للعلاج المعرفي السلوكي عامة والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق المعمم بشكل خاص. ومن بين البرامج التي اعتمدنا عليها هو برنامج عباس أسماء (2015)، وبرنامج وردة بلحسين (2011)، بحيث أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعاليته في علاج القلق حيث يبحث عن الخلل الذي يحدث على مستوى الأفكار ويتعرف على طريقة التفكير ثم يقوم بتعديل هذا الخلل هكذا يتم تعديل السلوك من خلال تعديل الأفكار الخاطئة والمشوهة، والهدف الرئيسي للعلاج المعرفي السلوكي هو مساعدة الطفل على تحديد أكبر قدر من الاختلالات والتشوهات المعرفية ومواجهتها في الواقع، وتعليم الطفل مهارات جديدة وتغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وتعويضها بأفكار عقلانية.

5.6 الفئة المستهدفة و خصائصها:

البرنامج موجه إلى الأطفال الذين تحصلوا على درجة عالية على مقياس القلق والذين يتراوح ذكائهم بين (70-85) وتترواح أعمارهم ما بين (10-12) .

6.6 المحتوى الإجرائي للبرنامج:

يحتوي على (12) جلسة تهدف لخفض القلق لدى الأطفال بطئ التعلم و مساعدتهم على تكيف مع المحيط وذلك من خلال استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية

7.6 وسائل المستخدمة:

أقلام ملونة، قلم رصاص، أوراق، ملصقات، بطاقات،

8.6 محتوى الجلسات:

يوضح الجدول التالي محتوى جلسات البرنامج بالتفصيل وعددها ومدة كل جلسة والهدف منها والتقنيات المستعملة في كل منها كما راعينا في اختيار المحتوى الجلسات مايلي:

استخدام أسلوب بسيط، وعبارات وألفاظ واضحة تتماشى والمرحلة العمرية التي يمرون بها. مراعاة قدرة الأطفال بما يتناسب مع خصائصهم النمائية في هذه المرحلة والخاصة بهذه الفئة.

البرنامج في الشكل الأولي:

الجدول رقم 05: يبين الشكل الأولي للبرنامج

| رقم الجلسة | موضوع الجلسة | أهداف الجلسة | الفيئات المستخدمة | مدة الجلسة |
|------------|---|---|---|------------|
| 01 | التعارف وكسب الثقة والتعريف بالبرنامج | في جلسة الأولى من العلاج قمنا بشرح العلاج المعرفي السلوكي الهدف من هذا البرنامج، كسب الثقة، وأعلمها أخلاقيات والشروط العلاج، ثم نخبره أننا نريد منه مشاركتنا في برنامج علاجي معرفي. | الحوار والاستماع والمناقشة | 20د |
| 02 | التعريف بالقلق وقياسه | التعرف على مفهوم القلق و أهم مؤشرات وأعراضه وقياسه (قياس قبلي) | المحاضرة، الحوار والمناقشة التنفيس الانفعالي | 30د |
| 03 | تحديد الأفكار السلبية | التعرف على الأفكار السلبية وتوضيح للطفل أن اضطراب (القلق) الذي يعاني منه بسبب إدراكه المشوه وتفكيره الغير منطقي. | المواجهة المناقشة وإعادة البناء الفكري، مراقبة أفكار التنفيس الانفعالي الاسترخاء، الواجب المنزلي (إعادة تدريب على الاسترخاء في البيت) | 30 د |
| 04 | المواجهة التدريجية لخفض الحساسية اتجاه الموقف | نشرح للطفل تقنية المواجهة التدريجية للمواقف من المثير الأسهل إلى الأصعب وندربه على ذلك بالتدرج وتدريب الطفل على التخلص من الحساسية اتجاه مواجهة المواقف الشديدة. مراجعة الواجب المنزلي، | التعرض والمواجهة، تقليل الحساسية التدريجي، الاسترخاء الواجب المنزلي (كتابة كل ماتعلمه من الجلسة ومالم يستطيع أن يدركها) | 30د |
| 05 | تعديل الأفكار | تعديل الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار صحيحة مراجعة الواجب المنزلي. | التنفيس الانفعالي، الحوار مع النفس، التعزيز، إعادة البناء | 30د |

| | | | | |
|-----|--|---|---|----|
| | الفكري، الواجب المنزلي. (إعداد قائمة بكل الأفكار التي تستدعي القلق بمساعدة الوالدين) | | السلبية واتجاهاته ومعتقداته | |
| 30د | الاسترخاء، النمذجة، (مشاهدة فيديو تعليمي) التعزيز، التخيل، المناقشة | مناقشة المواقف التي لا يستطيع فيها المواجهة وتعليمه كيفية التغلب عليها ومواجهتها، تدريب الطفل على كيفية استدعاء تصورات إيجابية. أن يمثل في ادوار متنوعة مثلا يمثل دور المعلم، الأخصائي، وتلميذ نجيب، مراجعة الواجب المنزلي. | تعليم التخيل في مواجهة القلق | 06 |
| 30د | النمذجة، الحوار الداخلي، التعزيز الواجب المنزلي (تعلم مهارة جديدة بمساعدة احد الوالدين) | اشترك الطفل في النشاطات المدرسية الجماعية، استخدام التكرار والتمرن عمليا على المهارات والعادات المختلفة | تعلم الطفل مهارة المشاركة والاتصال | 07 |
| 30د | فنية لعب الأدوار، تدريب على المهارات الاجتماعية. الواجب المنزلي) تكرار ما تعلمه أثناء الجلسة في البيت) | مساعدة على التكيف وتعليم الطفل بعض المهارات (تقليد الأقران) المعلمة داخل المحيط الذي يعيش فيه تعليمه تجزئة المادة العلمية واستخدام مبدأ التدرج عند الحفظ والمراجعة مراجعة الواجب المنزلي | مساعدة على التكيف في الوسط المدرسي | 08 |
| 30د | حل المشكلات، النمذجة التعزيز تدريب على التعلم الذاتي. | تعليم مهارات حل المشكلات (طلب المساعدة عند صعوبة حل التمارين مثلا) مساعدة الطفل عن تعبير عن خبراته بدون خجل أو خوف، مراجعة الواجب المنزلي. | تدريب على حل المشكلات والتعبير عن المشاعر | 09 |

| | | | |
|----|--|--|---|
| 10 | مراقبة الذاتية وحل المشكلات ومواجهة المباشرة | تدريب الطفل على استراتيجيات المواجهة) تعريض الطفل مباشرة للموقف يثير القلق) الاسترخاء | 30د التأمل، الاسترخاء حوار والمناقشة التعزيز الإيجابي الواجب المنزلي. (تعرض لموقف مثير للقلق وكتابة ردة الفعل كيف كانت) |
| 11 | الوقاية من الانتكاسة | معرفة رد فعل من جلسات السابقة مناقشة مراجعة الواجب المنزلي | 30 د مراقبة الذات، جدولة النشاطات، واجب المنزلي التشجيع |
| 12 | الإنهاء والتقييم والقياس ألبعدي | مناقشة الطفل على القيام بمهارات جديدة وسلوك تشجيع على ضرورة استمرار في ماتم اكتسابه وتوظيفه | 30د المناقشة التعزيز الإيجابي، التشجيع |

الجدول رقم 06 يمثل نتائج تحكيم البرنامج العلاجي من حيث التصميم:

| الرقم | الموضوع | الحكم | | الملاحظة |
|-------|----------------|-------|-----------|--------------------------------------|
| | | موافق | غير موافق | |
| 01 | عنوان البرنامج | 04 | 00 | |
| 02 | هدف البرنامج | 04 | 00 | |
| 03 | خطوات البرنامج | 04 | 00 | |
| 04 | فنيات البرنامج | 02 | 02 | حذف بعض الفنيات وإضافة فنيات أخرى |
| 05 | مدة البرنامج | 04 | 00 | |
| 06 | مراحل البرنامج | 04 | 00 | |

الجدول رقم 07: يمثل نتائج تحكيم البرنامج من حيث المحتوى

| الملاحظة | موافقة كل مختص على مدى مناسبة الفنيات المستخدمة لما وضعت له | | موافقة المختص على مدى مناسبة إجراءات كل جلسة | | رقم الجلسة |
|---|---|-------|--|-------|------------|
| | غير موافق | موافق | غير موافق | موافق | |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 01 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 02 |
| إضافة تقنية المقابلة العيادية حذف تقنية التنفيس الانفعالي | 02 | 02 | 00 | 04 | 03 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 04 |
| تصحيح الأفكار اللاعقلانية | 00 | 04 | 01 | 03 | 05 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 06 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 07 |
| تفعيل النشاطات اللاصفية | 01 | 03 | 00 | 04 | 08 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 09 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 10 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 11 |
| | 00 | 04 | 00 | 04 | 12 |

9.5 توجيهات إضافية:

هناك قصور في تحديد الأهداف فجعلها غير إجرائية لابد من تحديدها
الجدول رقم 08: يمثل البرنامج العلاجي في صورته النهائية بعد صدق المحكمين:

| رقم الجلسة | موضوع الجلسة | أهداف الجلسة | الغيات المستخدمة | مدة الجلسة |
|------------|---------------------------------------|--|--|------------|
| 01 | التعارف وكسب الثقة والتعريف بالبرنامج | في جلسة الأولقمنا بشرح العلاج المعرفي السلوكي والهدف من هذا البرنامج، كسب الثقة واعلمه بأخلاقيات وشروط العلاج، ثم نخبره أننا نريد منه مشاركتنا في برنامج علاجي | الحوار والاستماع والمناقشة | 30 د |
| 02 | التعريف بالقلق وقياسه | التعرف على مفهوم القلق وأهم مؤشرات وأعراضه وقياسه (قياس قبلي) | المحاضرة الحوار والمناقشة | 30 د |
| 03 | تحديد الأفكار السلبية | التعرف على الأفكار السلبية وتوضيح للطفل أن اضطراب القلق الذي يعاني منه بسبب إدراكه المشوه وتفكيره الغير منطقي | المواجهة المناقشة وإعادة البناء الفكري التنفيس الانفعالي الاسترخاء الواجب المنزلي (إعادة القيام بالاسترخاء في البيت وتسجيل الأفكار عند تعرض لمشكلة أو مثير (القلق) | 30 د |

| | | | | |
|------|--|---|---|----|
| 30 د | التعرض والمواجهة، تقليل الحساسية التدريجي، لاسترخاء، الواجب المنزلي (كتابة كل ماتعلمه من الجلسة ومالم يستطيع أن يدركه) | نشرح للطفل تقنية المواجهة التدريجية للمواقف من المثير الأسهل إلى الأصعب و ندرجه على ذلك بتدرج وتدريب الطفل على التخلص من الحساسية اتجاه مواجهة المواقف (تمثل الموقف في الإملاء والصعود للسيور وتصحیح الأخطاء أمام زملاء)مراجعة الواجب المنزلي | المواجهة التدريجية لخفض الحساسية اتجاه الموقف | 04 |
| 30 د | التفيس الانفعالي، الحوار مع النفس، التعزيز إعادة البناء تشجيع الفكري الواجب المنزلي | تعديل الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار صحيحة مراجعة الواجب المنزلي. | تعديل الأفكار السلبية واتجاهاته ومعتقداته | 05 |
| 30 د | الاسترخاء النمذجة (مشاهدة فيديو تعليمي) التعزيز التشجيع التخيل المناقشة | مناقشة المواقف التي لا يستطيع فيها المواجهة وتعليمه كيفية التغلب عليها ومواجهتها، تدريب الطفل على كيفية استدعاء تصورات إيجابية، أن يمثل في ادوار متنوعة مثلا دور المعلم، الأخصائي، وتلميذ نجيب مراجعة الواجب المنزلي. | تعليم التخيل في مواجهة الفلق | 06 |
| 30 د | النمذجة الحوار الداخلي | إشراك الطفل في النشاطات | تعليم الطفل | 07 |

| | | | | |
|------|---|--|---|----|
| | التعزيز الواجب المنزلي (تعلم مهارة إلقاء والتعبير عن المشاعر أمام أفراد العائلة) | المدرسية الجماعية، استخدام التكرار (تكرار الدروس في البيت عدة مرات بشكل دوري) والتمرن عمليا على المهارات والعادات المختلفة | مهارة المشاركة والاتصال | |
| 30 د | فنية لعب الأدوار، تدريب على المهارات الاجتماعية، تفعيل النشاطات الجماعية و النشاطات اللاصفية الواجب المنزلي (تكرار ما تعمله في الجلسة) | مساعدة على التكيف وتعليم الطفل بعض المهارات (تقليد الأقران المعلمة) داخل المحيط الذي يعيش فيه تعليمه تجزئة المادة العلمية واستخدام مبدأ التدرج عند الحفظ والمراجعة (مراجعة الواجب المنزلي) | مساعدة على التكيف في الوسط المدرسي | 08 |
| 30 د | حل المشكلات، النمذجة التعزيز تدريب على التعلم الذاتي | تعليم الطفل مهارة حل المشكلات (طلب المساعدة عند وجود صعوبة في حل التمارين مثلا) مساعدة الطفل عن تعبير عن خبراته بدون خجل أو خوف مراجعة الواجب المنزلي | تدريب على حل المشكلات والتعبير عن المشاعر | 09 |
| 30 د | التأمل الاسترخاء الحوار والمناقشة التعزيز الايجابي الواجب المنزلي (تعرض لموقف يثير القلق | تدريب الطفل على استراتيجيات المواجهة (تعريض الطفل مباشرة للموقف يثير القلق) | المراقبة الذاتية وحل المشكلات والمواجهة المباشرة | 10 |
| 30 د | مراقبة الذات جدولة | معرفة رد فعل من جلسات | الوقاية من | 11 |

| | النشاطات التشجيع | السابقة مناقشة مراجعة الواجب المنزلي | الانتكاسة | |
|------|-----------------------------------|--|---------------------------------|----|
| 30 د | المناقشة التعزيز الإيجابي التشجيع | مناقشة الطفل على القيام بمهارات جديدة وسلوك تشجيع على ضرورة استمرار في ما تم اكتسابه وتوظيفه | الإنهاء والتقييم والقياس البعدي | 12 |

خلاصة:

ومن خلال هذا الفصل تم التعرف على أهم أدوات المستعملة في الدراسة بالإضافة إلى تناول أهمية البرنامج العلاجي المعد للدراسة الميدانية وكذا مراحل إعداده من الأساس النظري إلى مراحل، واختيار التقنيات الملائمة للفئة المستهدفة، عرضه على المحكمين وتعديله ثم تم عرض البرنامج بصورته النهائية والذي طبق في الدراسة الأساسية.

الفصل السادس عرض نتائج الدراسة

تمهيد

1. تقديم الحالة الأولي:
2. ملخص المقابلات مع الحالة :
3. محتوى الجلسات:
4. تقديم الحالة الثانية:
5. ملخص المقابلات مع الحالة:
6. محتوى الجلسات :

خلاصة

فرضيات المطروحة في الدراسة:

يساهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم.
ما مستوى القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم.

1. تقديم الحالة الأولي:

الاسم: بي

اللقب: ب

السن: 11

الجنس: ذكر

مكانه في الترتيب العائلي: الخامس (الأخير)

عدد الإخوة: 3 البنات والذكور 2

المستوى التعليمي: السنة الرابعة ابتدائي (معيد السنة الرابعة)

نتائج المدرسية في الفصلين: في الفصل الأول تحصل على معدل 4.89 وفي الفصل الثاني

تحصل على معدل 5.40

مكان المقابلات في القسم فارغوا ذلك بعد إنهاء الدرس مع المعلمة

الهيئة العامة للحالة:

لون البشرة لسمر، طوله ووزنه يتناسب مع عمره

اللباس: يرتدي ملابس نظيفة ومرتبطة

الملامح والإيماءات: ابتسامات خجولة، تفادي النظر المباشر

الاتصال: كان الاتصال مع الحالة سهلا

اللغة: العامية مفهومة

الهوايات: السباحة والرسم

النشاط الحركي: قليل الحركة

الوضعية داخل القسم: يجلس في الخلف لوحده قليل الكلام وتواصل مع زملائه، يشارك أكثر في حصة الرياضيات يتميز بالهدوء والانضباط، مهمش من طرف المعلمة

العلاقة الاجتماعية:

مع الأسرة: علاقته مع الأسرة وطيدة خاصة مع الأخوين الذكور كثير الحديث عنهما وبشاركهما كل شيء

في المدرسة: لا يوجد لديه أصدقاء في المدرسة معظم علاقته معهم سطحية ومحدودة تجمعهم أمور الدراسة فقط.

المظاهر الأساسية للوضعية العائلية للحالة: تنتمي الحالة إلى وسط اجتماعي متوسط تتميز هذه العائلة بالتفاهم والترابط بين أفرادها وعلاقاتهم سوية وجيدة

المظاهر الأساسية للوضعية الشخصية للحالة:

تمت الولادة الحالة في وقتها المناسب وولادة طبيعيه، هو اصغر فرد في العائلة يعيش مع أسرته المتكونة من ثلاث بنات وولدين، لم يتعرض لأي مرض عضوي أو نفسي في الوقت السابق وألراهن يتمتع بصحة جيدة. مستواه الدراسي الضعيف لديه ضعف في جميع المواد يجد صعوبة في الفهم والاستيعاب يتطلب الكثير من الوقت للتعلم والتذكر إعادة السنة الرابعة ابتدائي العام الماضي.

2. ملخص المقابلات مع الحالة :

من خلال المقابلات مع لاحظت انه يعاني من ضعف في جميع المواد الدراسية و هذا مسبب له إعادة السنة الرابعة، القيام باختبار رسم الرجل من اجل قياس الذكاء حيث تحصل على درجة (81)، بالإضافة إلى الاستماع إلى ملاحظات الأستاذة وأم مع الاطلاع على نتائجه الدراسية خلال الفصول السابقة.

تم تشخيص الحالة أنها تعاني من بطء التعلم.

مقابلات التي تمت مع الأم والأستاذة:

المقابلة مع الأستاذة :

تمت المقابلة في القسم وذلك بعد خروج تلاميذ للاستراحة تم الاستفسار حول التلاميذ الذين نتأجهم ضعيفة وأيضا المعدين الذين لم يتحسن مستواهم يتميزون بضعف عام في كامل المواد الدراسية وقالت بأن لديهم صعوبات في الفهم والاستيعاب مقارنة بزملائهم لآخرين "كيما ندير ما عهم ميفهموش ثقال بزاف" أرتنا نتائج جميع هذه الحالات والتي كانت معظمها ضعيفة.

المقابلة مع الأم:

تمت هذه المقابلة في فناء المدرسة قبل خروج التلاميذ استفسرت عن وضعية الحالة في البيت والتاريخ المرضي له وكيف كانت ولادة الطفل وعن مراحل النمو هل كان هناك تأخر أم لا، قالت الأم أن ابنها كان متأخر في الكلام " كولى قريب عامين باش ولى يهدر" باقي مراحل كانت طبيعية، قالت أن معظم معدلاته الدراسية كانت ضعيفة بين (4، 5). وتم الاتفاق معها على العمل سويا من اجل تحسين مستواه الدراسي.

3. محتوى الجلسات:

الجلسة الأولى:

إلقاء التحية والترحيب بالطفل وتعريف بنفسه، شرحت له العلاج المعرفي السلوكي وكذلك الهدف منه وأنا نريد منه مشاركتنا في هذا البرنامج رحب الحالة بهذا وكان متحمس للغاية خصوصا بعد إعلامه بهدف وشروطه وأخلاقياتها البرنامج والاتفاق على موعد جلسات ودامت الجلسة حوالي 20 د.

الجلسة الثانية:

قمنا بالتحية والترحيب بالطفل، تعريف الطفل باضطراب القلق وأهم مؤشرات مع إعطاء أمثلة بشكل مبسط يتناسب مع عمر الطفل مع إعطاء أمثلة مبسطة وثم تطبيق مقياس القلق حيث تحصل على درجة مرتفعة {33} قلق مرتفع دامت الجلسة حوالي 30د.

الجلسة الثالثة:

ترحيب بالطفل وتعرف على الأفكار السلبية قمت بتوضيح العلاقة بين هذه الأفكار السلبية والاضطراب القلق بشكل يتناسب مع تفكير الطفل وعمره، وتصحيح بعض الأفكار وفي الأخير تم تدريب الطفل على الاسترخاء وطلب منه إعادة القيام بالاسترخاء في المنزل كواجب منزلي.

الجلسة الرابعة:

ترحيب بالطفل، قمت بشرح تقنية المواجهة التدريجية للطفل بالتفصيل ومراجعة الواجب المنزلي السابق، تعريض الطفل لموقف الذي يسبب له القلق هو الإملاء وتمثل الموقف في إملاء جملة قصيرة وقيام الطفل بكتابتها لاحظت أن الطفل كان يكتب بسرعة ويعيد مسح ما كتبه تحريك الأرجل وتحرك من مكانه، طلب منه كواجب منزلي كتابة كل ما تعلمه في الجلسة والأشياء التي لم يدركها وكتابة الأفكار التي تستدعي القلق والقيام باسترخاء.

الجلسة الخامسة:

ترحب بالطفل وإلقاء التحية، القيام بتعديل الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار صحيحة مثل أن اللغة مادة صعبة ولا يمكن دراستها استبدالها بفكرة أن اللغة مادة ليست صعبة فهي مثل باقي المواد فهي فقط تحتاج التكرار ومراجعة بصفة دورية وكواجب منزلي القيام بإعداد قائمة بكل الأفكار السلبية مساعدة الأهل القيام باسترخاء.

الجلسة السادسة:

ترحيب بالطفل وإلقاء التحية، تمت في هذه الجلسة مناقشة المواقف التي لا يستطيع الطفل مواجهتها مثل تصحيح أو حل التمرين في السبورة وتعليم التخيل في مواجهة القلق وتدريبه على استدعاء التصورات الإيجابية وفي الأخيرة تم مشاهدة فيديو تعليمي (تمثل في طفل لديه صعوبة في التذكر ولكن مع تكرار استطاع استرجاع ما قام بحفظه) مع طفل من أجل التشجيع والتعزيز، كواجب منزلي تدريب على تقمص دور الأستاذ أو الأخصائي النفسي.

الجلسة السابعة:

ترحيب بالطفل وإلقاء التحية، تعليم الطفل مهارة المشاركة والاتصال ذلك عن طريق تعزيز سلوك ايجابي المشاركة في بعض النشاطات المدرسية الجماعية، كما تم إشراكه في لعبة جماعية في حصة التربية البدنية في بداية اللعبة كان متوتر لكن مع تجشعي أنا ومعلمة له بدأ بالانسجام مع رفاقه واللعب، إعطائه ملصقات تحمل كلمات تحفيزه، تعليمه كيفية الاتصال الصحيح بالأقران، القيام بالواجب المنزلي المتمثل في تقمص دور الأستاذ وذلك بمساعدة الأم والأخت والأخ، تمثل الواجب المنزلي في قراءة الطفل تعبيره أمام العائلة.

الجلسة الثامنة:

ترحيب بالطفل وإلقاء التحية، تمت في هذه الجلسة مساعدة الطفل على التكيف في الوسط المدرسي من خلال تدريبه على المهارات الاجتماعية مثل مهارة التواصل والاتصال الصحيح الأفراد وذلك من خلال توصيل الرسالة للآخرين بكل وضوح وتكون خالية من أي غموض، تم استعمال تقنية لعب الأدوار، دور المدرب لفريق كرة القدم خلال حصة التربية البدنية قمت بتعزيزه وتشجيعه على هذا الدور، وتمثل الواجب المنزلي في تكرار كل ما تعلمه أثناء الجلسة في البيت.

الجلسة التاسعة:

ترحيب بالطفل وإلقاء التحية، تعليم الطفل مهارة حل المشكلات خاصة في الوسط المدرسي مثل عند وجود صعوبة في حل التمارين طلب المساعد من الأستاذة أو الوالدين، هناك تعدد لمصادر المعلومات وتدريبه على تعلم الذاتي عن طريق تنمية مهارات القراءة والتدريب على التفكير فيما يقرأ واستخلاص المعاني ثم تنظيمها وترجمتها إلى مادة مكتوبة، ربط التعلم بالحياة وجعل المواقف الحياتية هي السياق الذي يتم فيه التعلم والقيام بالتعزيز والتشجيع عن طريق إعطائه ملصقات مكتوب عليها أنت جيد، أنت مميز.

الجلسة العاشرة:

تمت في هذه الجلسة تعريض الطفل مباشرة للموقف المثير للقلق وكان ذلك الداخل القسم وفي حضور التلاميذ والأستاذة (تم الاتفاق مسبقاً مع الأستاذة عن القيام بهذه الجلسة أثناء الدرس) في

مادة اللغة العربية حيث قامت الأستاذة بإملاء جملة على تلاميذ وطلبت منهم كتابتها على اللوحة ثم طلبت من الطفل "أ" كتابتها على السبورة حيث لم يخطأ الطفل في كتابة الجملة لكن كان متوتر قليل. قيام الأستاذة بشكر وإعطاء كلمات تحفيزية مثل أنت جيد ممتاز وفي الأخير طلبت من الأم القيام بموقف يثير القلق في البيت لدى الطفل المتمثل في طلب منه بشراء بعض المستلزمات المنزلية.

الجلسة الحادية عشر:

ترحيب بالطفل وإلقاء التحية، مراجعة الواجب المنزلي، معرفة رد فعله من جلسات السابقة و ما تم تعلمه من خلالها، حيث كانت ردت فعله إيجابية حيث قال "عرفت بلي كاين صوالح ميقلقوش غير أنا كنت نقلق روجي على جالهم"

الجلسة اثنان عشر:

ترحيب بالطفل وإلقاء التحية، تشجيع الطفل على الاستمرار في تطبيق ما تعلمه أثناء هذه الفترة والقيام بتعلم مهارات جديدة وفي الأخير تم القيام بقياس القلق حيث تحصل {20} درجة متوسط من قلق انخفض القلق لدى الطفل، قمت بشكر الطفل على تعاونه معنا وعلى مشاركته لنا لهذا البرنامج مع تقديم إرشادات وتوجيهات.

4. تقديم الحالة الثانية:

الاسم: إ

اللقب: ش

السن: ذكر

الجنس: 10

مكانه في الترتيب العائلي: ما قبل الأخير

عدد الإخوة: 02

البنات: 01 الذكور 01

مستوى التعليمي: سنة الرابعة ابتدائي إعادة سنة الرابعة

مكان المقابلات: القسم

الهيئة العامة للحالة: طويل القامة ذو عينان كبيرتان سوداويتان

اللباس: ملابس نظيفة منظمة

الملامح والإيماءات: كثير الضحك والكلام

الاتصال: كان الاتصال سهلا معه

اللغة: لغة بسيطة ومفهومة

النشاط الحركي: كثير الحركة وانفعالات

مكان الجلوس: في المقعد الأخير

الهويات: ممارسة الرياضية

العلاقة الاجتماعية:

مع الأسرة: علاقته جيدة مع أسرته أحيانا يتشاجر مع أخوه الأكبر منه، علاقته جيدة مع أخته الصغرى وهو الأقرب لأبيه.

في المدرسة: لديه كثير الأصدقاء في المدرسة وفي المحيط الخارجي وعلاقته متوترة معهم المظاهر الأساسية للوضعية العائلية للحالة:

ينتمي إلى عائلة مستواها الاقتصادي جيدة وعلاقة أفرادها مترابطة فيما بينها حسب تصريح الأستاذة

المظاهر الأساسية للوضعية الشخصية للحالة:

ولادته طبيعية هو ما قبل الأخير يعيش مع أسرته المتكونة من أخ أكبر وأخته الأصغر منه ووالديه وظروفه المادية جيدة وفي حالة صحية جيدة مستواه الدراسي الضعيف و لديه ضعف في جميع المواد خاصة اللغة العربية ولديه صعوبة في الفهم والاستيعاب وهو معيد السنة الرابعة ابتدائي.

5. ملخص المقابلات مع الحالة:

المقابلات مع الأم و الأستاذة:

مع المعلمة: في بداية المشوار توجهنا إلى مؤسسة وسألنا المدر عن الحالات بطء التعلم الفئة التي نريد دراستها قام بتوجهنا إلى مشرفة المدرسة وأخذتنا إلى قسم معلمة فسألنا عن هذه الفئة فذكرت لنا عدة حالات قمنا بدراسة أولية أخذنا عدة عينات ضعفين المستوى ومعيدين السنة فاخترت من بينهما الحالة لأنه كان مستوى المقياس الذي قمت به (اقل من متوسط) الأول أخذنا كل المعلومات من الحالة من المعلمة التي تدرسه ثم حضرنا صحة ملاحظة سلوك الطفل قبل الحديث معه فمن بين الملاحظات التي قدمتها لنا المعلمة انه (الغرور عدم الإنصات الأمبالاة الملل) ولديه صعوبات في التعلم أو الفهم وفي الخط وفهم النص (المحتوى) وانه يتشاجر مع زملائه في كل مرة فمن من ملاحظتي لسلوكه انه كثير الحركة وعنده نقص الانتباه والتركيز وأيضا عدواني نوعاما مع زملائه لأنه يعتبر نفسه على زملائه، معيد السنة وكانت أخته الأصغر منه تدرس مع في نفس الصف وكان يجلس الأخير في الصف.

مقابلة مع الأم : من خلال المقابلة مع الأم (الطفل) في ساحة المدرسة وكان هدفي جمع المعلومات عن الحالة من الأم وكل ما يخص السوابق المرضية والحياة الأسرية والاجتماعية (الجانب علائقي) فكانت ولادة طبيعية ونموه جيد، وأيضا سألت عن مستواه الدراسي فكان ضعيف المستوى قاتلي "فاتت فاتت عليا وحد الفترة مرضت فيها والتربية منلهاش باه نقره كل يوم " وقالت بأن ابنها خفيف ميرتبش وانه يتشاجر مع أخوه الأكبر منه في البيت وأيضا قالت باباه مقلشواو مدلو بزاف حتى ولا ميسمعش الهدرتي، وقالت مدايبا ولدي يقرأ ويتحسن، فأخذت موافقتها لمشاركة ابنها في البرنامج العلاجي، وقاتلي "راسوا يوجعوا راني عاد بنتبع عند الطبيب، خطرة طاح من الدر وج فدار ككان صغير" راني خايفة عليه، وأيضا تحدثنا عن المشكل التعليمي والصعوبات التي يواجهها قالت: الخط ميكتبش مليح، وميعرفش الإعراب وقراءة النص ثقيل فيها، فالوضعيات في المادة الرياضيات، وأخذت موافقتها من اجل مساعدة ابنها من خلال توضيحي لها كيفية استخدام البرنامج العلاجي وعلمتها انه يجب مشاركتها معي في البيت من اجل العمل سويا

في المدرسة و البيت لتحسين مستوى الطفل في دراسته ولتخفيف قلقه الذي يعاني منه واني سأقدم للطفل واجبات منزلية من اجل متابعته.

6. محتوى الجلسات:

الجلسة الأولى:

كانت جلسة تعارف وكسب الثقة والترحيب به قمت بالتعرف على الحالة أولا عرفت نفسي وما أريد القيام بيه وأخذت المعلومات الشخصية ثم كان الحوار حول الدراسة والوضع في القسم، شرحت له العلاج المعرفي السلوكي و كانت الجلسة بهدف كسب ثقة الطفل وأخبرته بأنني أريد منه المشاركة في البرنامج وبطبيعة الحال أخذت موافقته وكان مسرور جدا في مشاركتنا معه والاتفاق على موعد الجلسات مع الطفل ودامت حوالي 20 دقيقة، ثم انتهت بالشكر.

الجلسة الثانية :

عند لقاء الحالة كان جد متحمس قمت بطرح أسئلة بسيطة عن حاله ثم عرفت له القلق وأعراضه ثم قمت بقياس القلق (مقياس تايلور) حيث تحصل على درجة (29) وهي درجة فوق المتوسط من القلق، وكان عبارة عن أسئلة قدمتها للحالة بطريقة مبسطة وهو يجيب فكانت تظهر أعراض القلق لديه فمثلا يقوم بالضغط على يديه ويتحرك على الكرسي كثير الكلام وأيضا قال يكون لديه ألم في رأسه وأنه يزعج من زملائه الذين يسببون القلق وقال أن معلمة تعامله بطريقة غير لائقة وأنه (المعلمة تفضل زملائه عليه) وكانت تظهر افعلا وأقوال تدل على العدوانية اتجاه زملائه والآخرين في محيطها الخارجي، وأرائه حول زملائه وكل مواقف كانت بالأمثلة والسماح للطفل أن يبدي تعليقه على كل سؤال وجهته له من خلال مقياس ومن خلال سرده لوقائع والمواقف اليومية ثم قمت بشكره على الإجابات التي قدمها لي وعلى مشاركته

الجلسة الثالثة:

كان اللقاء مع الطفل بالتحية، وبداية الجلسة بسؤاله عن حاله وعن الجلسة السابقة ثم الأفكار السلبية التي يقولها الطفل من خلال حديثه ومن خلال الحوار، وكانت هذه الأفكار حول زملائه الذين يسببون له الانزعاج والمعلمة التي تقوم بضربه حين يريد شئ ما داخل القسم مثل الصعود

للسبورة أو الحراسة أو جمع الكرايبس. ووصفه مل يراه من انطباعات ذهنية وما يصاحبها من مشاعر وانفعالات ثم شرحت له تقنية إعادة البناء الفكري وشرحتها بشكل مبسط، نوهت إلى أهمية هذه التقنية والعمل على تشجيعه الطفل على استخدامها ثم طلبت منه أن يعطيني أمثلة على المواقف التي صعب عليه تغلب عليها مثل صعوبة في فهم النص والمحتوى وصعوبة في حل الوضعية في مادة الرياضيات، ومواجهتها وناقشت معه كل موقف من خلال استخراج الأفكار السلبية و تغييرها بأفكار إيجابية وأكثر منطقية، تكون مشجعة للطفل، ثم عرفت له تقنية الاسترخاء وبينت له أهميتها وفعاليتها في التخفيف من قلق والقليل من الإعراض الفسيولوجية التي يسببها القلق إذ أنها تصحح عملية التنفس حيث طلبت منه الجلوس في كرسي بكل أريحية ثم يقوم بعملية الشهيق وبعدها يحبس أنفاسه لمدة خمس ثواني حتى يصل إلى درجة الاسترخاء، ثم بينت له الفرق بين إحساسه في كلتا العملتين وفي الأخير شكرت الطفل على تفاعله وطلبت منه أن يطبقها في البيت كواجب منزلي.

الجلسة الرابعة:

دامت حوالي 30 دقيقة تم فيها مراجعة الواجب المنزلي ثم وصلت معه في تمرين الاسترخاء كررت هذه العملية 4 مرات تقريبا و طلبت منه أن يسترخي وأن يضع يده اليمنى في الجهة اليسرى من صدره وأن يرخي عضلاته ويقوم بعملية الاسترخاء، وشرحت للطفل تقنية المواجهة التدريجية للمواقف القلقة و تبسيطها للطفل، وتم فيها إخبار الطفل أنه انتقل إلى مرحلة ثانية من العلاج وهي مرحلة التنفيذ ويتم ذلك بتنفيذ ما تعلمه قيامه بمواجهة كل موقف قلق يمر به ثم قمت بشرح هذه التقنية مع التعزيز ذلك بأمثلة ذلك بغرض تدريب الطفل على المواجهة المثيرة بدءا من الأسهل إلى الأصعب مثير، ثم طلبت منه مواجهة المثيرات التي يستعرض لها إلى غاية الجلسة المقبلة ثم قدمت له شرح مبسط عن تقنية التخلص المنظم من الحساسية الشديدة اتجاه المواقف من خلال توضيح له أن يتم من خلال صرف الانتباه والتركيز، والتركيز على الأفكار التلقائية واستبدال ذلك بالتفكير في شئ آخر إيجابي. وفي الأخير قدمت له واجب منزلي (كتابة كل ماتعلمه من جلسة ومالم يستطيع أن يستوعبه)

الجلسة الخامسة:

بدأت بالتحية والترحيب بالطفل وتم فيها مراجعة الواجب المنزلي وناقشت معه، ثم قمت بتدريبه على الحوار مع النفس لتعديل أفكاره التي تثير القلق وعدم الثقة وفي حديثه مع نفسه وما يداخله من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب، والعمل على تعديلها كخطوة أساسية في مساعدته في التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تثير القلق مثل لديه صعوبة في الإعراب وتصريف الضمائر فقامت مساعدته على أنها سهلة فيجب التركيز فقط والتفكير وبذل قليل من جهد وراجعت معه، ومن خلال هذا الأداء قدمت له الشكروكلمات تحفيزية (جيد برا فوا أحسنت) و قدمت له قطعة حلوة وقدمت له واجب منزلي (إعداد قائمة بكل الأفكار التي تستدعي القلق بمساعدة الوالدين)

الجلسة السادسة:

كالعادة كانت بداية بالتحية والترحيب والابتسام مع الطفل وتم فيها مراجعة الواجب المنزلي الذي كان عبارة إعداد قائمة بكل الأفكار التي تستدعي القلق بمساعدة الوالدين والتي كان فيها أنه عدم استيعاب الكلمات الصعبة المقاربة النصية وفي الوضعية (مادة الرياضيات) والخجل في طلب مساعدة أو في إعادة الفهم ونسيان ماتعلمه مثل العمليات الضرب والقسمة، وهنا طلبت منه أن يهتم بمراجعة الدروس وأن يقوم بالحفظ جدول الضرب وأن يقوم بتكرار كتابة نص لتحسين خطه وأن يواجهه، فكان نوعا ما ضعيف التركيز والانتباه ولديه قلة الدافعية وطلبت منه أن يتغلب عليها من خلال نصائح وتوجيهات قدمتها له ثم طلبت منه أن يسترخي ويقوم الاسترخاء ويقوم الاسترخاء طبقته معه من قبل ثم طلبت منه أن يتخيل موقف مزعج حدث له من قبل و سبب له انفعالا وأن يصف الأفكار التي راودته مثل القراءة أمام زملاء أو عندما تطلب منه المعلمة أن يجيب على سؤال ولا يكون منتبه ولا يعرف الإجابة على السؤال فناقشت معه الموقف الذي ليستطيع المواجهة وقمت بتعلمه عليه ومواجهتها وتدريب الطفل على كيفية استدعاء تصورات إيجابية من خلال التخيل مثل أن يدرس لكي ينجح وأن يصبح عضوا في المجتمع وبأن يكون تلميذ

نجيب ومجتهد. ثم قدمت له فيديو تعليمي عبارة عن تلميذ كان ضعيف في المستوى ثم أصبح حسن الخلق وهادئ.

الجلسة السابعة:

تمت داخل القسم مع الزملاء وبمساعدة المعلمة لتعلم الطفل مهارة المشاركة واتصال وهدفه هو إشراكه في النشاطات المدرسية الجماعية مثل الرياضة البدنية ومثلا تقديم تعبير كتابي أمام الزملاء أو سرد قصة خيالية مع الحوار الداخلي وتقليد زملائه النجباء وفي النهاية عندما نجح الجميع في كل مهمة قمت بلصيق ملصق على كراسه وقدمت له كلمات تحفيزية (أحسننت برا فوا) وفي الأخير قدمت له واجب منزلي (أن يتعلم مهارة جديدة بمساعدة والديه مثل أن يقوم بحفظ سورة قصيرة أو أن يقرأ قصة ويقوم بسردها لوالديه، وأن يقوم بسماع قصة من الأم وإعادة سردها بطريقته).

الجلسة الثامنة:

رحبت بالطفل مع إلقاء التحية تهدف هذه الجلسة لمساعدة الطفل على التكيف المدرسي وذلك بتعليم الطفل بعض المهارات مثل تقليد الزملاء النجباء داخل القسم أمام المعلمة والتواصل معهم بشكل صحيحدون خوف وخجل كأن يقوموا بعمل جماعي بأفواج ويقوموا بحل مشكل في مادة الرياضيات بهدف النقاش والفهم بهدف النقاش وفهم النص جماعيا واستخراج المعطيات المطلوبة مع التمثيل الرسم وتحديد الحلول (الإجراءات) وخطوات حل الوضعية المشكل من خلال القراءة ومحاولة فهم وتحديد الحلول (الجمع، الطرح، القسمة) ثم استعملت معه تقنية لعب دور المعلم كأن يشرح ما تعلمه وفهمه لزملائه الآخرين الذين لم ينجحوا في التمرين السابق وقمت بمساعدتهم على تجزئة المادة العلمية واستخدام مبدأ التدرج و عند الحفظ و المراجعة مثل جدول الضرب وحفظ سورة قرآنية وتبسيط مثل $3+3=2*3$ \ $5*5 = 5+5+5+5+5$. راجعت معه الواجب (سرد قصة التي سمعها من الأم بطرقته الخاصة وماذا فهم منها) ثم قدمت له واجب منزلي آخر (كتابة كل ما تعلمه أثناء الجلسة في البيت).

الجلسة التاسعة:

رحبت بالطفل مع إلقاء التحية خصص الجزء الأول في مراجعة الواجب المنزلي مع الطفل وبيّله تعليم الطفل مهارة حل المشكلات مثل أن يطلب المساعدة عند صعوبة حل التمارين من المعلمة أو الوالدين أو الزميل له وفي مساعدته على التعبير عن خبراته بدون خجل أو خوف مثل عند عدم الاستيعاب الكلمات الصعبة في المقاربة النصية وشرحت له تقنية التعلم الذاتي في الحث على المطالعة والبحث والتعبير والتعامل مع النص في استخراج الأفكار، ثم قدمت له ملصق أنت متميز في كراسه .

الجلسة العاشرة:

تمت هذه الجلسة داخل القسم بمساعدة المعلمة أثناء الحصة كصعود التلميذ إلى السبورة فجأة هذا يثير قلقه في البداية ثم بعد ذلك محاولة تقليل الصعوبات يعيده إلى جو الاطمئنان والاسترخاء عند الحوار والمناقشة هذا يقلل من انفعالاته التي تمثلت في الارتباك والخوف والنرفزة ومحاولة النظر إلى الأعلى وتعرض الطفل للقراءة من السبورة أمام زملاء ثم قامت المعلمة بشكره بكلمات تحفيزية وفي الأخير طلبت منه أن يكتب لي موقف مثير لقلق تعرض له وردة فعله كيف كانت كواجب منزلي.

الجلسة الحادية عشر:

الترحيب بالطفل وإلقاء التحية وكان متحمس عند حضوري في كل جلسة، مراجعة الواجب المنزلي ثم طلبت منه أن اعرف ردة فعله من جلسات السابقة فكان جد متحمس لمشاركتي معه البرنامج فلقد استفادة من النصائح والتوجيهات وتشجيعه على الاستمرار بهذه الطريقة وأن يواصل وأنه تلميذ جيداً وله إمكانيته وله إرادة في النجاح فكانت ردة فعله ايجابية فوعدني انه يبذل مجهود ويستمر في المراجعة دون توتر فحاولت أن يوصل الطفل كيفية تجاوز المثير مع إكسابه لثقة عالية بنفسه والمشاركة في الأنشطة.

الجلسة الثانية عشر

إلقاء التحية مع الترحيب بالطفل ثم قمت بقياس أبعدي (لمقياس تايلور للقلق) بإعادة طرح أسئلة على الطفل وهو يجيب فتحصل على (22) وهي درجة قلق متوسط، وقمت بمناقشة الطفل على القيام بمهارات جديدة وسلوك مثل المطالعة في البيت والاهتمام بمعاني المفردات في اللغة العربية لكسب زاد من المعلومات والقراءة المستمرة والمراجعة عند الرجوع إلى البيت وتنظيم الوقت.

الفصل السابع مناقشة وتحليل النتائج في ضوء الفرضية

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى والثانية والدراسات

السابقة

2. تحليل النتائج

خلاصة

1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى والثانية والدراسات السابقة:

الحالة الأولى:

من خلال الفرضيات المطروحة في الدراسة الأولى " مستوى القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم مرتفع "

والثانية " يساهم البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض درجة القلق لدى الطفل المصاب ببطء تعلم ".

حسب نتائج إختبار جونداف المتحصل عليها من خلال الرسم الرجل تحصلت الحالة على (81) درجة وهذا يؤكد أن الحالة تعاني من بطء التعلم وتنتمي إلى الفئة الحدية من الذكاء.

تعاني الحالة من ضعف المستوى الدراسي في جميع المواد الدراسية، تسبب هذا الضعف في إعادته للسنة الرابعة ابتدائي ورغم أنه أعاد السنة، إلا أن نتائجه لم تتغير مازالت ضعيفة، تسبب تدني المستوى الدراسي مشاكل نفسية منها القلق، يعاني الحالة من القلق مرتفع وهذا حسب نتائج تطبيق مقياس القبلي (33) تايلور للقلق، والمقابلات والملاحظات العيادية، أصبحت تسيطر على الحالة أفكار سلبية وغير منطقية، بالإضافة إلى نقص التواصل مع الأقران

يعاني بطيئوا التعلم انخفاضا في الدرجة الذكاء، وهذا يسبب لهم مشكلة تدني في المستوى التحصيل الدراسي حيث تنعكس هذه المشكلة سلبا على الجانب النفسي للطفل، فيصبح معرض للكثير من المشاكل والاضطرابات النفسية بسبب هذا التدني كالخوف، التوتر وأبرزها القلق، وهذا ماأكدته دراسة "منجد" (2018) تحت عنوان تقييم مستويات القلق لدى طلبة بطء التعلم وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود درجة متوسطة من القلق لدى أفراد عينة الدراسة وأيضاً دراسة "مهند" و"حسين" (2015) تحت عنوان تقييم مستويات القلق لذوي صعوبات التعلم حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود درجة كبيرة من قلق لدى أفراد العينة. وبهذا ركزنا في الإستراتيجية العلاجية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي على تخفيض القلق لهذه الفئة من الأطفال و ذلك من خلال تركيز على الأفكار والاتصال والتواصل مثل إشراك الطفل في العمل الجماعي مع الزملاء، استخدام تقنية المواجهة التدريجة لمواجهة المواقف القلقة مثل المشاركة أثناء الدرس والكتابة على الصبورة، وأيضاً إلى تقنية حل المشكلات التي من خلالها تم تعليم الحالة طلب المساعدة عند

الوقوع في مشكلة، بالإضافة إلى النمذجة ولعب الأدوار من أجل التحفيز والثقة بالنفس، كما استخدمنا تقنية الاسترخاء من أجل التقليل من الخوف وتوتر، وحسبدراسة احمد وآخرون(2012) فعالية العلاج السلوكي المعرفي في مواجهة المشكلات السلوكية وانفعالية للطلبة بطيء التعلم وتوصلت النتائج الدراسة إلى خفض مشكلات السلوكية (العدوان، النشاط الزائد والقلق)، و بعد إجراء القياس البعدي لمقياس تايلور انخفض القلق وذلك حسب نتائج القياس البعدي (20) وبهذا يمكن القول أن الفرضية تحققت.

يعاني أطفال ببطء التعلم من تدني في مستوى التحصيل الدراسي وحيث أدى إلى ارتفاع القلق عن المستوى الطبيعي ما يتطلب متابعة نفسية لهم .

الحالة الثانية:

مناقشة النتائج في ضوء الفرضيتين والدراسات السابقة

حسب نتائج اختبار جونداف تحصلت الحالة على (76) درجة وهذا يؤكد أنها تعاني من بطء التعلم.

هدف البحث الحالي إلى قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى الطفل مصاب ببطء التعلم، حيث طبق البرنامج أثبتت فاعليته من خلال نتائج المتحصل عليها من قياس القبلي وهي (29) و بعدي لمقياس تايلور "القلق" وهي(22) الذي اثبت تحقق الفرضية من خلال الدرجة المتحصل عليها لحالة البحث ومنه تطرقت الباحثة لمناقشة وتحليل نتائج هذه الفرضية كالتالي:

مناقشة الفرضية:

تنص الفرضية علي مساهمة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لخفض القلق لدى الطفل مصاب ببطء التعلم في ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أدى إلى إحداث في تغيير مستوى القلق عند الطفل بطيء التعلم، وكذلك التخفيف منه حيث انخفضت الدرجة عند الطفل في المظاهر الفسيولوجية والمظاهر الاجتماعية والمظاهر السلوكية والمظاهر الانفعالية و المظاهر العقلية، والتوقعات السلبية، هذا ما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في تخفيف القلق عند الفئة المستهدفة ألا وهي بطيء التعلم،

وتجلت فاعلية في خفض أعراض الفسيولوجية للقلق من خلال تقنية الاسترخاء بالتحديد، كما انخفضت المظاهر الانفعالية، وانخفضت درجات المظاهر العقلية إذا تحسن مستوى التركيز عند الطفل وقل تفكيره السلبي وتغير نحو التفكير الايجابي من خلال تقنية تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها وتقنية إعادة البناء الفكري، وتغير تفكيره في المواقف القلقة، أيضا كأنه هناك تحسن على المستوى الاجتماعي بفضل تقنية لعب الأدوار وتقنية المواجهة أدراك الطفل أن النشاطات الاجتماعية والاندماج مع أقرانه يخفف من درجة القلق والتوتر لديه ويكتسبه مهارات وخبرات جديدة لمواجهة المواقف القلقة، وإدراك ما يدور حول من أحداث بشكل منطقي وسليم، عكس ما بناه من معتقدات خاطئة جعلته يبقى حبيس أفكاره اللامنطقية منغلقة على ذاته ويحل مشاكله بالهروب، وتجنب الانسحاب، كما قد تحسن مستوى المظاهر السلوكية وفق التوقعات.

2. تحليل النتائج:

وقد تم التوصل إلى نتائج التالية:

- ✓ أطفال ببطء التعلم يعانون من القلق.
 - ✓ يساعد العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح الأفكار
 - ✓ للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي دور كبير في تخفيف من القلق
- استخدمنا في هذا البرنامج تقنيات معرفية وسلوكية تركز على الأفكار، والتفكير، والسلوك من أجل أن سيتبصر الحالة بأفكار الغير منطقية ويستبدلها بأفكار منطقية وذلك بتوظيف التقنيات في البرنامج أهمها إعادة البناء الفكري، مراقبة الأفكار، النمذجة، حل المشكلات، المواجهة، وتقليل الحساسية التدريجي، لعب الأدوار، الاسترخاء، التخيل، التعزيز، التشجيع... الخ وهذا ما اتفقت معه دراسة عباس أسماء (2020) تحت عنوان العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق المعمم لدى الأطفال المتمدرسين، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجة القلق المعمم لدى الأطفال المتمدرسين حيث أسفرت النتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي في خفض درجات القلق المعمم لدى الأطفال وعن وجود فروق دالة إحصائية في فعالية البرنامج لصالح الذكور.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

بعد شهر من تطبيق التقنيات المعرفية والسلوكية تحسنت الحالتين بشكل ملحوظ أصبح أكثر نشاط خلال الصف الدراسي، صار أكثر تفهما لأفكارهما وتحكما فيها وأيضا أصبح يعبروا عن مشاعرهما بشكل أفضل وكل هذا من خلال المهارات التي تعلمها في الجلسات العلاجية النفسية، والمتمثلة في مناقشة الأفكار السلبية الغير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وأكثر منطقية والبحث عن بدائل ايجابية، واستخدام مهارة المواجهة في تغلب على المواقف المقلقة، وأيضا استخدام مهارة حل المشكلات عند مواجهة مشكلة في المستقبل.

خلاصة

في هذا الفصل قمنا بمناقشة نتائج وتحليل الدراسة المتوصل إليها في دراستنا التي اثبت صحة الفرضية الأساسية التي قامت عليها دراستنا والتي مفادها "ما فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض درجة القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم؟" واعتمدنا في تحليل دراستنا على النظريات المعرفية والسلوكية ومقارنة نتائج الدراسة بنتائج الدراسات السابقة.

خاتمة

خاتمة:

لقد تبيننا في هذه الدراسة فئة الأطفال المصابين ببطء التعلم من أجل الكشف عن حالة مرضية تعاني منها هذه الفئة والتي تمثل خطرا على صحتهم النفسية وتحصيلهم الدراسي، وهي القلق وفي محاولة منا المساهمة في علاج القلق لدى أطفال مصابين ببطء التعلم وهنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها كونها تمثل جهدا علاجيا لا مجرد وصف للظاهرة، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم و من خلال هذه الدراسة توصلنا إلى المجموعة من الاقتراحات التي يلي:

- اعتماد مقاييس حديثة ومتطورة لتشخيص التلاميذ ببطء التعلم.
- أن يكون منهج الدراسي لتلاميذ بطء التعلم مختلف عن المنهج الأطفال العاديين.
- والاعتماد على البرامج التربوية إرشادية باستخدام أساليب تعديل السلوك خاصة بهذه الفئة.
- الاهتمام بهذه الفئة ودعمها نفسيا وعقليا وصحيا باعتبارها فئة خاصة يجب أن تتلقى العناية الخاصة التي تستحقها.
- عمل دورات لمعلمي ببطء التعلم حول خصائص الطلبة ببطء التعلم وأهم أساليب تعليمهم.

قائمة المصادر والمراجع:

1. إبراهيم سالم الصيحان 2010 الاضطرابات النفسية و العقلية (الأسباب والعلاج)، ط1، دار الصفاء عمان الأردن
2. احمد عكاشة 2003 الطب النفسي المعاصر مكتبة انجلوا المصرية القاهرة
3. احمد وجيه الدسوقي 2018 تقويم الممارسة المهنية لدور أخصائي خدمة الفرد مع المعاقين حركيا دار الوفاء لندنيا الأردن
4. أسماء بوعود 2021 الاضطرابات النفسية والعقلية بين التناول السيكولوجي الحديث والتناول النفسي الديني الإسلامي ط1 دار حامد عمان.
5. أسماء فيلالي 2020 فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتكفل النفسي بطفل إلى الشارع رسالة دكتوراه في العلم النفس العيادي جامعة الحاج لخضر باتنة.
6. امان محمود سامية صابر 2004 بعض الخصائص النفسية والسلوكية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم مجلة الطفولة العربية الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية العدد 5 18 نوفمبر
7. بلغالم محمد 2017 بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عن المصابين بـفوبيا الأماكن المفتوحة أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان.
8. بودبزة مصطفى 2020 اثر برنامج تعليمي مقترح باستخدام الألعاب المصغرة في تحسين بعض القدرات الإدراكية الحركية لذوي بطة التعلم
9. ثائر رشيد حسن 2005 السلوك الاجتماعي المدرسي بين تلاميذ بطة التعلم وتعلم الأسوياء دراسة مقارنة بمحافظة ديالي، مجلة الفتح العدد 23
10. حامد احمد الغامدي 2010 مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق المعم لدي عينة من ذاالمرتين على العيادة النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية و النفسية .2.

11. حسن عمر، إيمان منسي 2014 التوجيه والإرشاد النفسي ونظرياته ط1 دار ومكتبة الكندي، عمان
12. حسن فرج عبد اللطيف 2009 الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب العلاج)، ط1، دار الصفاء، عمان الأردن.
13. حسيب عبد المنعم 2012 الاستراتيجيات المعرفية في تنظيم الانفعال و علاقتها بأعراض القلق والاكتئاب لدي المراهقين والراشدين، التربية (جامعة الأزهر) 3
14. الحسين فاتح الحسين 2013 علم النفس المرضي و العلاج النفسي، ط، 1 مركز دبيبوو للتعليم التفكير، عمان
15. ديابي بوبكر 2019 مدى إدراك معلمي المرحلة الابتدائية لمفهوم ببطء التعلم و ما أهم الاستراتيجيات التي يتبعونها في التعامل مع أطفال هذه الفئة دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. مجلة العلوم النفسية و التربوية 6(2) الجزائر جامعة الوادي.
16. سمين زيد بهول 1987 مشكلات التكيف السلوكي للأطفال بطء التعلم رسالة ماجستير كلية التربية جامعة بغداد.
17. سيربل بوفيه 2019 ترجمة بوزيان فرحات مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية دار المجدد الجزائر
18. صباح السقا 2009 العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب
19. عامر ياس خضير القيسي احمد رزاق حمزة الجبوري 2018 الاستعداد الكتابي لدى تلاميذ بطيئ التعلم مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية و الإنسانية جامعة بابل العدد 40.
20. عباس اسماء 2015 فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض درجات القلق المعمم لدعينة من الأطفال المتمدرسين أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه جامعة ابو بكر بالقايد تلمسان
21. عبد الستار إبراهيم 2002 القلق قيود من الوهم مكتبة انجلو المصرية القاهرة

22. عكاشة احمد 2003 الطب النفسي المعاصر مكتبة انجلو مصرية القاهرة مصر .
23. عوض ربيعة 2001 ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة والتشخيص والعلاج مكتبة النهضة العربية القاهرة مصر
24. غربي صبرينة 2012 مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الايجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم نفس عمل و تنظيم جامعة الجزائر 2
25. فاروق السيد عثمان 2008 القلق و إدارة الضغوط النفسية دار الفكر العربي، القاهرة
26. كواممكتزي 2013 ترجمة هلا امان الدين القلق و نوبات الذعر ط1 دار المؤلف السعودية
27. محارب ناصر 2000 المرشد في العلاج المعرفي السلوكي دار الزهراء الرياض المملكة العربية السعودية
28. محمد خليل عباس و اخرون 2006 مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط 1 دار المسيرة عمان
29. مركز دبيونو لتعليم التفكير 2017 اختبار رسم الرجل و الشجرة للقدرة العقلية و الشخصية، ط 1 الاردن
30. مريد يوسف كلاب 2018 أسس البحث العلمي أهميته . مناهجه . كيف تكتب بحثك ط1 القاهرة مصر .
31. مصطفى خليل 2007 الاضطرابات السلوكية والانفعالية دار المسيرة الأردن
32. منجد محمد حسين نجادات 2018 تقييم مستويات القلق لدى الطلبة البطيئ التعلم في مدينة مكة المكرمة مجلة البحث العلمي في التربية العدد 19
33. مهريه خليدة 2021 بطء التعلم جامعة ورقلة الجزائر مجلة أفاق علمية المجلد 13 العدد 1

34. موشي زيدنز جيرالد الدماتيوس 2016 ترجمة معتز سيد عبد الله الحسين محمد عبد المنعم القلق دار العلم المعرفة الكويت
35. نبيل عبد الهادي عمر نصر الله سمير شقير 2000 ببطء التعلم و صعوباته دار وائل.
36. هدى عيسى إبراهيم حمزة الجبوري 2019 بطيئو التعلم وما بعد صفوف التربية الخاصة من صعوبات . نتائج أسباب . توصيات مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 27، العدد 5
37. هند إبراهيم عبد الرسول 2013 اضطراب قلق الانفصال الأم . الطفل دار الجامعة الجديدة مصر
38. هوفمان اس جى 2012 ترجمة مراد على عيسى العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية ط1 دار الفجر القاهرة مصر.
39. وائل عبد الرحمن التل، عيسى محمد قحل 2007 البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية دار حامد عمان. ا
40. وردة بلحسين 2011 اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة رسالة دكتوراه جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر
41. يحيى محمد نبهان 2008 الضعف الذهني وحل المشكلات ط1 دار اليازوري العلمية عمان الأردن

الملاحق:

الملحق رقم (1) قائمة المحكمين:

| المرتبة العلمية | اسم محكم |
|-----------------------|---------------|
| أستاذ مساعد أ | حامق محمد |
| أستاذ مساعد أ | قاضي مراد |
| أستاذة التعليم العالي | قريصات الزهرة |
| أستاذ مساعد أ | دوارة احمد |

الملاحق رقم (2) محاور دليل مقابلة:

البيانات الشخصية

الاسم

اللقب

السن

الجنس

مكانه في الترتيب العائلي

عدد الإخوة

المستوى التعليمي

نتائجه المدرسية في الفصلين

مكان المقابلات

الهيئة العامة للحالة:

اللباس

الملاحح والإيماءات

الاتصال

الهوايات

النشاط الحركي:

الوضعية داخل القسم:

العلاقة الاجتماعية:

مع الأسرة:

في المدرسة:

المحور الأول: الصحة النفسية والجسدية

هل عانيت من اضطرابات نفسية سابقة؟ كيف تعاملت معها ؟

هل عانيت من امراض عضوية؟ اذكرها ؟

هل تعاني من مرض مزمن ؟ اذكره؟

المحور الثاني: العلاقات الأسرية و الاجتماعية

كيف هي علاقتك في الاسرتك؟

من هو اقرب شخص لك في عائلة ؟

كيف هي علاقاتك مع اصدقائك و محيطك الاجتماعي ؟

المحور الثاني: الصحة النفسية والجسدية

هل عانيت من اضطرابات نفسية سابقة؟ كيف تعاملت معها ؟

هل عانيت من امراض عضوية؟ اذكرها ؟

هل تعاني من مرض مزمن ؟ اذكره؟

المحور الثالث: الجانب الدراسي

هل انت راض عن نتائجك؟

من يدرسك في البيت؟

هل تجد صعوبة في استيعاب الدروس؟

هل تجد صعوبة في الحفظ والمراجعة ؟

كيف هي علاقتك مع زملائك في الصف؟

الملحق رقم (03) مقياس تايلور للقلق: من إعداد / د.جانيت تايلور

تعريف القلق: يعرف القلق بأنه "إنفعال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر أو العقاب"

نبذة عن المقياس:

مشتق من إختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، ويتكون المقياس من (50) عبارة تقيس

القلق الصريح.

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر.
- من بين ال (50) عبارة هناك (10) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (3، 13، 17، 20، 22، 29، 32، 38، 48، 50).
- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة.

طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر.

والعبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:

| | |
|-------------------|--------------|
| قلق منخفض جدا | صفر_ 17 |
| قلق منخفض (طبيعي) | 17 _ 19 |
| قلق متوسط | 20 _ 24 |
| قلق فوق متوسط | 25 _ 29 |
| قلق مرتفع | 30 _ فما فوق |

ضع علامة (X) امام الاجابة التي تنطبق عليك (نعم/لا)

اجب على كل الاسئلة من فضلك ...

| م | العبارة | نعم | لا |
|----|--|-----|----|
| 1 | نومي مضطرب و متقطع | نعم | لا |
| 2 | مرت بي اوقات لم استطع خلالها النوم بسبب القلق | نعم | لا |
| 3 | مخاوفي قليلة جدا بالمقارنة باصدقائي | نعم | لا |
| 4 | اعتقد انني اكثر عصبية من معظم الناس | نعم | لا |
| 5 | تنتابني احلام مزعجة (او كوابيس) كل عدة ليالي | نعم | لا |
| 6 | لدي متاعب احيانا في معدتي | نعم | لا |
| 7 | غالبا ما الأحظ ان يداي ترجفان عندما احاول القيام بعمل ما | نعم | لا |
| 8 | اعاني احيانا من نوباتإسهال | نعم | لا |
| 9 | تثيرقلقي امور العمل و العمال | نعم | لا |
| 10 | تصيبني نوبات من الغثيان(غمامات النفس) | نعم | لا |
| 11 | كثيرا ما اخشى ان يحمر وجهي خجلا | نعم | لا |
| 12 | اشعر بجوع في كل الاوقات تقريبا | نعم | لا |
| 13 | اثق فى نفسي كثيرا | نعم | لا |
| 14 | اتعب بسرعة | نعم | لا |
| 15 | يجعلني الإنتظار عصبيا | نعم | لا |

| | | | | |
|--|----|-----|--|----|
| | لا | نعم | أشعر بلاإثارة لدرجة ان النوم يتعذر علي | 16 |
| | لا | نعم | عادة ما أكون هادئاً | 17 |
| | لا | نعم | تمر بي فترات من عدم الأستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي | 18 |
| | لا | نعم | لا أشعر بالسعادة معظم الوقت | 19 |
| | لا | نعم | من السهل أن أركز ذهني في عمل ما | 20 |
| | لا | نعم | أشعر بالقلق على شئ ما ,أو شخص ما ,طوال الوقت تقريبا | 21 |
| | لا | نعم | لا أتهيب الأزمات و الشدائد | 22 |
| | لا | نعم | أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخريين | 23 |
| | لا | نعم | كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شئ ما | 24 |
| | لا | نعم | اشعر احيانا و بشكل مؤكد أنه لا فائدة لي | 25 |
| | لا | نعم | أشعر أحيانا أنني اتمزق | 26 |
| | لا | نعم | اعرق بسهولة حتى في الايام الباردة | 27 |
| | لا | نعم | الحياة صعبة بالنسبة لي فس أغلب الأوقات | 28 |
| | لا | نعم | لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سواء حظ | 29 |
| | لا | نعم | إنني حساس بدرجة غير عادية | 30 |
| | لا | نعم | لاحظت أن قلبي يخفق بشدة و أحيانا تتهيج نفسي | 31 |
| | لا | نعم | لا ابكي بسهولة | 32 |
| | لا | نعم | خشيت أشياء أو أشخاص أعرفهم لا | 33 |

| | | | | يستطيعون إيذائي | |
|--|----|-----|--|--|----|
| | لا | نعم | | لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا | 34 |
| | لا | نعم | | كثيرا ما أصاب بصداع | 35 |
| | لا | نعم | | لا بد أن اعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها | 36 |
| | لا | نعم | | لا أستطيع أن أركز تفكيري في شئ واحد | 37 |
| | لا | نعم | | لا ارتبك بسهولة | 38 |
| | لا | نعم | | اعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة | 39 |
| | لا | نعم | | أنا شخص متوتر جدا | 40 |
| | لا | نعم | | أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جدا | 41 |
| | لا | نعم | | يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين | 42 |
| | لا | نعم | | أنا أكثر حساسية من غالبية الناس | 43 |
| | لا | نعم | | مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها | 44 |
| | لا | نعم | | أكون متوتر للغاية أثناء القيام بعمل ما | 45 |
| | لا | نعم | | يدي و قدمي باردتان في العادة | 46 |
| | لا | نعم | | أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني | 47 |
| | لا | نعم | | لا تنقصني الثقة بالنفس | 48 |

| | | | |
|----|----------------------------|-----|----|
| 49 | أصاب أحيانا بلاإمساك | نعم | لا |
| 50 | لا يحمر وجهي أبدا من الخجل | نعم | لا |

| | |
|---------|--|
| الاسم | |
| الدرجة | |
| التصنيف | |

ملحق رقم (04) اختبار رسم الرجل:

ويعد اختبار رسم الرجل لجودانف (Goodenough 1926) من أشهر الاختبارات التي اهتمت بقياس الذكاء لدى الاطفال، حيث يطلب من الطفل أن يرسم رجلا ثم يتم تحليل الرسم وفق لقائمة تتضمن {51} عنصرا، حيث يتم تقدير العمر العقلي ونسبة الذكاء وصف إختبار الرجل: هذا الاختبار يتطلب قلم رصاص اسود وورقة بيضاء لا تحتوي على سطور.

التعليمية: "على هذه الورقة، سوف تقوم برسم رجل"ارسم احسن رسم و خذ كل وقتك واعمل قدر المستطاع، يمكن للفاحص أن يساعد الطفل قائلا له إنه حسن بدون التأثير عليه، لأن الاختبار يمكن إجراءه جماعيا، في هذه الحالة يجب تجنب كل الإيحاءات (الكتب في متناول الطفل، صور على الحائط.... إلخ)

تصحيح الإختبار: الفاحص يستغل الوقت ةلا يرتكب اخطاء عن طريق استخدام برتوكول القياس. و تترجم العلامة الكلية عن طريق تحويلها إلى العمر العقلي لنتحصل بعد تطبيق القاعدة على الذكاء العام (QI).

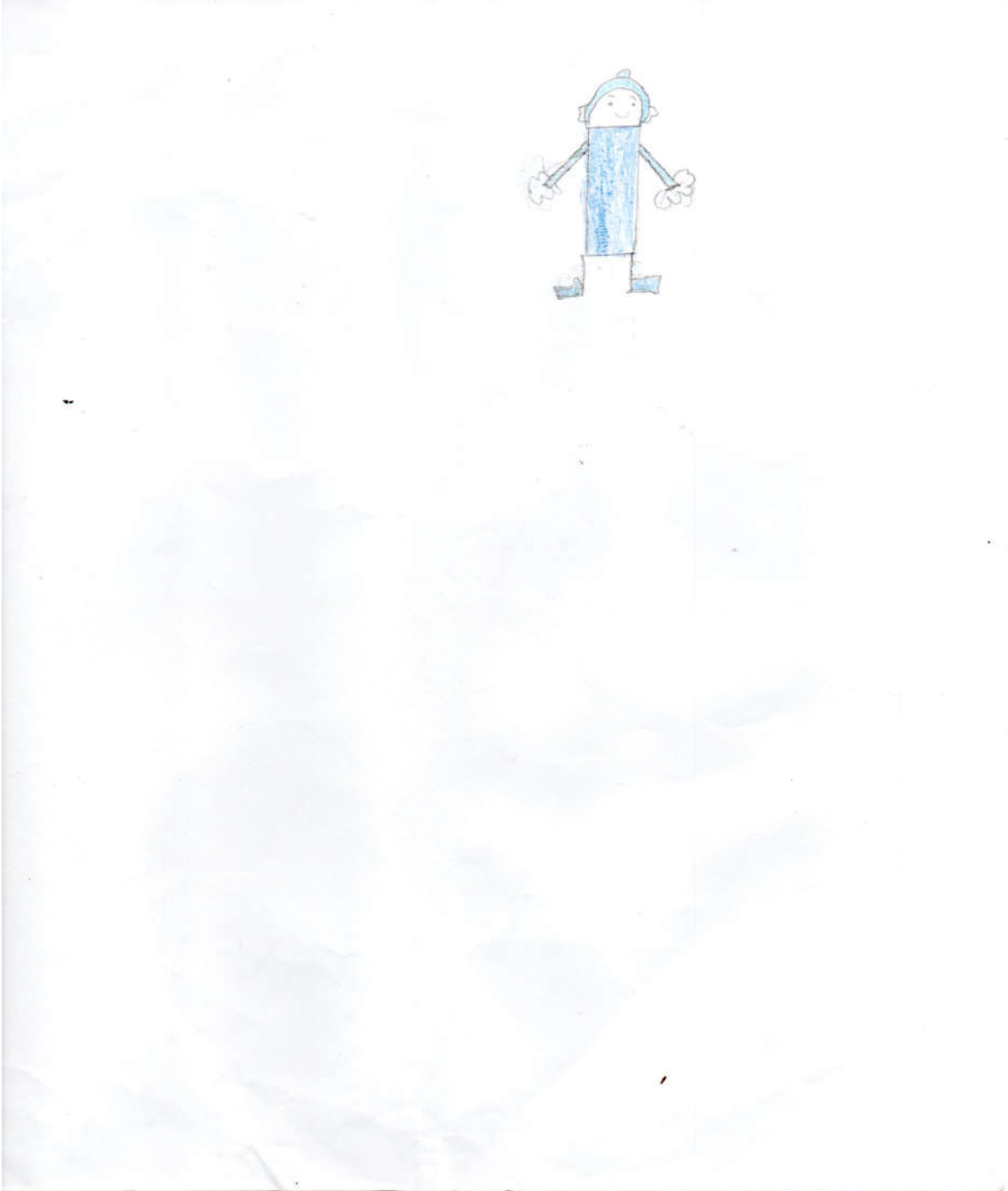
قواعد التصحيح: الفئة (أ): في هذا القسم، نرتب رسومات الرجل الغير مفهومة المعروفة أي إذا كان الرسم عبارة عن خريشة بدون هدف ينفذ الرسم بصفر.

الفئة (ب): هذا النوع يضم كل الرسومات التي يمكن أن تكون معرفة محاولات تمثيل الإنساني لكل عنصر من {51}

الملحق رقم 05: الحالة الثانية



الحالة الأولى



الملحق رقم 06:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التربية الوطنية

مدير التربية
الى
السيد : مدير مدرسة
بارة عبد القادر تيارت

مديرية التربية لولاية - تيارت
مصلحة التكوين و التفتيش
مكتب التكوين
رقم الإرسال: 2023/2.4/07.2

الموضوع: ف/ي متابعة التدريب الميداني
المرجع: ارسال جامعة ابن خلدون قسم علم النفس و الفلسفة.

بناء على الارسال المذكور في المرجع اعلاه ، يشرفني ان ارحص لكم باستقبال
الطالبة دينس كريمة و الطالبة راسي فتيحة باجراء التربص الميداني بمؤسستكم
تخصص ماستر علم النفس و الفلسفة .

تيارت في 2023/02/20

رئيس المصلحة
رئيس مصلحة التكوين و التفتيش
ابن قنصية عبد الرحمان

الموافق
مختار ع

07 الملحق رقم :



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة ابن خلدون تيارت



كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و الفلسفة و الأروافونيا.
رقم القيد: / ق.ع.ن.ف.أ. 2023.

إلى السيد المحترم: مدير المدرسة الابتدائية
بارة عبد القادر بتيارت

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار ترميم و ترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس و الفلسفة و الأروافونيا يشرفني أن أتمس من سيادتكم الترخيص للطلبة الآتية أسمائهم:

- دينس كريمة.

- راسي فتيحة .

مسجلون في السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي :

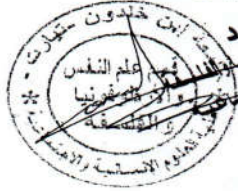
بإجراء دراسة ميدانية بمؤسستكم

برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم

و في الأخير تقبلوا منا أسى عبارات الاحترام و التقدير.

تيارت في : 0.F.F.V. 2023

رئيس القسم:



قندوز محمود
رئيس قسم علم النفس و الأروافونيا و الفلسفة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

بالموافقة
مختاري ع.

القرار رقم 1082



جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا و الفلسفة



تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطالب (ة) رائسي فتيحة.....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 100668031 والصادرة بتاريخ: 19/04/2016.....

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية.....

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنونها:

برنامج علاج معرفي سلوكي لخفض القلق.....

لدى: المطبخ المصالح بسطوح المعلم.....

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العملي.....

أصرح بشرفي أنني التزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة

الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ 05 جوان 2022.....

امضاء المعني

مصلحة التنظيم
قد تمّ وثقتك لتتأكد من صحة الإضاء
المبينة: رائسي فتيحة
ح با تة وار من رقم 100668031
الصادرة بتاريخ: 19/04/2016
من طرف مصلحة تيارت
تيارت في: 05 جوان 2022
عن رئيس المجلس البلدي

زقرار.ب.ب.



جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا و الفلسفة



تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطالب (ة) ديس كريمة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 202249164 والصادرة بتاريخ: 2018.01.14

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنونها:

برنامج علاجي معرفي يلائم كمي لخفض القلق لدى

المريض المصاب بمرض التصلب

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 05.05.2023

إمضاء المعني

إمضاء المعني

رئيس المجلس العلمي
رئيس المجلس الإداري
رئيس المجلس الأكاديمي

مصلحة التنظيم
قد شهود للمصادقة على الإمضاء
المصدرة: ديس كريمة
ح ب ت و ا ر س رقم 202249164
الصادرة بتاريخ: 2018/01/14
من طرف: ديس كريمة
تيارته في: 05.05.2023
عن رئيس المجلس العلمي البلدي