

الفصل الحادي عشر

التخلف العقلي

التخلف العقلي

يصنف التخلف العقلي mental retardation في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية- DSM IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) ضمن إضطرابات المحور الثاني (axis II) وهو من الإضطرابات التي تبدأ خلال مرحلة المهد أو الطفولة. ويكون الأداء العقلي للطفل دون المتوسط حيث تبلغ نسبة ذكائه حوالي ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وعادة ما يكون مصحوباً بخلل في السلوك التكيفي وذلك خلال سنوات النمو حيث لا يصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال في مثل سنه وفي جماعته الثقافية وذلك في إثنين على الأقل من المجالات التالية:

التواصل - العناية بالنفس - الفاعلية في المنزل - المهارات الإجتماعية أو بين الشخصية - الإستفادة من موارد المجتمع وإستغلالها - التوجيه الذاتي - المهارات الأكاديمية - العمل - الفراغ - الصحة - الأمان.

ويتحدد مستوى التخلف العقلي بناء على درجة شدته، ويميز DSM - IV بين أربعة مستويات للتخلف العقلي، هي:

١ - التخلف العقلي البسيط: mild وتتراوح نسبة الذكاء بين ٥٠ - ٥٥ تقريباً إلى حوالي ٧٠.

٢ - التخلف العقلي المتوسط: moderate وتتراوح نسبة الذكاء بين ٣٥ - ٤٠ تقريباً إلى حوالي ٥٠ - ٥٥

٣ - التخلف العقلي: الشديد: Severe وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٠ - ٢٥ تقريباً إلى حوالى ٣٥ - ٤٠

٤ - التخلف العقلي الشديد جداً: profound وتكون نسبة الذكاء أقل من ٢٠ أو ٢٥.

العلاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً

تعد فئة ذوى الإعاقة العقلية (المتخلفين عقلياً) من أكثر الفئات التى لم تلق أى إهتمام من قبل فى التطبيق الإكلينيكي للعلاج المعرفى السلوكى. وربما يرجع ذلك إلى أن أعضاء هذه الفئة تنقصهم الكفاءة العقلية والقدرة على التنظيم الذاتى - Self regulation وبالتالي فالإهتمام بهذه الفئة وإتساع نطاق تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى عليها يمثل تطوراً جديداً لكل من العلاج المعرفى السلوكى والإهتمام بأعضاء هذه الفئة إذ يعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على ذوى الإعاقة العقلية من الإتجاهات الحديثة فى هذا المجال بدأ فى نهاية الثمانينيات وإزدهر خلال التسعينيات، وإزدادت الدراسات التى تناولته زيادة كبيرة تعكس هذا الإهتمام المتزايد.

ومن الجدير بالذكر أن أعضاء هذه الفئة يتسمون باختلال الأداء الوظيفى المعرفى، وفى هذا الإطار يميز كندول (١٩٨٥) Kendall فيما يتعلق بالعمليات المعرفية والمحتوى المعرفى بين العجز المعرفى والتشويهاة المعرفية كمنطين من إختلال الأداء الوظيفى المعرفى، يشير النمط الأول منهما (العجز المعرفى) إلى مشكلات فى الأداء تتعلق بالعمليات المعرفية، بينما يشير النمط الثانى (التشويهاة المعرفية) إلى المحتوى المعرفى. هذا وقد إرتكزت الأنماط المبكرة من العلاج المعرفى السلوكى على نموذج العجز deficit model وركزت على المعرفة كعملية، أى أنها تناولت العجز فى الطريقة التى يقوم هؤلاء الأفراد بمقتضاها بجمع المعلومات عن العالم وتفسيرها، وبحل المشكلات. ومن هذا المنطلق يصبح الهدف من التدريب على التعليم الذاتى كما قدمه ميتشنيوم Meichenbaum على سبيل المثال هو تعلم وإستدخال مجموعة من التعليمات الذاتية الصريحة التى تحل محل الأفكار

اللاتوازمية. أما الإتجاهات الأكثر حداثة فى العلاج المعرفى السلوكى والتي يمثلها كل من أرون بيك، Beck, A. وألبرت إليس Ellis فتركز بدرجة أكبر على تحديد المحتوى الحقيقى للأفكار والإعتقادات والتعرف عليها حيث يفترض كلاهما أن محتوى المعارف المشوهة يجب أن يكون واضحاً من جانب العميل، وأن يوجه المعالج للعميل الأسئلة التى يتحقق من خلالها من وضوح هذا المحتوى وذلك قبل حدوث عملية الإكتشاف الموجه خلال العلاج. وهذا ما جعل تطبيق مبادئ العلاج المعرفى السلوكى على المتخلفين عقلياً بدرجة كبيرة تعترضه بعض العقبات.

ويوضح التراث السيكلوجى الذى يتناول العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض أو العميل فى مثل هذه الحالات أنها قد تكتنفها صعوبات عديدة. إلا أن العديد من المعالجين النفسيين قد وجدوا منذ صدور كتاب «العلاج النفسى للمتخلفين عقلياً» Psychotherapy and mental handicap الذى قام بتحريره كل من ويتمان وكونبوى - هيل (1992) Waitman & Conboy - Hill أن هناك احتمالاً لدخولهم فى علاقة علاجية مع مثل هؤلاء الأفراد الذين ليس لديهم من المهارات اللفظية سوى القدر المحدود، إلى جانب أنهم يعتبرون أفراداً غير مستجيبين لبيتهم.

ويوضح المسح السيكلوجى الذى أجراه هارشيك وآخرون (1992) Harchik et. al لتسع وخمسين دراسة تستخدم أساليب إدارة الذات Self - management أن تسعاً من هذه الدراسات تناولت خفض حدة سلوك العناد، بينما هدفت خمسون دراسة إلى زيادة المهارات الإجتماعية أو زيادة الأداء وتحسينه فى المواقف الأكاديمية أو المهنية بمعنى تحقيق الدقة والسرعة فى الأداء. وإنتهى هؤلاء الباحثون إلى أن إجراءات ضبط أو إدارة الذات لها تأثيرها الواضح بالنسبة لذوى الإعاقة العقلية. كما أنهم قد لاحظوا إلى جانب ذلك أن الأساليب المتبعة لزيادة مدى إجراءات إدارة الذات لتشمل تلك الإجراءات التى تتضمن الفرد فى صميمها سوف يكون لها أهميتها بالنسبة للباحثين. كذلك فإن أساليب العلاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً تهتم بالضبط الإجتماعى، وتحدد أهداف العلاج إلى حد كبير من جانب المعالج. ويتم تقييم مدى نجاح مثل هذه الأساليب فى ضوء الإنتاجية من جانب العميل، أو الإنتاجية ونقص السلوكيات الدالة على العناد.

وعند تقييم المحتوى المعرفى للمتخلفين عقلياً يعد التقرير الذاتى جانباً هاماً من إجراءات القياس. وتتضمن التشويهاة المعرفية مفاهيماً مجردة ومعقدة، وغالباً ما ترتبط بحالات إنفعالية يعتبر التقرير عنها من جانب العميل الذى يتسم بالتخلف العقلى أو بالأحرى بالعجز المعرفى من الأمور المشكّلة. وعلاوة على ذلك فإن المعالج الذى يتعامل مع التشويهاة المعرفية لدى عملاء يعانون من العجز المعرفى قد يتوقع نتائج معقدة حيث يكون من الصعب أن تتضح علاقات سببية فى ظل عدم وجود تقارير ذاتية تتسم بالصدق والثبات.

وقد يرجع إهمال التعامل لفترة طويلة مع أعضاء هذه الفئة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى إلى عدم التأكد من عدد من الأمور الهامة التى تتعلق بمدى ملاءمة هذا الأسلوب العلاجى للمتخلفين عقلياً، وتمثل الأسئلة الثلاثة التالية أهم هذه الأمور:

١ - هل يستطيع من يعانون من إعاقات عقلية استخدام مقاييس التقرير الذاتى للتعبير عما لديهم من معارف وذلك بشكل ثابت وصادق؟

من الجدير بالذكر أن القدرات العقلية المحدودة لأعضاء هذه الفئة تلقى بظلال من الشك على مدى صدق وثبات التقارير الذاتية التى تصدر عنهم، ومن ثم فإن هذه التقارير الذاتية لا تستخدم سوى على نطاق ضيق وإن كان سايجلمان وآخرون Sigelman et. al يرون أنه مع إجراء بعض التعديلات فى أسلوب مثل هذه التقارير يمكن لها أن تكون مفيدة. وتتضمن تلك التعديلات أن نجعل الإجابة عن الأسئلة المتضمنة مفتوحة وليست محددة بنعم أو لا، وأن نعتمد فى تقييم تلك العبارات التى تستخدم للمساعدة فى الفهم والتذكر على مواد مصورة بدلاً من المادة المسموعة، أو أن تستخدم المادة المصورة إلى جانب المادة المسموعة.

٢ - هل يمكن التغلب على الصعوبات التى تواجه أعضاء هذه الفئة فى فهم وإستيعاب المفاهيم المجردة والتعبير عنها؟

تؤكد الأدلة الإمبريقية أن أعضاء هذه الفئة غالباً ما يكون لديهم تشوش وعدم

وضوح فى إستيعاب المفاهيم الأساسية المرتبطة بموقف العلاج النفسى، وهو ما يتطلب التأكد منه قبل بدء البرنامج العلاجى وخاصة إذا ما كنا سنستخدم العلاج المعرفى السلوكى حتى نتأكد من تلك المفاهيم التى تتعلق بالأسباب والنتائج المترتبة على المعارف والمشاعر والسلوك قبل العلاج. وفى هذا الإطار قامت ريد وآخرون (Reed et. al (١٩٨٩ بتدريب مجموعة من المراهقين والراشدين المتخلفين عقلياً على إدراك مشاعر معينة مثل السعادة والحزن والتعبير عنها، ووجدوا أن هؤلاء الأفراد قد إستوعبوا هذه المشاعر وكانوا قادرين على التعبير عنها. ومن ناحية أخرى يمكننا أن نعدل من ردود الفعل الإنفعالية لأعضاء هذه الفئة وذلك من خلال أساليب سلوكية أو أساليب نفسية يقترن بها العلاج بالعقاقير.

٣ - هل يمكن التغلب على الصعوبات التى تواجه ذوى الإعاقة العقلية فى التنظيم الذاتى؟.

يرى العديد من الباحثين ومن بينهم أتباع العلاج المعرفى السلوكى أنه يمكن التغلب على مثل هذه الصعوبات خلال جلسات العلاج وذلك باستخدام عدد من الأساليب مثل التدريب على المهارات الإجتماعية، وحل المشكلات، والنمذجة. وهذا يعنى أنه بعد تدريب العميل على المهارات المستهدفة باستخدام الأساليب المناسبة فإنه يدخل إلى عالم المنطق إلى حد مقبول، ويمكن بعد ذلك تدريبه على إستخدام تكتيكات المواجهة والتى أثبتت الدراسات أنها كانت فعالة مع مثل هؤلاء الأفراد، وهو ما يساهم كما يرى جونستون (Johnstone (١٩٩٥ فى إعادة تأهيلهم نفسياً وإنخراطهم فى الحياة الإجتماعية.

هذا وسوف نستكمل سوياً مناقشتنا للعلاج المعرفى السلوكى لأعضاء هذه الفئة من خلال إستعراضنا لتلك النقاط التى يتضمنها الفصل الحالى، وسوف تتبع كل نقطة بدراسات تطبيقية حولها.

التنظيم الذاتى للسلوك

يرى داجنان وشادويك (Dagnan & Chadwick (١٩٩٧ أن هناك إتجاهين للعلاج المعرفى السلوكى يرتبطان بذوى الإعاقات العقلية، يقوم الإتجاه الأول على التعليم الذاتى Self - instruction أو التنظيم الذاتى Self - regulation لتعديل

السلوك، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة ويقوم هذا الإتجاه على نموذج العجز deficit الموجود لدى هؤلاء الأفراد وخصوصاً فى الأداء اللفظى الذى قد يمنهم فى بعض الأحيان من القيام بالتعليم أو التدريب الذاتى بفاعلية وذلك إما بسبب إفتقارهم إلى السلوك اللفظى أو بسبب القصور الوظيفى فى أدائهم اللفظى. ولذلك فإن الدراسات التى أجريت فى إطار هذا الإتجاه كانت تتقى من أعضاء هذه الفئة من هم عند حد أدنى معين فى الأداء اللفظى كدراسة وتمان (1990) Whitman على سبيل المثال. وكان الباحثون يشترطون فى أفراد عيناتهم أن يتحدث المفحوص عدداً من الجمل على الأقل بحيث تحتوى كل منها على كلمتين أو ثلاثة كحد أدنى. أما الإتجاه الثانى فقد تطور عن مناهج وأساليب العلاج النفسى، ويهتم بالإضطرابات الإنفعالية والسلوكية التى يعانى منها أعضاء هذه الفئة والتى تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صور وإستنتاجات وتقييمات تعد الإضطرابات السلوكية والانفعالية نواتج لها. ويسير هذا الإتجاه فى ضوء إتجاهى بيك وإليس. Beck & Ellis ولا يوجد سوى قدر ضئيل من الدراسات تتبع هذا الإتجاه قياساً بالإتجاه الأول. وقد حاولت تلك الدراسات أن تقوم بتقييم عدد من الأبعاد التى ترتبط بهؤلاء الأفراد وذلك لإختيار عينات الدراسات المختلفة تعرف بالتقييم قبل العلاجى، وهو تقييم للمهارات والأنشطة التى يتطلبها العلاج. كما حاول بعض الباحثين فى دراسات أخرى مثل سافران وآخريين (1993) Safran et. al بوضع بطارية للتقييم تتضمن مدى وعى العميل بالمشاعر والإنفعالات، وقدرته على التمييز بينها، ومدى قابليته لإحداث التغيير، وقدرته على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، وقدرته على التركيز على المشكلة، ومدى قدرته على القيام بالتعبير اللفظى.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تراور وآخريين (1988) Trower et. al قد قاموا بتطوير نموذج للحدث - الإعتقاد - النتيجة Antecedent - Belief - Consequence والتى تكتب إختصاراً ABC على غرار نموذج إليس. وفى ضوء هذا النموذج يقع حادث معين ويتم لفت نظر العميل له مع وصف تام لهذا الحدث، ويتم بالتالى

تصنيف مثل هذه العملية على أنها «حدث». أما تفسير وتقييم هذا الحدث فيصنفان على أنهما «إعتقاد». وفي ضوء النموذج المعرفى يرتبط الإعتقاد وليس الحدث بالنتيجة والتي قد تتضمن «إنفعالاً» أو ميلاً سلوكياً معيناً. وقام هؤلاء الباحثون بالتمييز بين نوعين من الإعتقادات على غرار ما قام به إيليس هما الإعتقادات الإستنتاجية والإعتقادات التقييمية. ومن المعروف أن إيليس Ellis هو أول من قام بهذا الفصل بين هذين النوعين. وتتضمن الإعتقادات التقييمية فى هذا الإطار إصدار أحكام على الشيء بأنه حسن أو ردىء، أو إصدار تفضيلات معينة من جانب الفرد كأن يقول إنه يفضل الشخص (أ) على الشخص (ب) مثلاً، أو أن (أ) قد فعل شيئاً حسناً، أما الإستنتاجات أو الإعتقادات الإستنتاجية فهى عبارة عن إفتراضات موقفية معينة كأن يقول مثلاً أن الشخص (أ) لايجبى، أو أننى سوف أفشل فى أداء ذلك، أو أن الناس تتجسس علىّ. وتتميل مثل هذه الإستنتاجات إلى أن تكون أوتوماتيكية مشوهة. ويرى بيك Beck أنها تميل لأن تكون مشوهة لأنها تتأثر بالوجدان. ومن الجدير بالذكر أن إستخدام نموذج ABC فى العلاج يتطلب ثلاثة أشياء أساسية هى:

أ - أن يقوم الفرد بتمييز وتحديد الحدث (الحدث) والفكرة المستنتجة المرتبطة به (الإعتقاد) والنتيجة السلوكية أو الإنفعالية المترتبة عليه (النتيجة).

ب - أن يدرك الفرد أن النتيجة ترتبط تماماً بالإعتقاد وليس بالحدث.

ج - أن يدرك الفرد أن الإعتقاد عرضة للتحقق من صحته.

وهذا هو الأمر الذى حاول هؤلاء الباحثون أن يقوموا بتدريب أعضاء هذه الفئة عليه حتى يكون هذا الأسلوب العلاجى فعالاً فى تناول مشكلاتهم المختلفة.

وفى هذا الإطار أجرى داجنان وشادويك (1997) Dagnan & Chadwick دراسة على 29 مفحوصاً من ذوى الإعاقات العقلية تم إختيارهم من لديهم قدرة لفظية تكفى للإجابة عن الأسئلة التى يمكن أن توجه إليهم، منهم 15 ذكوراً، 14 إناثاً متوسط أعمارهم 39 سنة. وكانت الإعاقة العقلية لديهم تتراوح بين الإعاقة البسيطة إلى المتوسطة، وقد تم تحديد درجة الإعاقة من خلال أدائهم على إختبار

المفردات الإنجليزية المصورة The British Picture Vocabulary Scale الذي أعده دون وآخرون (1982). Dunn et. al. وإستخدم الباحثان نموذج إيس ABC فكان يتم التركيز على حدث معين عندما كان العميل يشعر بالتوتر، وكانا يطلبان منه أن يحدد أولاً النتيجة الإنفعالية (C) ثم الحدث (A) وأخيراً الإعتقادات (B) التي لديه وعلاقتها بالنتائج. وكانا يعرضان على كل مفحوص صورة لوجه حزين ثم صورة لوجه غاضب، ويطلبان منه تسمية كل إنفعال، وأن يحدد سببين جعلاه هذا حزيناً، وسببين جعلاه الآخر غاضباً، ثم يسألانه عما يفكر فيه ذلك الوجه فى الوقت الراهن. وتم تصنيف النتائج طبقاً للحكم الذى أصدره المفحوص عن العلاقة بين النتيجة والإنفعال (B - C). وكشفت النتائج عن أن إجابات 80% من المفحوصين كانت إجابات صحيحة. وهو ما يؤكد فاعلية البرنامج فى مساعدة المتخلفين عقلياً على تحديد المشاعر وتقييمها وتسميتها مما يساهم فى تفاعلهم الإجتماعى.

ويرى داجنان وآخرون (1994) Dagnan et. al وداجنان وروديك (1995) Dagnan & Ruddick أنه يمكن قياس التغير فى سلوك أعضاء هذه الفئة نتيجة للعلاج، وكذا التغير فى حدة إعتقاداتهم وإنفعالاتهم باستخدام التقارير الذاتية حيث يصبح باستطاعتهم نتيجة للعلاج أن يستخدموا مقاييس التقارير الذاتية الدالة على حدة الإعتقادات إضافة إلى ملاحظة سلوكهم وتقييمه.

ومن الأساليب أو التكنيكات العلاجية التى تستخدم مع الأفراد ذوى الإعاقات العقلية تلك الأساليب السلوكية ذات المكون المعرفى والتى من أهمها الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك Self - regulation والتدريب على التواصل. ويعرف سميث (1990) Smith التنظيم الذاتى للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير فى سلوك الفرد والتى تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك. فى حين يعرفه فينسنت (1995) Vincent بأنه قدرة الطفل على أن يسلك ويؤدى ما يطلب منه فى أى موقف بشكل مستقل عن الآخرين، كما يعنى أيضاً قدرة الطفل على أن ينظم عمليات التفكير لديه عند قيامه بمهمة معينة. ويؤكد سالند (1994) Salend أن مهارات التنظيم الذاتى تعد على درجة كبيرة من الأهمية للطفل ذى الإعاقة

لأنهاتهم فى إندماجه بشكل ناجح مع أقرانه ومع الآخرين من حوله سواء كان ذلك الطفل فى مواقف خاصة أو فى فصل عادى، وبالتالي يمكن أن تؤدى به إلى السلوك التكيفى.

ويرى نايت (1994) Knight أن تدريب الطفل المعاق عقلياً عن قصد على التنظيم الذاتى للسلوك يساعد فى تحقيقه للإستقلالية ويؤدى به إلى ذلك. وحتى يتم تعليم ذلك للطفل يجب على المعلم ما يلى:

- أ - أن يعتقد ويؤمن بأن مثل هذا التعليم له أهميته، وأنه من الممكن أن نعلم مهارات التنظيم الذاتى لأولئك الأطفال الذين يفتقرون إليها.
- ب - أن يحدد بدقة أى المهارات وأنماط السلوك هى المطلوبة بدرجة كبيرة من جانب أولئك الأطفال حتى يمكنهم التصرف بدرجة كبيرة من الإستقلالية فى المواقف المختلفة.

ويقترح سالند (1994) Salend برنامجاً يضم ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة بوجه عام، وذلك كالتالى:

- ١ - الشرح والتفسير والمناقشة: explanation ويعنى مناقشة السبب الذى من أجله يعد نمط سلوكى معين أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية.
- ٢ - التعيين: identification ويعنى مساعدة الطفل فى التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذى يتم تدريجه عليه.
- ٣ - النمذجة: model ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوب تعلمها، أو السلوك المستهدف.
- ٤ - التمييز: differentiation ويعنى تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج الملائمة وغير الملائمة من السلوك.
- ٥ - لعب الدور: role - play ويمارس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية رجعية.

٦ - التقييم: assessment ويتم التأكد على فترات منتظمة من أن الطفل قد إكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت.

وفى سبيل تحقيق التنظيم الذاتى للسلوك للوصول بالطفل إلى السلوك التكيفى ترى وانج (١٩٩٢) Wang ولايلى (١٩٩٦) Lyle أن النموذج الأمثل لذلك هو دمج الأطفال المتخلفين عقلياً فى فصول عادية مع أقرانهم العاديين.

ويعد هذا الأسلوب (التنظيم الذاتى) ذا أهمية لذوى الإعاقات العقلية، كما تزايد الإهتمام به فى الآونة الأخيرة وذلك للأسباب التالية:

أ - يمكن لهؤلاء الأفراد عن طريق تعلم مهارات التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك أن يكونوا قادرين على إظهار سيطرتهم على حياتهم بأحداثها ومواقفها المختلفة والتي تتسم بالإعتمادية المتزايدة.

ب - يمكن إستخدام هذا الأسلوب لفترة طويلة من الوقت حتى دون وجود أى تدخل علاجى كالإشتراك فى أحد البرامج العلاجية على سبيل المثال.

ج - يمكن إستخدام هذا الأسلوب وتوظيفه وتطبيق فنياته والإستفادة منها فى العديد من المواقف.

د - يمكن من خلال مساعدة الفرد على إكتساب القدرة على ضبط سلوكه غير الملائم أن يحدث تطور مستقبلى لدى هذا الفرد فى مجموعة من الأنماط السلوكية المرغوبة إضافة إلى السلوك المستهدف بالتغيير.

ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم النظر إلى التنظيم الذاتى للسلوك فى الماضى على أنه أعلى من قدرات الأفراد المتخلفين عقلياً، إلا أن الدراسات الحديثة والعديد من دراسات الحالة قد أثبتت على العكس من ذلك أن بإمكان مثل هؤلاء الأفراد الإستفادة من تلك الفنية العلاجية فى تعديل سلوكهم حيث وجد زجيوب وآخرون (١٩٧٨) Zegiob et. al أن إضافة المراقبة الذاتية للسلوك الذى يؤدى إلى حدوث إصابات متنوعة لدى إحدى المراهقات المتخلفات عقلياً والتي تبلغ من العمر خمس عشرة سنة قد أدى إلى خفض حدة هذا السلوك لديها. وأجرى برايون

Bryon (1988) دراسة على أربعة مفحوصين لديهم تخلف عقلي متوسط، وتتضمن سلوكياتهم الصباح ومقاطعة الآخرين. وكشفت النتائج عن نقص فى أنماط السلوك تلك عند ما تم تعليمهم القيام بمراقبة الذات Self - monitoring كأحد عناصر التنظيم الذاتى للسلوك. وتم تعزيز هذا النقص فى تلك الأنماط السلوكية عندما تم تعليمهم القيام بتقييم سلوكهم على أنه جيد أو ردى. وإستخدم ثيرمان ومارتين (1989) Thierman & Martin أسلوب التنظيم الذاتى للسلوك لأربعة من المراهقين الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة وبالتالي عدم قدرة على التعليم وذلك بغرض تحسين مهاراتهم فى تنظيف المنزل. وتم إستخدام أربع مهام تتضمن النظافة، والصور ذات الإشارات المتتابعة، ومراقبة الذات (حيث يضع العميل علامة على الصورة يحدد من خلالها المكان الذى تم تنظيفه)، والتغذية الرجعية. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج فى تحسين المهارة المستهدفة حيث تحسنت هذه المهارات بشكل كبير ودال.

ومن ناحية أخرى قام كوجل وكوجل (1990) Koegel & Koegel بالتأكد مما إذا كان أربعة من التلاميذ المتخلفين عقلياً يعانون من التوحدية autism وتتراوح أعمارهم بين 9 - 14 سنة يمكنهم أن يتعلموا الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وذلك بغرض التقليل من أنماطهم السلوكية النمطية. وتم تدريب ثلاثة منهم على تسجيل سلوكهم النمطى فى غرفة العلاج، أما الرابع فقد تم تدريبه على القيام بذلك فى المواقف الإجتماعية. وكشفت النتائج عن أنهم كانوا قادرين على أن يسجلوا بدقة العديد من الأمثلة عندما لم يشاركوا فى السلوك النمطى، ولكنهم لم يكونوا دقيقين فى تسجيلهم لمدى وجود تلك النمطية. وعلى الرغم من ذلك فقد أظهر كل التلاميذ الأربعة نقصاً فى معدل حدوث السلوك المستهدف بالدراسة وهو التوحدية خلال البرنامج العلاجى. وعند ملاحظة نفس هؤلاء التلاميذ الأربعة فى مواقف التفاعل الإجتماعى وجد أن اثنين منهم قد تعلموا بسرعة إجراءات الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك فى هذه المواقف الجديدة، وأن النقص فى حدوث السلوك

النمطى الدال على التوحدية قد إستمر لفترة طويلة فى المواقف الجديدة حتى مع توقف البرنامج العلاجى .

كذلك فقد حاول وتمان (١٩٩٠) Whitman التغلب على نقص الدافعية ، وتصحيح الإعتقادات السلبية الخاطئة لدى عينة من المتخلفين عقلياً باستخدام الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك ، ومن ثم تعميم هذه الخبرة على مواقف أخرى لم يتم التدرب عليها . وبدأ التدريب باستخدام مناقشة مفتوحة ، ثم تم تدريبهم خلال الجلسات على العناصر الجديدة المطلوبة فى التنظيم الذاتى وذلك من خلال لعب الدور والنمذجة مع إعطاء واجبات منزلية . وحاول خلال الجلسات التى إستمرت ثمانية أسابيع أن يشرك المفحوصين فى أنشطة تهدف إلى زيادة دافعتهم وإهتمامهم فى الوقت الذى يعمل فيه على تصحيح إعتقاداتهم وأفكارهم الخاطئة التى قد تعوق إنتقال أثر التدريب . وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج وفاعلية إستراتيجية الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك حيث حدث تحسن دال فى سلوك هؤلاء المفحوصين . وإستخدم ديوراند وكار (١٩٩١) Durand & Carr أسلوب التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك لخفض حدة السلوك الذى يؤدى إلى إلحاق الأذى بالذات لدى عينة من المتخلفين عقلياً ، ووجد أن هذا الأسلوب العلاجى كتكنيك يستخدم فى العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى خفض أو تقليل السلوك الذى يعكس إلحاق الأذى بالذات حيث قل هذا السلوك لدى أفراد العينة بشكل كبير ودال .

هذا وقد قام كوبكن (١٩٩٤) Koppekin بمحاولة خفض السلوك الإندفاعى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام برنامج للضبط الذاتى المعتمد على أسلوب التعليمات الذاتية . وتضمنت هذه الدراسة ثلاث مراحل تمثلت المرحلة الأولى منها فى قيام الأطفال المتخلفين عقلياً بالإختيار بين ثلاثة مشيرات تتمثل فى أصناف متنوعة من الأطعمة تتشابه مع بعضها إلى حد كبير ، وتختلف من حيث صلاحيتها للأكل حيث يقوم الطفل بالتمييز بين الأطعمة الصالحة وغير الصالحة للأكل . أما المرحلة الثانية فتمثل فى تقديم المدعم وفقاً للفترة الزمنية التى يستغرقها

الطفل للوصول إلى الإستجابة الصحيحة، فى حين تضمنت المرحلة الثالثة تدريب الأطفال على التمييز بين الأطعمة وفقاً لكمية الطعام. وأسفرت النتائج عن أن برنامج الضبط الذاتى قد أحدث تحسناً ملحوظاً فى قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التمييز بين نوعية المثيرات وفقاً لصلاحيتها وكميتها، إضافة إلى خفض سلوكهم الإندفاعى. وإلى جانب ذلك قام سعيد دببى والسيد السمدونى (١٩٩٧) بمحاولة خفض الإندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة باستخدام برنامج معرفى سلوكى يقوم على أسلوب الضبط الذاتى عن طريق التعليمات اللفظية الذاتية. وإتضح من النتائج أن التدريب على الضبط الذاتى كان ذا فاعلية كبيرة فى الأداء على إختبار تجانس الأشكال، وهو ما يؤكد أن برنامج الضبط الذاتى المستخدم عن طريق تقديم التعليمات اللفظية للذات كان أكثر فاعلية وكفاءة فى إحداث تغيير إيجابى فى أداء الأطفال المتخلفين عقلياً على أنشطة حل المشكلات فى فترات زمنية أقل. كما توصل الباحثان أيضاً إلى أنه يمكن إستخدام اللغة الخاصة بفئة المتخلفين عقلياً للتأثير على إستجاباتهم إذا ما توفر لهم التدريب المناسب على إستخدام التعليمات الذاتية.

وبذلك يتضح أن ذوى الإعاقة العقلية يمكنهم القيام بالتنظيم أو الضبط الذاتى لسلوكهم. وهذا ليس مستبعداً بطبيعة الحال إذ أن الدراسات التى إستخدمت هذه الفنية العلاجية قد إستخدمتها فى الغالب مع ذوى الإعاقة العقلية البسيطة، أى مع فئة القابلين للتعلم والذين تتراوح نسبة ذكائهم بين ٥٠ - ٧٠ على أى مقياس فردى للذكاء.

التدريب على التواصل

يتضمن التدريب على التواصل كأسلوب علاجى العديد من عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ويعمل على خفض حدة السلوك غير المرغوب فيه، ويمكن توظيفه فى العديد من المواقف المختلفة. وقد يكون هذا التواصل رمزياً أو غير رمزى. ويتمثل المبدأ الذى يكمن خلف هذا الإتجاه فى أن الأنماط السلوكية

غير الملائمة قد تعمل كأفعال تواصلية لفظية ومعززات أو مدعّمات للسلوك سواء كانت إيجابية أو سلبية وتتوسط الأداء الإجتماعى للأفراد. ويرى ديوراند وبيروتى (١٩٩١) Durand & Berotti أنه فى حالة الإعاقات العقلية الشديدة أو الإعاقات الحسية المتعددة يكون هذا التواصل رمزياً، ويتم من خلاله لهؤلاء الأفراد تحقيق أشياء عديدة من البيئة كجذب إنتباه الآخرين إليهم وإهتمامهم بهم أو طلب الطعام على سبيل المثال. ثم يمكن للمعالج بعد ذلك أن يحول هذا التواصل إلى نسق غير رمزى للمهارات التى كانت تستخدم فى التواصل الرمزى فيحصل على الطعام بنفسه مثلاً أو يساعد فى الحصول عليه.

وهناك العديد من التكنيكات العلاجية التى يمكن إستخدامها مع تلك الفئة من الأفراد منها إعادة البناء المعرفى، وخفض الإثارة، والتدريب على المهارات السلوكية، والتدريب على الإسترخاء، والتعليم الذاتى، وحل المشكلات.

وفى هذا الإطار إستطاع جاردنر وكول (١٩٨٩) Gardner & Cole تدريب مجموعة من المراهقين ذوى الإعاقات العقلية على تطوير مهارات العمل فى ورشة وذلك باستخدام تكنيك التعزيز الذاتى. وتم تعليمهم أنهم إذا صمموا على أن يكونوا عمالاً جيدين فإنهم سوف يكسبون الكثير من المال. وعندما تعلموا السلوك المناسب كانوا يحصلون على المال كتعزيز ذاتى. كما توصلت هوجيز (١٩٩٢) Hughes إلى أن إستخدام أسلوب التدريب على التعليم الذاتى - Self instructional training يمكن من خلاله تعليم ذوى الإعاقة العقلية الشديدة مهارات مهنية معينة حيث دربتهم على تركيب المصابيح وإضاءتها وإطفائها. كما وجدت أيضاً أن هذا التدريب يمتد إلى مواقف أخرى لم تتدرب عليها عينة المراهقين المتخلفين عقلياً التى أجرت عليها دراستها تلك.

كذلك فقد قام وليامز وآخرون (١٩٩٦) Williams et. al بدراسة أثر تعليم مهارات التواصل لذوى الإعاقات العقلية على أدائهم المعرفى والإجتماعى وذلك من خلال برنامج تقليدى للتدريب على التعليم الذاتى. وقد هدفت الدراسة إلى تحقيق هدفين يتمثل أولهما فى مقارنة أثر التدريب على التعليم الذاتى عن طريق

التدريب اللفظى فى مقابل تشجيع العملاء على إكتشاف الحلول عن طريق حل المشكلات وذلك على الأداء المعرفى والإجتماعى، فى حين يتمثل الهدف الثانى فى التعرف على ما إذا كانت الفروق الفردية فى الأداء اللفظى والمعرفى يمكن من خلالها التنبؤ بنتائج التدريب أم لا. وقد ضمت عينة الدراسة ٢٥ فرداً يعانون من إعاقات عقلية وتتراوح أعمارهم بين ٢١ - ٦٠ سنة. وكان متوسط عدد الكلمات فى الجمل التى ينطقون بها لا يقل عن كلمتين، كما لم تكن لديهم أى إعاقات حسية جوهرية. وتم تدريب هؤلاء المفحوصين على مهارات التواصل حتى أصبحوا متحدثين ماهرين، كما تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ تدربت المجموعة الأولى على التعليم الذاتى اللفظى كى يصبحوا متحدثين ماهرين وذلك من خلال جلسات البرنامج الثمانى (لكل المجموعات) والتى إستمرت كل منها لمدة خمس وأربعين دقيقة. وتدربت المجموعة الثانية على التعليم الذاتى القائم على التريديد اللفظى، فى حين تدربت ثالثة تلك المجموعات على التعزيز الذاتى. وكان المفحوصون يدخلون فى نقاش مع المعالج للذى كان يعرض عليهم تدرجاً هرمياً للأسئلة يساعدهم على إكتشاف الغرض من المهمة ومراقبة الذات من خلال الأداء المناسب. وأوضحت نتائج تلك الدراسة فعالية هذا البرنامج مع هؤلاء العملاء حيث تعلموا أسلوباً للأداء الجيد فى المهام التى تدرّبوا عليها، ولم يبد أنهم قد إكتسبوا معلومات من خلال التعليم الذاتى (أى الدخول فى حديث ذاتى) كاستراتيجية لحل المشكلات. وأوضحت النتائج أيضاً أن الفروق الفردية فى الأداء اللفظى والمعرفى تعتبر عاملاً له أهمية كبيرة فى نجاح التدريب.

ومن الجدير بالذكر أن نقص المهارات وخاصة مهارات التواصل يعد بمثابة عقبة رئيسية أمام ذوى الإعاقة العقلية فى سبيل تحقيقهم للإستقلال، كما تعتبر هى المسئولة فى الغالب كما يرى لجنوجريز - كرافت وآخرون (١٩٨٨) - Lignugaris Kraft et. al عن فقدهم لوظائفهم حيث تحتاج تلك الوظائف إلى مهارات يتم إكتسابها فى كثير من الأحيان عن طريق التواصل. ويرى فريزر (١٩٩٢) Frazer أن مثل هؤلاء الأفراد يفشلون فى إستخدام تلك المهارات وتوظيفها فى مواقف

مشابهة بعد أن يكونوا قد تدرّبوا عليها في موقف معين. ويضيف جونز وآخرون (1993) Jones et. al أن ذلك يعكس صعوبة أساسية أمام هؤلاء الأفراد حيث لا يكون بإمكانهم أن يروا أنفسهم على أنهم هم الذين يقومون بتشكيل أنماطهم السلوكية أو أنهم هم المسئولون عنها، وربما يرجع ذلك كما يرى فيجوتسكى (1987) Vygotsky إلى تلك العزلة الإجتماعية حيث يتم عزلهم في مؤسسات خاصة بهم مما يحرمهم من كثير من تلك الخبرات الإجتماعية التي يحتاجون إليها خلال مضممار نموهم الإجتماعى والمعرفى وهو الأمر الذى يؤدى إلى تأخر نموهم فى تلك الجوانب قياساً بأقرانهم العاديين على سبيل المثال. وإلى جانب ذلك فإن لها أيضاً آثار إنفعالية سالبة عليهم وعلى مستوى دافعيتهم.

ومن ناحية أخرى يرى فيجوتسكى Vygotsky أن هؤلاء الأفراد يصبحون أكثر إعتماً على تلك الإشارات التى يتلقونها من البيئة الخارجية التى تعمل كمرشد لسلوكهم، فيبقون إعتمايين ويكتسبون موضعاً خارجياً للضبط. ويضيف وتمان (1990) Whitman أنهم يواجهون إلى جانب ذلك صعوبات فى الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك نتيجة تلك الإعتمادية التى تعمل أيضاً على إحداث صعوبات عديدة تؤثر سلباً على إنتقال أثر التدريب حيث يتعلم هؤلاء الأفراد الإعتما على الآخرين فى القيام بالسلوك بدلاً منهم أو تنظيمه لهم، وبالتالي يجدون صعوبة كبيرة فى أن يقوموا من تلقاء أنفسهم باستخدام تلك المهارات التى تعلموها وذلك بشكل مستقل.

وهناك عدد من العوامل تلعب دوراً هاماً فى تعليم هؤلاء الأفراد التنظيم الذاتى للسلوك منها دمجهم مع أقرانهم العاديين فى المدرسة حيث يوفر الدمج مدى متسعاً من الخيارات لتعلم المهارات المطلوبة يساعد فى الإستجابة بشكل مناسب لحاجات هؤلاء الأفراد، ويوفر لهم العديد من الأساليب كى يصبحوا أكثر خبرة فى السيطرة على سلوكهم والتحكم فيه. كما أن تدريب مثل هؤلاء الأفراد على أن يقوموا بنقل أثر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة لم يتم التدرّب عليها من قبل يتطلب

أيضاً الدافعية الذاتية وضبط النفس Self - Control إضافة إلى الإستخدام الجيد للغة بما لها من دور فاعل في تعلم التنظيم الذاتي للسلوك والدافعية الذاتية.

ويرى مارتن وبيير (1992) Martin & Pear أن هناك عدداً من العوامل تساهم في ضبط وتنظيم السلوك في المواقف الإكلينيكية والتربوية. ويأتى ضبط النفس أو كما يطلق عليه البعض الضبط الذاتي في مقدمة هذه العوامل، ويعتمد على قيام الفرد بتعزيز سلوكه. ويتضمن ضبط النفس عدداً من المكونات هي:

١ - مراقبة الذات: Self - monitoring ويعنى تسجيل سلوك الفرد من جانبه.
٢ - التقييم الذاتي: Self - evaluation ويعنى تقدير سلوك الفرد بناء على محك معين.

٣ - التعزيز الذاتي: Self - reinforcement ويعنى حدوث تعزيز أو تدعيم لسلوك الفرد من جانبه.

وعن طريق ذلك يصبح للفرد التحكم أو السيطرة الكاملة على سلوكه. وفيما يتعلق بالمكون الأول والذي يمثله «مراقبة الذات» فقد طلب ريز وآخرون (1984) Reese et. al من فتاة تتسم بالعدوانية وتعانى من تخلف عقلى بسيط وتبلغ الثانية والعشرين من عمرها أن تسجل ما إذا كان بإمكانها أن تقوم بالسيطرة على أعصابها أو أنها تفقد أعصابها فى المواقف المختلفة وذلك بوضع علامة أمام العبارات على الورقة المعدة لذلك والتي تم إعطاؤها إياها. وعلى الرغم من أنها لم تستطع أن تصور سلوكها غير الملائم بدقة فقد إتضح وجود نقص دال فى سلوكها العدوانى. هذا وقد أوضحت دراسات عديدة وجود إرتباط ضعيف بين دقة مراقبة الذات وأثرها فى تغيير السلوك الذى يتم تسجيله. أما فيما يتعلق بالمكون الثانى والذي يمثله التقييم الذاتى فقد إستخدم برايون (1988) Bryon هذا الإجراء عند دراسته لأربعة من المتخلفين عقلياً يعانون من تخلف عقلى بسيط وتتضمن سلوكياتهم الصياح ومقاطعة الآخرين، وأوضحت النتائج أن تلك السلوكيات قد قلت عند تعليمهم القيام بتقييم سلوكهم على أنه جيد أو ردى، وقد أشرنا إلى

ذلك من قبل . فى حين يتم المكون الثالث المتمثل فى التعزيز الذاتى بعدد من الوسائل حيث تم فى بعض الدراسات قيام المفحوص بوضع صورة لوجه مسرور أمامه كدليل على أنه أنهى المهمة المطلوبة منه مما أدى أيضاً إلى تحسن الأداء . واستطاع جاردنر وكول (١٩٨٩) Gardner & Cole فى الدراسة التى أشرنا إليها سلفاً وباستخدام هذا المكون أن يعلموا مجموعة من المراهقين المتخلفين عقلياً أن يكونوا عمالاً جيدين .

ومع ذلك فإن جونز وآخرين (١٩٩٣) Jones et. al يرون أنه لا يوجد فى التراث السيكولوجى حول ذلك الموضوع مثال لأحد المتخلفين عقلياً استطاع أن يستخدم التعزيز الذاتى فى تعديل سلوكه حيث كان يقوم أفراد آخرون غير هؤلاء المتخلفين عقلياً كالباحثين أو المعلمين مثلاً يقومون بوضع معايير معينة للأداء ، ويقومون بتعيين تلك المعززات لهؤلاء الأفراد المتخلفين عقلياً . ومع ذلك فقد أوضحت النتائج حدوث نقص فى السلوك غير الملائم وزيادة فى السلوك المستهدف داخل المهمة إلا أنه حينما كانت تحدث تغيرات فى السلوك فلم يبد أنها كانت ترتبط بشكل مباشر بتلك العناصر المحددة فى البرنامج التدريبي . ومن ناحية أخرى فإنه على الرغم من أهمية تعلم قواعد لفظية للسلوك فإنها مع ذلك لا تحتاج إلى معززات خارجية حيث يمكنها أن تؤدى من تلقاء نفسها إلى حدوث نقص فى معدل حدوث السلوك غير الملائم ، وبالتالي فإن تعلم القواعد اللفظية يمكن أن يؤدى إلى تنظيم السلوك والتحكم فيه ، وهو ما يعرف بالضبط أو التحكم اللفظى فى السلوك غير اللفظى .

وإذا كان التحكم الذاتى فى السلوك يمثل قدرة الفرد على إستخدام اللغة لوصف سلوكه والتحكم فيه ، فقد تطور أسلوب آخر هو التعليم الذاتى -Self instruction أو الحديث الداخلى inner Speech وفقاً لما قدمه ميتشبنوم Meichenbaum أما البرنامج المستخدم هنا فقد تطور عن نظرية فيجوتسكى ولوريا Vygotsky & Luria التى تعرف بالنظرية النمائية الإجتماعية التى تتناول الكيفية التى يمكن بمقتضاها للأطفال التحكم فى سلوكهم عن طريق

إستدخالهم للأحداث التي يستخدمها الآخرون في السيطرة عليها، وهو ما تم إستخدامه مع الأطفال العاديين وخاصة في تجنب السلوك الإندفاعي من جانبهم، وهو ما تم إستخدامه أيضاً لمواجهة القلق عند المراهقين. إلا أن ميتشنيوم (1990) يرى أن إستخدام هذا الأسلوب مع المتخلفين عقلياً لا يزال يدور حوله الكثير من الجدل. ومع ذلك ترى هوجيز وأجران (1993) أن إستخدام هذا الأسلوب مع المتخلفين عقلياً وحتى مع ذوى التخلف العقلي الشديد يساعدهم على أن يحيوا حياة شبه عادية وذلك في المواقف التي لايتوفر فيها مثل هذه التعليمات كما هو الحال في وسائل النقل العام أو في الأسواق. ومع ذلك فلا يزال الباحثون مترددين في إستخدام مثل هذا الأسلوب مع أفراد ذوى مهارات لفظية محدودة.

وأخيراً فإن نجاح أسلوب التواصل اللفظي مع أعضاء هذه الفئة يعد بمثابة مثال جيد للنجاح في إستخدام شكل من أشكال التدخل العلاجي الذي كان مستبعداً من قبل مع أعضاء هذه الفئة حيث كان يتم النظر إليه على أنه أعلى من قدراتهم.

الدافعية وتقدير الذات والمعرفة الإجتماعية

من الجدير بالذكر أن إستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع ذوى الإعاقة العقلية يعتبر فرصة تزيد من إحتمال زيادة عدد أنماط العجز المعرفي التي يمكن أن يظهرها هؤلاء الأفراد والتي قد تتضمن سرعة أداء العمليات العقلية والإندفاع في ذلك، وحل المشكلات، والتفكير المادى الملموس أو المحسوس، والصعوبات التي تتعلق بكل من الذاكرة واللغة. وقد تجعل تلك الأنماط من هذا الأسلوب العلاجي عملية معقدة، ولكنها مع ذلك تفسح المجال لظهور فنيات جديدة يمكن بمقتضاها التغلب على مثل هذه الصعوبات، وهو ما حدث بالفعل مع إدخال هذا الأسلوب العلاجي إلى حيز هذه الفئة من الأفراد.

ويرى جونز وآخرون (1997) أنه لا تزال هناك مجالات أخرى تمثل صعوبة وتحدياً أمام العلاج المعرفي السلوكي فيما يتعلق بأعضاء هذه الفئة. وتمثل تلك

المجالات فى كل من الدافعية، وتقدير الذات، والمعرفة الإجتماعية. ويشير زيجلر وهوداب (1٩٨٦) Zigler & Hodapp فيما يتعلق بالدافعية إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً غالباً ما يخبرون الفشل المتكرر الذى يؤدى بهم إلى الإقلال بدرجة كبيرة من تحديد أهداف خاصة بهم، وإلى العجز المتعلم، وإلى تكوين صورة سلبية للذات، وإلى عدم الرغبة فى بذل أى محاولات لتحقيق الأهداف مما يسلمهم بالتالى إلى الإعتماد على الآخرين. كما أن الحرمان الإجتماعى الذى يتعرضون له ووضعهم فى مؤسسات خاصة بهم يؤدى إلى زيادة دافعتهم فى الحصول على التعزيز الإجتماعى مما يدفع بهم إلى تعلم القيام ببعض الأشياء حتى يستطيعون إرضاء الآخرين، ولكنه فى الوقت ذاته يؤدى بهؤلاء الأفراد إلى أن يكونوا أقل دافعية بوجه عام. ويؤكد ميرفى وآخرون (1٩٩٠) Merighi et. al ذلك حيث يرون أن الحرمان الإجتماعى يؤدى إلى زيادة دافعية هؤلاء الأطفال إلى التعزيز الإجتماعى والذى يبدو بالتالى أنه يؤثر سلباً على الإلتباه إلى مهام التعلم، وحتى إلى النقص الحادث فى نسبة الذكاء. هذا إلى جانب أن غالبية أعضاء هذه الفئة الذين يمكن أن نستخدم معهم هذا الأسلوب العلاجى يتسمون باعتمادهم الزائد على الآخرين، وبعجزهم الشخصى الزائد أيضاً، وهو ما قد يؤدى بالتالى إلى إعتماد أولى من جانبهم على المعالج فى تحديد المشكلة المستهدفة بالعلاج، وإلى البطء الزائد فى تطوير مفهوم عن القدرة الشخصية والتوكيدية، وهو ما قد يمثل عقبة أمام المعالج المعرفى السلوكى. وفى ضوء ذلك يصبح من الواضح أن هؤلاء الأطفال يكون لديهم تقدير للذات منخفض بدرجة كبيرة، إذ أن غالبيتهم يكون قد مر بخبرات عديدة للفشل مما ينمى لديهم الإعتقاد بعجزهم فى القيام بالسيطرة على البيئة. كما أنهم من ناحية أخرى يكونوا قد خبروا قدراً كبيراً من الخبرات الشخصية غير السارة التى تؤدى بهم أيضاً إلى الرؤية السلبية للذات وللعالم وللمستقبل وذلك قياساً بأى مجموعات علاجية أخرى. هذه الخبرات إضافة إلى الرفض الإجتماعى من جانب البعض قد يؤدى بهم إلى مقاومة التغير الذى يمكن أن يحدث نتيجة للتدخل العلاجى حيث قد يؤدى إعادة البناء المعرفى لديهم على

سبيل المثال إلى مواجهة خلفياتهم الشخصية والتي تتسم بطبيعتها بتقدير منخفض للذات وبنخفاض فعالية الذات لديهم.

كذلك يرى لندساي وآخرون (Lindsay et. al (١٩٩٤) أن هؤلاء الأفراد لهم حياتهم الإنفعالية الخاصة بهم ومع ذلك يمكن إخضاع جوانبها المختلفة للبحث الإمبيريقى حيث وجد هؤلاء الباحثون أن مجموعة الأفراد ذى الدرجة البسيطة من التخلف العقلى الذين أجروا دراستهم عليها كانوا قادرين على أن يوردوا تقارير عن مشاعرهم وإنفعالاتهم تتسم بمستويات مرتفعة من الثبات. وإلى جانب ذلك يرى أوليفر (Oliver (١٩٨٦) أن هناك صعوبة فى قياس مفهوم الذات بشكل دقيق لدى مثل هؤلاء الأفراد، ومع ذلك يمكن التغلب على هذه المشكلة باستخدام بعض الأساليب إذ أوضح أنه أمكن لإحدى المتخلفات عقلياً فى الرابعة عشرة من عمرها وتعانى من زملة داون Down Syndrome ونسبة ذكائها أربعين أمكن لها باستخدام الصور أن تكون شبكة تستطيع من خلالها التعرف على أن الأطفال المتخلفين عقلياً مختلفين عن بعضهم البعض، ولكنها مع ذلك لم تطبق هذه الفروق على نفسها. وكانت العلاقة بين رؤيتها لذاتها ولذاتها المثالية وللآخرين واضحة. وقد أوضح تكرار هذه المهمة ثبات تلك الرؤى.

أما بالنسبة للمعرفة الإجتماعية فمن المعروف أن مجال العلاقات الإجتماعية يعد هو المجال الذى يواجه فيه المتخلفون عقلياً تحديات كبيرة. ومع ذلك فهناك العديد من المواقف المهنية والتعليمية التى يمكن فيها خفض درجة وطبيعة الإعاقة العقلية وذلك عن طريق تعليمهم توقع أى صعوبة محتملة والعمل على التخطيط لمواجهةها. ومع ذلك فإن مجال العلاقات بين الشخصية يعد من المجالات المعقدة بدرجة كبيرة التى لا يمكن توقعها. كما أن ذلك المجال غالباً ما يتضمن إشارات إجتماعية تتسم كما يرى كليمنتس (Clements (١٩٨٧) بالغموض والتناقض.

وتؤكد دراسات عديدة على وجود أوجه نقص أو عجز فى النسق المعرفى الإجتماعى للمتخلفين عقلياً يأتى فى مقدمتها التوحدية، والصعوبات فى مجال التشغيل المعرفى الاجتماعى كما يرى فوكس وبنسون (Fuchs & Benson (١٩٩٥)

إضافة إلى خلفياتهم الشخصية التي تؤدي إلى صعوبات في الدافعية ومفهوم الذات. كما أنه من غير المحتمل أن نجد من بين هؤلاء الأفراد من يفهم الموقف بشكل متكامل، إضافة إلى عدم قدرته على الإستجابة للموقف بشكل مناسب وذلك بسبب عدم الإهتمام أو القلق.

حل المشكلات الإجتماعية

يعد حل المشكلات الإجتماعية بمثابة عملية معرفية إنفعالية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد وإكتشاف أو إبتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية. وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم إجتماعي، أو أسلوب للتنظيم الذاتي، أو إستراتيجية عامة للمواجهة يمكن تطبيقها كما يرى دازوريللا (١٩٨٨) D' Zurilla على عدد كبير من المشكلات. ومن المصطلحات الأخرى التي يمكن أن تطلق عليها حل المشكلات الشخصية Personal problem - Solving وحل المشكلات بين الشخصية interpersonal وحل المشكلات المعرفية بين الشخصية interpersonal Cognitive. ومن المعروف أن الحل الجيد للمشكلات التي تواجه الفرد يساعده على تحقيق التوافق، والعكس صحيح.

ويختلف حل المشكلات الإجتماعية عن التدريب على المهارات الإجتماعية حيث يعمل التدريب على المهارات الإجتماعية على إكساب العميل إستجابات تتناسب مع المواقف الإجتماعية التي يمر بها ذلك العميل، في حين يشير حل المشكلات الإجتماعية إلى عملية إكتشاف سلسلة من التصرفات أو السلوكيات لها فاعليتها في مجابهة المشكلات اليومية التي يواجهها الفرد، وهذه تأتي بالتالي بعد التدريب، أي أن التدريب على المهارات الإجتماعية يسبق حل المشكلات الإجتماعية. هذا ويمكن تطبيق حل المشكلات الإجتماعية على مدى كبير من المواقف، كما يمكن تعميمه على مشكلات يحتمل ظهورها في المستقبل.

ومن الجدير بالذكر أن ذوى الإعاقة العقلية يجدون صعوبات كثيرة في التعامل مع المشكلات الإجتماعية وبين الشخصية كما يرى بوفارد (١٩٩٠) Bouffard

حيث تسود بينهم أنماط من السلوك الإجتماعى اللاتوافقى وهو ما يعوق حدوث الإندماج بين أعضاء هذه الفئة أو بينهم وبين غيرهم من العاديين. كما أن هذا السلوك اللاتوافقى قد يكون ناتجاً عن نقص فى قدرتهم على حل المشكلات سواء الشخصية أو الإجتماعية. وعلى الرغم من أهمية التدريب على حل المشكلات الإجتماعية كأسلوب علاجى فإن المتخلفين عقلياً لا يستطيعون فى الغالب إستخدام مثل هذا الأسلوب بنجاح نظراً لسيادة أنماط السلوك اللاتوافقى أو اللاتواؤمى بينهم. ولذلك فهناك إقتراح يرى تدريب أعضاء هذه الفئة على هذا الأسلوب العلاجى فى خمس خطوات كالتالى:

١ - التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديدتها.

٢ - التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة.

٣ - التفكير الوسىلى أو الذى يتضمن الغاية والوسيلة.

٤ - التقييم وإتخاذ القرار.

٥ - التوصل إلى الحل.

ويفضل ألا تكون مدة التدريب طويلة حيث يرى جمع من الباحثين أن هذه المدة يجب أن تتراوح بين أربعة أسابيع إلى ثمانية أسابيع مع زيادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة وذلك بقدر المستطاع. كذلك يجب إستخدام الأسئلة القصيرة مع إستخدام الإثابة الدورية حتى نساهم فى تحسين فهمهم للمشكلات المختلفة. إلا أنه مع ذلك لا يمكن أن يكون حل المشكلات الإجتماعى كأسلوب علاجى كافياً بمفرده لتحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية أو تحقيق التوافق الإجتماعى لأعضاء هذه الفئة. ويمكن قياس أثر هذا الأسلوب عند إستخدامه كبرنامج علاجى من خلال مقاييس السلوك التكيفى adaptive أو مقاييس الضغوط النفسية.

هذا وتقدم إدارة الصحة والرعاية الإجتماعية البريطانية Department of Health and Social Security برنامجاً مقترحاً للتدريب على حل المشكلات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية على أساس من الأدلة النظرية والتطبيقية للتدريب على حل

المشكلات مع عينات مختلفة، وأهمية التدريب على الدور الإجتماعى بالنسبة لأعضاء هذه الفئة وفى سبيل الإهتمام بهم حتى يمكنهم الإنخراط فى الحياة الإجتماعية، مع وجود بعض المرونة فى التطبيق تترك للمعالج بحسب خصائص الأفراد الذين يتم تطبيق هذا البرنامج عليهم. ويمكننا أن نعرض ملخصاً لهذا البرنامج على النحو التالى:

- أولاً: طريقة التدريب:

تقترح الإدارة أن يتم التدريب وفق الخطوات التالية:

١ - المناقشة المفتوحة:

وتعتبر مثل هذه المناقشة ضرورية خاصة عندما يتطلب الأمر لفت الإنتباه إلى المشاكل الراهنة حيث يؤدي عدم القدرة على لفت الإنتباه لتلك المواقف التى تتضمن قدراً كبيراً من الإضطراب الإنفعالى إلى صرف إنتباه البعض عن التدريب.

٢ - مراجعة الجلسة السابقة:

ويجب أن تبدأ كل جلسة بمراجعة لما يكون قد تم التدريب عليه فى الجلسة السابقة حتى يتم:

أ - إستدعاء المكونات الأساسية التى تضمنتها الجلسة السابقة حتى لا ينساها العميل.

ب - التأكد من أن من لم يحضر الجلسة السابقة قد أصبح على دراية بمحتوى الجلسات.

ج - مراجعة الواجبات المنزلية والتأكد من إتمامها وهو ما يعتبر بمثابة تغذية رجعية فى هذا الصدد.

د - ربط الجلسة السابقة بالجلسة الحالية حتى يكون هناك نوع من التواصل بالنسبة للبرنامج.

٣- تدريس المكون الجديد:

وبمجرد شرح المكون الجديد يتم تشجيع كل عميل على أن يردد ذلك ويعطى أمثلة عليه. ويمكن هنا استخدام إستراتيجيات معينة مثل لعب الدور والنمذجة. كما يجب أيضاً ربط هذا المكون الجديد بما سبقه حتى يتم تحقيق التواصل في عملية حل المشكلات.

٤- التدريب على جزئيات حل المشكلة:

ويتم خلال كل جلسة التدريب على الجزئيات الصغيرة على أن تتدرج في مدى صعوبتها، وأن تتدرج من المشكلات الشخصية إلى المشكلات بين الشخصية التي تتضمن العديد من الأدوار (السلطة - الأصدقاء - الغرباء)، كما يجب أيضاً تعزيز تلك المحاولات التي يبذلها هؤلاء الأفراد في سبيل ذلك.

٥ - الواجبات المنزلية:

يجب تحديد واجبات منزلية في كل جلسة، ويطلب خلالها من العملاء تطبيق ما تم إكتسابه من مهارات في حل المشكلات وذلك على مواقف مختلفة من الحياة الواقعية.

٦ - مراجعة محتوى الجلسة والتدريب على الإسترخاء:

تتمثل المرحلة الأخيرة في كل جلسة في إعطاء ملخص سريع لما تم تناوله والتدريب عليه وذلك كمراجعة للجلسة، ويتم تحديد الواجبات المنزلية المطلوبة، ويتبع ذلك بضع دقائق من الإسترخاء.

- ثانياً: المواد المستخدمة:

وتتضمن هذه المواد ما يتعلق بالمشكلات الشخصية، وجزئيات محددة من هذه المشكلات، ووسائل سمعية وبصرية تتضمن بطاقات بها مكونات التدريب، وأشرطة مسجلة، وواجبات منزلية، وأجندة. ويتم تحديد عدد من المشكلات للتدريب عليها سواء كانت هذه المشكلات شخصية أو إجتماعية على أن تتم إثارة هؤلاء العملاء لتناولها.

ومن الخطوات الأساسية فى البرنامج تدريب العملاء على التعرف على الأحداث وعلاقتها بالإنفعالات والنتائج فى نموذج ABC الذى قدمه إليس Ellis والذى يقوم على إكتشاف العلاقة بين الحدث A والنتيجة C وذلك عن طريق تشجيع العملاء على إكتشاف الإعتقاد أو الإعتقادات B التى تعمل كمسببات للإستجابات اللاتواؤمية. ويتم التدريب على ذلك من خلال الموضوعات التالية:

أ - مشاعر سلبية ترتبط بمشكلات مختلفة.

ب - السيطرة على البواعث إذ يساهم ذلك فى منع حدوث النتائج السلبية.

ج - وضع مشاعر وأفكار الفرد فى الإعتبار حيث يساعد ذلك على تحديد المشكلة.

د - التغذية الرجعية من أفراد آخرين حيث يمكن أن يساعد ذلك فى حل المشكلة.

هـ - إثارة المفحوصين لمحاولة إكتشاف تلك الأحداث المسببة للإنفعالات السلبية
مثل:

- ما الذى جعلنى حزينا؟

- ما الذى كنت أفكر فيه قبل أن يحدث ذلك؟

- ثالثاً: التقييم:

ويتم من خلال إستخدام عدد من الإختبارات يكشف أداء المفحوصين عليها عن مدى التقدم الذى أحرزوه بعد تطبيق البرنامج. كما يمكن أن يتم ذلك أيضاً من خلال ملاحظة المعالج لأداء المفحوص.

وإلى جانب ذلك هناك عدد من المحكات يمكن إستخدامها فى هذا الصدد ويمكن إجمالها كالتالى:

١ - طبيعة المشكلة التى يتم تحديدها وهل هى ضمنية أم علنية.

٢ - أسلوب حل المشكلات، وهل هو إستقلالى، أم إعتمادى، أم شبه مستقل.

- ٣ - عدد الحلول الإستقلالية التي يتم توليدها.
- ٤ - عدد التقارير البديلة التي تتوفر كتلك الحلول والإستجابات غير المرتبطة بالمشكلة.
- ٥ - عدد الإستجابات غير المرتبطة بالمشكلة والتي يتم توليدها.
- ٦ - درجة التفكير المقارن.
- ٧ - القدرة على تبرير الحل الذى يتم إختياره.
- ٨ - درجة التقبل الإجتماعى للحل.
- ٩ - درجة فاعلية الحل أو أثره.
- ١٠ - عدد الأفكار المرتبطة بالمشكلة والقابلة للتطبيق.
- ١١ - عدد الوسائل المقترحة لتحقيق الغايات.
- ١٢ - درجة واقعية الوسائل المستخدمة.

إلا أن تطبيق مثل هذا البرنامج يكتنفه بعض الصعوبات حيث نجد أن بعض مكونات البرنامج ليست سهلة الفهم أو الإستيعاب من جانب ذوى الإعاقة العقلية، وبالتالي يجب إستخدام أمثلة ملموسة ووسائل ومعينات بصرية وتعليمات ذاتية. كما يجب أن نبقى على إهتمام هؤلاء الأفراد بالبرنامج، وهذا يتطلب بطبيعة الحال أن يتعامل ذلك البرنامج مع حاجاتهم المختلفة، وأن نبقى على دافعيتهم للمشاركة فى البرنامج والإستفادة منه.

وفى هذا الإطار تعتبر المهارة الإجتماعية على درجة كبيرة من الأهمية، وتعد بمثابة بعض عناصر للسلوك ذات أهمية بالنسبة للأفراد حتى يتمكنوا من أخذ المبادرة أو المبادرة فى العلاقات الإيجابية بين الشخصية والإبقاء عليها وإستمرارها. ويذكر أريال (١٩٩٢) Ariel عدداً من هذه المهارات سواء اللفظية أو غير اللفظية التى يمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال من بينها:

- التواصل بالعين: eye Contact وتعنى قدرة الطفل الإبقاء على تواصله عن طريق العين مع شخص آخر يستمع إليه أو يتحدث معه وذلك لفترة زمنية قصيرة على الأقل.

- التعبير الوجهى: facial expression وتعنى القدرة على إظهار أو إستخدام تعبيرات الوجه كالإبتسام أو إبداء الإهتمام للإبقاء على تواصله مع شخص آخر.

- الإبقاء على المسافة الإجتماعية: Social distance وتعنى معرفة أين يقف الفرد قياساً بالآخرين، ومعرفة متى يكون التواصل الجسمى غير مناسب.

- خصائص الصوت: quality of voice وتعنى المهارة فى إستخدام عدد من الخصائص المتعلقة بالصوت كالحدة، والنغمة، ومعدل الكلام، والوضوح، والمحتوى وذلك فى الإبقاء على التواصل مع الغير.

- الترحيب بالآخرين: Greeting others كالبدء بالتواصل أو الإستجابة للترحيب، أو دعوة طفل آخر لشاركه فى القيام بنشاط معين.

- التحدث مع الآخرين: وتعنى مهارات المحادثة التى تتناسب مع العمر الزمنى للطفل، والتعبير عن المشاعر، وتوجيه الأسئلة، وحسن الإستماع، وإبداء الإهتمام، والإستجابة للأسئلة المطروحة.

- اللعب مع الآخرين والعمل معهم: وتتضمن الإمتثال للقواعد، والمشاركة، والقدرة على الوصول إلى حل وسط، والمساعدة، وأخذ الدور، وتحية الآخرين، وتقديم الشكر لهم فى المواقف التى تتطلب ذلك، أو الإعتذار لهم فى تلك المواقف التى يجب أن يقدم فيها ذلك.

- لفت الإنتباه أو طلب المساعدة: وذلك باستخدام الأساليب التى تتناسب مع تلك المواقف.

- مواجهة الصراع: وتتضمن السيطرة على العدوان، والتعامل مع الغضب من جانبه ومن جانب الآخرين بشكل مقبول، وتقبل النقد، والتحلّى بالروح الرياضية.

ويقترح أريال Ariel أن يتم التدريب على المهارات الإجتماعية بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً في ست خطوات كالتالى:

- ١ - التحديد أو التعيين: وتعنى تحديد المهارة المستهدفة وبيان أهميتها.
- ٢ - نمذجة المهارة: وذلك بتقديمها من خلال نموذج سواء كان ذلك نموذجاً حياً أو نموذجاً رمزياً من خلال الفيديو أو الأفلام أو أفلام الكرتون.
- ٣ - التقليد: ويعنى محاولة الطفل أن يؤدى نفس المهارة التى يكون قد تم أداءها أمامه.
- ٤ - التغذية الرجعية: ويمكن إستخدام الفيديو لتوضيح أنه لم يؤد المهارة كما ينبغى.
- ٥ - إتاحة الفرصة أمام الطفل لإستخدام المهارة: وذلك عن طريق إشراكه فى العديد من الأنشطة المتنوعة.
- ٦ - التعزيز: ويتم بشكل إما مادي أو لفظى وذلك عن طريق المكافأة أو الثناء.

وفى هذا الإطار إستطاع مورفى وكليير (1991) Murphy & Clare تدريب مراهق فى التاسعة عشرة من عمره على المهارات الإجتماعية مما أدى إلى حدوث نقص كبير ودال فى معدل سلوكه العدوانى. وإستطاع شورت وآخرون (1993) Short et. al باستخدام أفلام كرتون كنماذج مع أطفال فى العاشرة من العمر من المتخلفين عقلياً وكان يتم عرض تلك الأفلام عليهم كنماذج وذلك لتنمية مهاراتهم الإجتماعية من معارف وإدراك وحساسية فى التفاعل، أن يحسنوا من مستوى المهارات الإجتماعية لهؤلاء الأطفال. كما توصل بوب وجرنز (1998) Pope & Jones فى دراستهما لخمسة أفراد يعانون من تخلف عقلى

متوسط، وإستخدامها فيها مراقبة الذات كأحد عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك إلى جانب تدريبهم على المهارات الإجتماعية وذلك بغرض التقليل من سلوكهم اللاتواؤمى، فتم تعليم كل منهم أن يرى ويسجل مدى تكرار السلوك المستهدف، وكشفت النتائج أن تلك الإجراءات قد أدت إلى حدوث نقص دال فى السلوك اللاتواؤمى لكل منهم حتى مع عدم إستخدام أى تعزيز خلال الدراسة.

الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية

يرى نيزو ونيزو (1994) Nezu & Nezu أنه إذا كان أولئك الذين يتلقون العلاج المعرفى السلوكى يتم تشجيعهم على فهم وجداناتهم وعلى تعلم مهارات المواجهة مع أسباب وأعراض تلك الوجدانات فإن ذوى الإعاقة العقلية يعيشون فى بيئات تعج بالعديد من الضغوط التى يتعرضون لها سواء فى العمل أو العلاقات بين الشخصية، ونظراً لإفتقارهم إلى المهارات المختلفة سواء المهارات بين الشخصية أو المهارات الإستقلالية وتعرضهم لتلك الضغوط فإن ذلك يؤثر سلباً على وجداناتهم. ومع ذلك فقد إزداد إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع أعضاء هذه الفئة نظراً لأن:

- أ - العلاج المعرفى السلوكى يعد وسيلة ثابتة وصادقة لإحداث التغير المرغوب فى الوجدانات وأنماط السلوك.
- ب - المتخلفين عقلياً يحتاجون إلى تشجيعهم على تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير فى جوانب حياتهم المختلفة، وفى هذا الإطار يعد العلاج المعرفى السلوكى أسلوباً فعالاً لتعلم المهارات.

ومن الجدير بالذكر أن جليك وزيجلر (1995) Glick & Zigler يقترحان تفسيراً نظرياً للاختلافات التى يمكن أن تظهر فى فينومولوجيا الإضطراب الإنفعالى لذوى التخلف العقلى البسيط والشديد حيث يريان أن هناك تطوراً نمائياً فى التعبير عن الإضطراب الإنفعالى حيث يتسم السلوك فى المراحل الأولى من التطور باستجابات مباشرة وسريعة ولا تتغير وذلك للمثيرات الخارجية، كما يتسم

الأداء الوظيفى بأنه يكون غير مباشر وتخيلى إضافة إلى أنه يتخذ أنماطاً لفظية أو رمزية. ومن ثم فإن ذوى التخلف العقلى الشديد سوف يظهرون إضطرابهم الإنفعالى من خلال أفعالهم وليس من خلال معارفهم، كما أنه يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يبدوا أعراضاً تدل على بغضهم للآخرين وليس بغضهم لأنفسهم. فى حين يظهر ذوو التخلف العقلى البسيط كماً أكبر من الأعراض تدل على بغضهم للآخرين كالعدوان الجسمى عليهم، إلى جانب أعراض أقل تدل على بغضهم لأنفسهم كالشكاوى الجسمية وفقد الشهية على سبيل المثال، مضافاً إليها أعراض أخرى تدل على التعبير من خلال الأفعال المباشرة وليس من خلال التفكير. وبالتالي فإن المتخلفين عقلياً الذين يكونوا فى المراحل الأولى من التطور يميلون إلى التعبير عن توترهم بإتجاه الخارج أى يوجهونه نحو الآخرين، فى حين يميل المتخلفون عقلياً الذين يكونون فى المراحل الأعلى من التطور إلى التعبير عن توترهم بإتجاه الداخل أى يوجهونه نحو أنفسهم، كما يعبرون عن مشكلاتهم الإنفعالية بنفس الطريقة أيضاً. وهذا يوضح كيف يختلف التعبير عن الإضطرابات الإنفعالية باختلاف مستويات الإعاقة العقلية، وهو الأمر الذى يجب أن نضعه فى الإعتبار عند التعامل مع أعضاء هذه الفئة ووضع البرامج العلاجية لهم.

ومن المقاييس التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد مقياس الأعراض السيكوباتولوجية للمتخلفين عقلياً *The Psychopathology Instrument for Mentally retarded Adults (PIMRA)* الذى أعده سيناتور وآخرون (Senatore et. al (١٩٨٥) وذلك لتحديد الأعراض السيكوباتولوجية التى تبدو عليهم سواء بشكل عام أو بشكل خاص. ويتكون هذا المقياس من ٦٥ عبارة وقد تم بناؤه فى ضوء الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الثالثة *DSM - III* والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٨٠ ويضم ذلك المقياس سبعة مقاييس فرعية، إلا أن ما يؤخذ عليه أنه قد

تم تصميمه من خلال المعرفة بالأقران العاديين، وعلى هذا فقد قدم بيروودسكى وآخرون (Pirodsky et. al (١٩٨٥) مقياساً بيولوجياً للإكتئاب يمكن إستخدامه مع المتخلفين عقلياً وغيرهم بعنوان The Dexamethasone Suppression Test ويكتب إختصاراً DST. وقد وجد هؤلاء الباحثون علاقة دالة إحصائياً بين إثنين أو ثلاثة من الأنماط السلوكية كإلحاق الأذى بالذات، والعدوان الجسمى، والإنسحاب الإجتماعى وبين النتيجة الإيجابية لهذا المقياس. إلا أن تطبيقه على أعضاء هذه الفئة من المتخلفين عقلياً يحدث الكثير من الجدل إذ لا يمكن الإعتماد عليه بشكل كبير نظراً لما يتميز به هؤلاء المفحوصون من سمات، ومن ثم يفضل أن يكون هذا المقياس بمثابة مقياس تشخيصى فقط وأن نعتد إلى جانبه على الملاحظة الإكلينيكية.

هذا وعلى الرغم من وجود كم كبير من الدراسات التى يتضمنها التراث السيكولوجى حول القلق والهلع والإكتئاب وغير ذلك من الإضطرابات الإنفعالية لدى الأفراد العاديين والتى يتراوح علاجها بين التدريب على الإسترخاء، والتحكم التدريجى فى القلق، والعلاجات المعرفية المختلفة التى تتضمن العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج المتمركز حول البنية المعرفية، والعلاج المعرفى التحليلى، فإن مثل هذه الدراسات تندر تماماً أو تكاد تنعدم بالنسبة للمتخلفين عقلياً حيث نكاد بصعوبة بالغة نحصل على دراسة واحدة أجريت فى هذا المجال أو حتى تتناول ذلك الأثر البسيط لأى شكل من أشكال العلاج المستخدم مع مثل هذه الإضطرابات. وفى هذا الإطار يقدم لندساي وآخرون (Lindsay et. al (١٩٩٧) إقتراحاً نظرياً يتضمن عدداً من الإجراءات التى يمكن أن تتبع لخفض حدة القلق لدى هؤلاء الأفراد، وإن لم توجد هناك أدلة على مدى صحة مثل هذه الإجراءات وقيمتها الإكلينيكية فى خفض حدة القلق لدى المتخلفين عقلياً. وهذه الإجراءات هى:

١ - وضع أجنده معينة تتحدد فيها الخطوات التي يمكن أن تتبع خلال الجلسات المختلفة، وهذا بطبيعة الحال يسمح للعميل أن يسير وفق ما تم تحديده له في هذه الخطوات بشكل منظم ووفقاً لنسق معين، ومن ثم تصبح مثل هذه الأجنده ذات أهمية كبيرة خلال جلسات العلاج. ومن الجدير بالذكر أن هناك نقاطاً معينة يتم تحديدها في الإجنده حتى يتم تناولها خلال الجلسة بحيث يتم التركيز على كل نقطة من تلك النقاط على أن تكتب النقاط بلغة بسيطة وسهلة ومحددة حتى لايساء فهمها.

٢ - تحديد الأفكار السلبية التي يعتقد أنها هي المسئولة عن القلق وذلك كما في الدراسة التي أجراها ليندساي (1٩٩١) Lindsay عندما قام بتحديد تلك الأفكار من خلال لعب الدور وذلك عن طريق تمثيل بعض الأحداث الصعبة التي مر بها العميل في الماضي. ويذكر مثلاً لذلك حالة العميل الذي أتى إليه وهو يخاف من وجوده مع إناث في غرفة واحدة، فطلب منه أن يقوم بلعب هذا الدور وتمثله، وبعد ثلاث جلسات شعر العميل بالراحة والأمان. وقد لاحظ الباحث أن ذلك العميل كان يبدو عليه القلق أثناء قيامه بلعب الدور، فقام بتوجيه سؤال إليه عما يفكر فيه، فاستطاع بهذه الطريقة أن يحدد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي كانت تدور في ذهنه والتي ذكرها كالتالي:

- لا أستطيع أن أتحمل البقاء هنا مع هؤلاء البنات.

- سوف يصبح وجهي أحمرأ.

- إنهن ستضحكن عليّ.

- هذا شيء مزعج بالنسبة لى.

- أنا لا أحب البنات.

- إنه لشيء سىء ومزعج أن توجه حديثك إلى البنات.

كذلك يمكن فى هذا الإطار القيام بلعب الدور العكسى وذلك بين المعالج والعميل، فىقوم العميل بدور المعالج ومن ثم يعمل على توجيه الأسئلة المختلفة إلى (المعالج) الذى يقوم بدور العميل. ويستطيع المعالج الذى يقوم بدور العميل فى تلك الحالة أن يقوم بتوجيه أسئلة لها مغزاها ومدلولها فى العملية العلاجية إلى العميل الذى يقوم بدور المعالج فى تلك الحالة مما يساعد على ظهور الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وتحديدتها حتى يتم التعامل معها بعد ذلك. كما يمكن أيضاً من خلال هذه الطريقة تطوير وعى العميل بالعلاقة بين مآلديه من إعتقاد وتفكير وإنفعال وبين ما يقوم به من سلوك.

٣ - تحديد العلاقة بين الأفكار وخبرة القلق والسلوك: ويمكن هنا تحديد وتناول العلاقة بين أفكار العميل ومشاعره وإعتقاداته وسلوكه حيث نجد أن أفكاره الأوتوماتيكية ترتبط باعتقاده وهو ما يؤدى بطبيعة الحال إلى إثارة العديد من الأفكار التى تؤثر على السلوك. ومن ناحية أخرى هناك بعض الإعتقادات لدى الفرد ترتبط بفكرته عن ذاته يصعب فصلها عن الأفكار الأوتوماتيكية وتحديدتها حتى تتم مواجهتها. وعند العلاج يتم التعامل مع مثل هذه الإعتقادات على أنها بمثابة أفكار أوتوماتيكية.

٤ - تصوير monitoring الأفكار الأوتوماتيكية والمشاعر: وفى هذا الإطار يقدم لندساي (١٩٩٧) Lindsay أسلوباً جديداً لذلك يتم فيه تحديد مثل هذه الأفكار والمشاعر من خلال التعرف عليها فى أفلام الكرتون، كما يتم ذلك أيضاً من خلال مقياس يعرف بمقياس التناظر أو التماثل analogue scale يتسم بالمرونة ويستخدم بشكل يومى لقياس الأفكار والمشاعر. وأحياناً يتم استخدامه فى المنزل كل ساعة، ويمكن استخدامه لقياس عدد من المتغيرات كالقلق والحجل والإكتئاب وحتى الإنتباه. ويوضح الشكل التالى مثلاً لإستخدامه مع القلق والذى يعد بمثابة إستمارة لتسجيل الإنفعالات.

- هل شعرت بالقلق اليوم؟

الساعة	لا	بدرجة قليلة	بدرجة كبيرة	كثيراً
٩ - ١٠ صباحاً				
١٠ - ١١ صباحاً				
١١ - ١٢ صباحاً				
١٢ - ١ ظهراً				
١ - ٢ بعد الظهر				
٢ - ٣ بعد الظهر				
٣ - ٤ بعد الظهر				

٥ - تحديد محتوى الإعتقادات من خلال الأفكار الأوتوماتيكية السلبية: وذلك عن طريق لعب الدور على سبيل المثال، فيعاد تمثيل المواقف المثيرة للقلق مثلاً حتى تساعد العميل على فهم العلاقات بين أفكاره ومشاعره المرتبطة بالقلق وبين سلوكه. كما يستخدم لعب الدور أيضاً بصورة مستمرة لمساعدة العميل على ممارسة أساليب للتفكير أكثر تكيفاً في المواقف الحرجة. وفي هذا الإطار يتم استخدام لعب الدور كتمهيد لمهام الواجبات المنزلية حيث يمكن للعميل أن يقوم باستخدام مثل هذه الأفكار في المواقف الواقعية.

٦ - مواجهة الإعتقادات اللاتواؤمية: ويتم بعد تحديد تلك الأفكار العمل على دحضها وتفنيدتها من خلال المناقشة التي يجريها المعالج مع العميل ويساعده من خلالها على القيام بذلك. ويمكن استخدام أفلام الكرتون كنماذج في هذا الإطار على أن يتبعها مناقشة لما يتم في هذا الصدد خلال الفيلم.

٧ - تطوير أفكار تواؤمية من خلال توليد معارف بديلة: ويتم هنا استخدام أبسط

المعارف التي تظهر بالدليل وذلك في إطار العلاج . ويتم ذلك باستخدام عكس تلك الأفكار السلبية كلما أمكن . فإذا ما عدنا إلى المثال الذي ذكرنا فيه أن من بين الأفكار التي قدمها العميل أنه قال: «أن البنات سوف يضحكن عليّ» وذلك حينما كان لا يريد أن يجلس في غرفة واحدة مع بنات، فيمكننا هنا أن نستخدم عكس هذه الفكرة فنقول: «لن يضحك عليّ أى إنسان»، وكذلك الحال بالنسبة لفكرة أخرى ولتكن مثلاً: «إنه لشيء سيء أن نتحدث إلى البنات» لتصبح بعد أن نستخدم عكسها «إنه لشيء جيد أن نتحدث إلى البنات». وبهذه الطريقة تصبح الفكرة مساعدة ويتم بالتالي التأكيد عليها في تناول المواقف المثيرة للقلق بدلاً من تناولها في مواقف الخوف أو تلك المواقف التي يحدث فيها إضعاف المكانة أو الحط من القيمة الذاتية .

٨ - التدريب على هذه الأفكار خلال جلسات العلاج من خلال لعب الدور: وقد استخدم لندساي Lindsay تلك الفنية في دراساته السابقة ١٩٩١، ١٩٩٣ . وبعد لعب الدور ولعب الدور العكسي تمهيداً لمهام الواجبات المنزلية مما يساعد العميل على استخدام تلك الأفكار في مواقف الحياة الواقعية المتباينة .

٩ - تكوين إفتراضات بنائية جديدة حول الذات: ومن المعروف أن مثل هذه الإفتراضات تتم بناء على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية حول الذات، ثم تناول عكس هذه الأفكار بعد دحضها وتفنيدها، أى تتم مواجهتها، ويتم بعد ذلك تطوير أفكار تواؤمية من خلال المعارف البديلة .

١٠ - إعطاء الواجبات المنزلية وذلك لمراجعة المعارف اللاتواؤمية وتعزيز الإفتراضات البنائية الجديدة عن الذات والأفكار التواؤمية، ومن ثم تصبح المهام المتضمنة فى الواجبات المنزلية ذات أهمية إذ يمكن من خلالها تصوير الأفكار اللاتواؤمية التي تحدث خلال الأسبوع، كما أنها تعمل أيضا على توفير مواقف يتم فيها ممارسة الأفكار التواؤمية والتدريب عليها .

هذا وقد استخدم لندساي (١٩٩١) Lindsay أسلوب لعب الدور للتخفيف من

الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المتعلقة بالقلق، ثم قام بتبديل الأدوار بين المعالج والعميل، وقام كذلك بمناقشة الأسباب المؤدية للقلق مع العميل وإستخدام إلى جانب ذلك مراقبة وتصوير الأفكار والمشاعر، وأفلام الكرتون لتوضيح المشاعر وذلك لدى عميل واحد نسبة ذكائه ٦٧ على مقياس وكسلر، ويبلغ من العمر الزمنى ٢٧ سنة، وإستغرق البرنامج العلاجى أربعة عشر أسبوعاً، وكشفت النتائج عن حدوث نقص كبير فى الأفكار السلبية المتعلقة بالقلق وهو ما أدى إلى خفض حدة القلق لدى هذا المفحوص. وهذا يدل بطبيعة الحال على فاعلية البرنامج المستخدم فى خفض حدة القلق. كما كشفت الدراسة التبعية بعد ستة شهور عن إستمرار إنخفاض مستوى القلق لدى العميل. ومن ناحية أخرى قام لالى (١٩٩٣) Lally باستخدام أفلام كرتون كنماذج لتدريب عينة من الأطفال من المتخلفين عقلياً فى العاشرة من أعمارهم على فهم وإستيعاب الشاشة كإفعال، إضافة إلى إستيعاب الإنفعالات الإيجابية. ووجد أن البرنامج قد أدى إلى قدر كبير من التحسن فى قدرة هؤلاء الأطفال على فهم وإستيعاب تلك الإنفعالات.

وفيما يتعلق بالغضب يرى نوافكو (١٩٩٣) Novaco أن خبرات الغضب الخاصة بالمتخلفين عقلياً الموجودين داخل المؤسسات الخاصة بهم تنحصر فى بيئاتهم الفيزيقية (المادية) والإجتماعية. كما أن الفرص المتاحة أمامهم للمتعة والعمل والأنشطة الإجتماعية تعد محدودة، إضافة إلى أنهم كثيراً ما يتعرضون لإساءة الإستخدم اللفظى والجسمى من جانب المشرفين نظراً لنشاطهم الزائد، وهو ما يؤدى فى الغالب كما يرى أتوود وجوكيم (١٩٩٤) Attwood & Joachim إلى تعرض هؤلاء المشرفين للإحترق النفسى. ويرى مكالبين وآخرون (١٩٩١) Mc Alpine et. al أن العديد من المتخلفين عقلياً يعانون من صعوبات فى التذكر، والتنظيم السلوكى، والتعبير عن إنفعالاتهم المختلفة كإفعال الغضب على سبيل المثال والذى يعد من الإنفعالات السلبية القوية، كما أنهم لا يستطيعون القيام بالتمييز بين الإنفعالات. ويضيف باتيس (١٩٩٢) Bates إلى ذلك عجزهم عن التعبير بشكل مناسب ومقبول عن إنفعالاتهم السلبية. ويرى هولت (١٩٩٤) Holt

أن العجز فى التعبير عن الإنفعالات يعنى أنه قد يتم تجاهل حاجات الفرد أو حزنه، أو قد تتم إثارة ذلك حتى يتفاقم وهو ما يؤدى إلى أن تنشأ دائرة مفرغة من السلوك العدوانى. وقد يدل الغضب فى مثل هذه الحالة على عدم قدرة المشرفين على التعاطف معهم وعلى إقامة علاقات متبادلة معهم.

ويرى كل من نونافكو وويلش (١٩٨٩) Novaco & Welsh أن هناك عدداً من العوامل المعرفية تتوسط حدوث الغضب. ويشير مثل هذا التوسط المعرفى إلى تلك العمليات المعرفية التى تحدث قبل الحدث الذى يؤدى إلى هذه الإثارة، وأثناء إدراك هذه الحدث وذلك كجزء من العملية الإدراكية، وكذلك بعد حدوث مثل هذا الحدث. وأن مثل هذه العمليات تؤثر على السلوك وتتأثر به، ومن ثم ترتبط بالسلوك إرتباطاً وثيقاً، وتصبح من جرائها توقعات الشخص المرتبطة بالموقف غير واقعية وجامدة أى غير مرنة، وتؤدى به إلى زيادة مدى ومدة الحساسية للإشارات الموقفية المرتبطة بالأبنية العقلية المرتبطة بتلك الإثارة. وعلى ذلك تتأثر العمليات الإدراكية كاليقظة والنشاط، والانتباه الإنتقائى، وأهمية الإشارة بالوضع المعرفى وبالتغيرات المرتبطة بالسياق. وتعد عمليات التقييم التى يتم بمقتضاها إعطاء المعانى الشخصية للأحداث ذات أهمية محورية وجوهرية بالنسبة للإنفعالات والتوترات.

وفىما يتعلق بإثارة الغضب فإن الأفعال التى تصدر عن الآخرين يمكن تفسيرها على أنها تهديد للصورة الذاتية للفرد، وبالتالي تعتبر عدوانية ومن ثم تحظى بأهمية شخصية مبالغ فيها. ويرى هاويلز (١٩٨٩) Howells أن توجيه اللوم للآخرين يعد بمثابة مظهر أساسى بالنسبة للغضب، أما باندورا (١٩٧٣) Bandura فىرى أن إجترار الأفكار حول حدث معين يطيل من الإثارة الحادثة. إلا أن أهمية الإجترار فى التأثير على مدة دوام الغضب وردود الفعل المرتبطة به لا يمكن إعطاؤها مزيداً من التركيز وذلك حتى نستطيع فهم خبرات الغضب لدى المتخلفين عقلياً الذين يقيمون فى تلك المؤسسات الخاصة بهم حيث يرى هاويلز (١٩٨٩) Howells أن هناك العديد من الصعوبات فى التقييم الإكلينيكى للأفراد الذين يعانون من الغضب ويقيمون فى مثل هذه المؤسسات نظراً لأن هذا التقييم يعتمد على مقاييس التقرير

الذاتى للغضب مثل ذلك المقياس الذى أعده نوافكو (١٩٨٣) Novaco والمسمى بمقياس نوافكو للغضب والإثارة Novaco Provocation Inventory ومقياس الغضب كسمة وكحالة أو ما يعرف بحالة وسمة الغضب الذى أعده شبيبلبرجر وآخرون (١٩٨٣) Spielberg et. al والمعروف Spielberg State - trait anger Scale . وفى هذا الإطار قام نوافكو (١٩٩٤) Novaco بتطوير مقياس جديد يقوم على إطار مفاهيمى يستخدم مع عينات مختلفة من المرضى .

وفيما يتعلق بالعلاج المعرفى السلوكى للغضب فقد بدأ على يدى نوافكو (١٩٧٥) Novaco وبمرور الوقت تم تطويره وتعديله على أنه إتجاه يقوم على تطوير مهارات مواجهة الضغوط والتوترات حيث يهدف إلى تطوير مهارات المواجهة التى يتم تطبيقها بشكل تدريجى أى عن طريق التعرض التدريجى لجرعات من الإثارة . ويضم إجراء يتضمن ثلاث مراحل هى الإعداد المعرفى ، واكتساب المهارة ، والتدريب على التطبيق وهو ذلك الإجراء الذى قدمه ميتشبنوم Meichenbaum منذ البداية لعلاج المشكلات المتعلقة بالقلق ثم طوره نوافكو (١٩٧٧ ، ١٩٨٠) Novaco لعلاج الغضب المزمن . وتتألف المكونات الأساسية للعلاج من :

١ - إعادة البناء المعرفى . Cognitive reconstructing

٢ - خفض أو تقليل الإثارة . arousal reduction

٣ - التدريب على المهارات السلوكية . behavioral Skills training

ومن الصعوبات التى تواجه علاج أولئك الأفراد الذين يعانون من الغضب أن العديد من هؤلاء الأفراد يتسمون بالعدوانية والتعجل والإنفاعلية والقابلية للإثارة ، كما يميلون للحساسية الزائدة للتهديد المدرك ويستجيبون لذلك بشكل عدوانى . وغالباً ما يجد المعالجون صعوبة فى مواجهة مثل هذه الإنفعالات الصعبة . ونظراً لوجود بعد خارجى فى الغضب يرى نوافكو (١٩٩٤) Novaco أن ذلك قد يمنع الفرد من قبول المسئولية الشخصية عن حدوث تغير ، كما أنه يؤثر سلباً على دافعية الفرد تجاه العلاج .

هذا ويمكن إستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى علاج مشاعر الغضب والإحباط لدى المتخلفين عقلياً، إلا أن بلوندين وألان (1987) Blunden & Allen يريان أنه نادراً ما يتم تناول تلك الصعوبات المرتبطة بمشاعر الغضب لدى أعضاء هذه الفئة. ولم تصل بنسون Benson وزملاؤها (1986) إلى نتائج مشجعة عند إستخدامهم للتعديلات التى أدخلها نوافكو Novaco على علاج الغضب بالرغم من حدوث نقص فى متوسط درجات أعضاء المجموعات التى تم إجراء تلك الدراسة عليها من المجموعات الأربع التى تضمنتها العينة حيث تم إستخدام التدريب على الإسترخاء مع المجموعة الأولى، والتعليم الذاتى مع المجموعة الثانية، وحل المشكلات مع المجموعة الثالثة، أما المجموعة الرابعة فقد إستخدم أعضاؤها كل هذه الأساليب معاً، ولم تكن الفروق بين هذه المجموعات دالة، وهو الأمر الذى جعل بنسون (1994) Benson تركز فى تناولها للغضب على إجراء يتضمن مكوناً عن تعيين الحالات الإنفعالية.

وعند محاولتهما لخفض حدة الغضب والعدوانية لدى مراهق متخلف عقلياً فى التاسعة عشرة من عمره إستخدام مورفى وكليمر (1991) Murphy & Clare برنامجاً علاجياً لمدة عام تضمن أسلوب الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وذلك لضبط الغضب وما يتبعه من عدوانية، إضافة إلى مراقبة الذات، والتدريب على المهارات الإجتماعية، ومهارات مواجهة المواقف المثيرة للغضب. وأوضحت النتائج حدوث نقص كبير ودال فى العدوان الجسمى واللفظى للمفحوص بعد البرنامج العلاجى، وهو ما يؤكد فعالية ذلك البرنامج فى تعديل السلوك. ودرس بلاك ونوافكو (1993) Black & Novaco حالة عميل فى نهاية العقد الرابع من عمره وذلك لخفض حدة العدوان الجسمى واللفظى لديه، وهدف العلاج بطبيعة الحال إلى تعديل سلوكه. وقد قسما البرنامج العلاجى إلى ثلاث مراحل أطلقوا على المرحلة الأولى منه مرحلة الإعداد المعرفى، وتم تقسيمها إلى جزئين يعرف أولهما بمرحلة مراقبة الذات، أما الثانى فيعرف بمرحلة الحصول على المعلومات، وحددا لكل مرحلة فرعية منهما أربع جلسات علاجية. بينما أطلقوا على المرحلة الثانية

إسم مرحلة إكتساب المهارة، وقسمها أيضاً إلى مرحلتين فرعيتين تعرف الأولى بمرحلة إثارة العميل لخفض حدة العدوانية، والثانية تعليم إستراتيجيات المواجهة، وحددا لكل مرحلة فرعية منهما عشر جلسات علاجية، فى حين أطلقا على المرحلة الثالثة التدريب أو التطبيق وإستمرت حتى نهاية الدراسة التتبعية. وإستخدما فنيات مراقبة الذات، والمناقشة، وخفض الإثارة، والتدريب على المهارات السلوكية والإجتماعية. وأوضحت النتائج أن العميل قد حقق ضبطاً كبيراً للغضب والعدوان ساعده على تعديل سلوكه وضبط نفسه عند شعوره بالغضب، كما ساعده أيضاً على التفاعل مع الآخرين. وباستخدام نفس هذه الإجراءات إضافة إلى لعب الدور، ومراقبة الذات وذلك خلال برنامج علاجى إستمر لمدة تسعة شهور درس لندساي وآخرون (1994) Lindsay et. al حالات أربع من الذكور المراهقين المتخلفين عقلياً وذلك لخفض حدة الغضب والعدوانية لديهم. وأوضحت النتائج أن إثنين منهم قد تحسنا بشكل كبير ودال، بينما تحسن الثالث بشكل بسيط، أما بالنسبة للرابع فلم يكن هناك دلالة للتحسن الذى طرأ عليه.

وبذلك يتضح أن ذوى الإعاقة العقلية البسيطة يمكن أن يستفيدوا من المكونات الفردية للعلاج المعرفى السلوكى مثل المراقبة الذاتية، والتعليم الذاتى، والسيطرة على الإندفاعات، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات الإجتماعية. ويرى نونافكو (1994) Novaco أن هناك عدداً من الصعوبات التى ترتبط بعلاج الغضب لدى ذوى الإعاقة العقلية، وهى:

١ - الظروف البيئية:

وتعمل مثل هذه الظروف على إثارة الغضب، ومن أمثلتها الخبرات المبكرة، ونماذج الدور المستخدمة فى حل الصراع، والإبعاد من المدرسة (الفصل)، والمشكلات التى تعترض إقامة علاقات مع الآخرين، وأنماط السلوك العدوانى، والعلاجات السابقة.

٢ - المحددات المعرفية:

وتتضمن تقييم الأبنية والعمليات المعرفية قبل الأحداث المسببة للغضب (الأبنية، والتوقعات) وأثناء إدراك تلك الأحداث (النشاط واليقظة، والانتباه الإنتقائي، ومغزى الإشارة، والتقييم) وبعد الأحداث (الإجترار، والانعكاسات). كما تؤكد أيضاً على المعنى الشخصي للأحداث، وعلى تلك المتغيرات التي تضخم أو تقلل من ذلك المعنى.

٣ - الإثارة الجسمية:

ويتم التركيز على نمط الإثارة ومغزاها، والإستراتيجيات المستخدمة لتقليلها، وأثر الإثارة الزائدة على الفرد كتلك الآثار الناتجة عن مشكلات النوم ونقص الإهتمام بمتابعة الأفعال، والعوامل التي تزيد أو تقلل من هذه الإثارة.

٤ - المظاهر السلوكية:

ومن هذه المظاهر التعبيرات غير المباشرة، والميكانيزمات التي يلجأ إليها الفرد مثل القمع أو الإنسحاب أو التجنب، وأثر تلك المظاهر على السلوك. وحتى يكون هذا الأسلوب العلاجي فعالاً مع ذوى الإعاقه العقلية لابد أن نتغلب على نقص الدافعية لديهم حيث يجب أن يكون هناك دافعية لدى الفرد كي يشترك فى البرنامج العلاجي ويقبل عليه حتى يتم التغيير. وفى هذا الإطار حاول وتمان (١٩٩٠) Whitman التغلب على نقص الدافعية وتصحيح الإعتقادات السلبية الخاطئة لدى عينة من المتخلفين عقلياً باستخدام الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ومن ثم تعميم هذه الخبرة على مواقف أخرى لم يتم التدريب عليها. وبدأ التدريب باستخدام مناقشة مفتوحة، ثم التدريب خلال الجلسات على العناصر الجديدة المطلوبة فى التنظيم الذاتى وذلك من خلال لعب الدور والنمذجة مع إعطاء واجبات منزلية. وحاول خلال الجلسات التى إستمرت ثمانية أسابيع أن يشرك المخصوصين فى أنشطة تهدف إلى زيادة دافعتهم وإهتمامهم فى الوقت الذى يعمل فيه على تصحيح إعتقاداتهم وأفكارهم الخاطئة والتى قد تعوق إنتقال أثر

التدريب . وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج وفاعلية إستراتيجية الضبط الذاتي للسلوك حيث حدث تحسن دال في سلوك هؤلاء المفحوصين .

ولكى يستطيع الفرد بوجه عام أن يستفيد من برنامج العلاج المعرفى السلوكى هناك عدد من الشروط التى يجب أن تتوفر والتى يعمل المعالجون جاهدين لضمان مدى توفرها لدى ذوى الإعاقة العقلية حتى يمكنهم الإستفادة من البرنامج . وهذه الشروط هى :

١ - مهارات التواصل:

ويمكن قياس التواصل التعبيرى أو اللفظى من خلال مهام تعتمد على الطلاقة اللفظية والقدرة على الوصف كوصف المشاهد المصورة على سبيل المثال . ويمكن فى هذا الإطار قياس التواصل المدرك باستخدام مقياس المفردات المصورة والمعروف بإسم The British Picture Vocabulary Test الذى أعده دون ودون (١٩٨١) Dunn & Dunn والذى يوضح المستوى العمرى للمفحوص من خلال تعبيره عن المفردات المسموعة .

٢ - الإستعداد المعرفى:

ويتم قياسه من خلال المراقبة الذاتية وتصوير القدرات الأولية لفهم وتمثيل التدرج «أكبر من» أو «أصغر أو أقل من» على سبيل المثال، وتسجيل الأحداث التى تتضمن الإثارة، إلى جانب تحديد مدى القصور فى الذاكرة قصيرة المدى، والإنتباه، والتركيز .

٣ - التحديد الإنفعالى:

ويعد التعرف على الإنفعالات وتحديدتها وتسميتها لدى الفرد والآخرين أمراً ضرورياً لنجاح العملية العلاجية . ويمكن فى هذا الإطار إستخدام الصور وشرائط الفيديو أو أفلام الكرتون أو حتى البرامج التليفزيونية العادية . وترى بنسون (١٩٩٤) Benson أن تمييز مشاعر الغضب عن السلوك العدوانى يعد أمراً جوهرياً فى هذا الصدد .

٤ - مهارات التفاعل الإجتماعى:

يعد الغضب إنفعالاً إجتماعياً يتضمن العديد من المثيرات التى تحدث فى سياق التفاعلات الإجتماعية. ويرى هولين وتراور (١٩٨٦) Hollin & Trower أنه يمكن تقييمه باستخدام لعب الدور. ويهدف العلاج إلى تطوير إستراتيجيات ملائمة من الناحية الإجتماعية للتعبير عن الغضب وحل الصراع مما يستوجب تحديد وتصوير المهارات الإجتماعية المطلوبة.

أما فيما يتعلق بالإكتئاب فمن الغريب أن تشخيص وعلاج الإكتئاب لدى ذوى الإعاقة العقلية لم يتلق سوى قدرأ ضئيلاً جداً من الإهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسى على الرغم من وجود العديد من العوامل المسببة للإكتئاب لدى الأفراد العاديين يعانى منها أعضاء هذه الفئة مثل نقص المساندة الإجتماعية والبطالة. ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للمتخلفين عقلياً أن يصابوا بالإكتئاب قياساً بغيرهم من المجموعات الأخرى حيث يتعرض هؤلاء الأفراد خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة للعديد من خبرات الفشل سواء فى داخل الأسرة أو فى المدرسة نتيجة لما لديهم من عجز معرفى وقصور عقلى مما يكسبهم مشاعر العجز.

وترى ريس وبنسون (١٩٨٢) Reiss & Benson أنه من المحتمل بالنسبة لأعضاء هذه الفئة أن يخبروا عدداً من الإتجاهات الإجتماعية السلبية التى تتضمن وصمهم بالإعاقة العقلية، والإحتفاظ بخصائص الطفولة الجسمية والعقلية والإنفعالية إلى ما بعد سن البلوغ، وتسميتهم بالمتخلفين عقلياً وهو ما يجعل القليلين فقط هم الذين يهتمون بهم أو يتحدثون معهم عن مشاعرهم بشكل جدى. وهذا ما يجب أن يضعه المعالجون نصب أعينهم. كذلك فإن أعضاء هذه الفئة يحتاجون إلى أن يخبروا تقديراً لذواتهم بشكل كاف، وأن يكون لديهم مفهوماً إيجابياً للذات حتى يكون باستطاعتهم أن يحموا أنفسهم من التغذية الرجعية السلبية التى يتلقونها من الأفراد العاديين. وهنا يمكن إستخدام برامج إرشادية، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والعلاج الجماعى. ويجب أن يتضمن التدريب على المهارات الإجتماعية المهارات التوكيدية والوعى الإنفعالى.

ويرى دافيز وروجرز (1985) Davis & Rogers عند إستعراضهما للتراث السيكلوجى الذى يتضمن برامج التدريب على المهارات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية أن أربع دراسات فقط من مجموع إثنين وثلاثين دراسة هى التى إهتمت بالمهارات التوكيدية، مع أن التدريب على توكيد الذات وعلى التعبير عن مشاعر الغضب والحزن فى إطار مقبول إجتماعياً يعد أهم من تدريبهم على الكيفية التى يمكن بمقتضاها أن يكونوا مهذبين. ويرى سكلوس (1982) Schloss أن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار قد أوضحت أن المتخلفين عقلياً لديهم قدر ضئيل جداً من مهارات التفاعل الإجتماعى ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يعانون من الإكتئاب. ويعتمد العلاج فى مثل هذه الحالة على تطوير أساليب مواجهة للمواقف الإجتماعية الصعبة التى يتعرضون لها وعلى مواجهة إتجاهات الأفراد العاديين نحوهم.

ومن الجدير بالذكر أن عقد الثمانينيات قد شهد قبولاً من جانب المشتغلين بالصحة النفسية بأن المتخلفين عقلياً يمكن أن يخبروا إضطراباً نفسياً أو سيكاترياً ومن ثم يصبح لهم تشخيص مزدوج وذلك بعد أن كان الأخصائيون يرون غير ذلك فى الماضى. ويرى بعض الباحثين والأطباء الممارسين أن المتخلفين عقلياً ليس لديهم القدرة العقلية الكافية التى تؤهلهم للتعبير عما لديهم من مشاعر إكتئابية، فى حين يرى آخرون أنهم لا يخبرون الإكتئاب نظراً لتلك القدرة العقلية المحدودة التى يتسمون بها، والتطور الدينامى النفسى المحدود من جانبهم، وعدم وصولهم إلى درجة مقبولة من النضج العقلى وهى ما تعد كما يرى سيناسون (1992) Sinason بمثابة شروط ضرورية لأى إضطراب وجدانى. ومن ناحية أخرى هناك جدل كبير يدور بين المعالجين ذوى التوجه المعرفى حول ما إذا كان أعضاء هذه الفئة يمكن أن يعانون فعلاً من الإكتئاب أم لا حيث يرى بيك Beck أن الإكتئاب يحدث إذا ما وجدت لدى الفرد مجموعة من الإعتقادات السلبية حول الذات، وحول أحداث الحياة، وحول توقعاته للمستقبل. ومن ثم يرى البعض أن المتخلفين عقلياً لا يمكنهم إدراك حياتهم بهذا الشكل، وبالتالي لا يمكن بالنسبة لهم

أن يعانون من الإكتئاب. وما يؤيد ذلك أن بعض الباحثين قد وجدوا أن توزيع التشخيص السيكاترى بين المتخلفين عقلياً يختلف عن مثيله بين الأسوياء حيث يزداد الفصام بينهم قياساً بالإكتئاب أو القلق بين العاديين. إلا أن أولئك الذين يؤيدون فكرة تعرض المتخلفين عقلياً للإكتئاب يرون أنهم لا يعبرون عن المشاعر الإكتئابية بشكل مباشر، بل يجب أن نستتج نحن الأعراض والأنماط السلوكية الدالة عليه والتي من أهمها العدوان الجسمى، وإتلاف الممتلكات. وفى حين نجد أن الأفراد ذوى التخلف العقلى البسيط تظهر لديهم الأعراض الإكتئابية مثلما يحدث بالنسبة للعاديين، فإن الأمر يختلف بالنسبة للتخلف العقلى الشديد حيث يعتمد التشخيص السيكاترى فى تلك الحالة على التغيرات فى الوظائف البيولوجية والسلوك.

تعليق عام

يرى المؤلف أنه من الملاحظ فى هذا الصدد أن عقد التسعينيات قد شهد إهتماماً متزايداً بتطبيق أساليب العلاج المعرفى السلوكى على ذوى الإعاقة العقلية، وأن التعديلات التى تم إجراؤها على التقارير الذاتية كى تتناسب معهم يمكن أن تأتى بنتائج جيدة.

وبالنسبة لنموذج تراور وآخرين Trower et. al والذى تم تطويره على غرار نموذج إليس Ellis فإنه يهدف إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على تنفيذ المهام البسيطة المتضمنة فى البرنامج العلاجى، وبالتالي فهو يعتبر محاولة لتحسين الأداء المعرفى لأعضاء هذه الفئة مع العلم بأن بعضهم لن يكون قادراً حتى على إستخدام أبسط أنواع العلاج معرفياً وسلوكياً. ولكن يمكننا من خلال البرنامج وبعد إنتقاء نوعية معينة من هؤلاء الأفراد هم الأكثر ذكاء وتدريبهم على أداء مهارات معينة أن نسامهم فى تقدمهم بحيث يصبحون قادرين على تحديد الإنفعالات المختلفة وتسميتها والتحكم فيها ما أمكن.

وفيما يتعلق بالتكنيكات المستخدمة فإن تكنيك الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك يؤدى نتيجة التدريب على مهارات معينة إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على ضبط

سلوكهم إلى حد مقبول. ولذلك ركزت غالبية الدراسات التي أجريت في ذلك المجال على هذا التكنيك. ويتضمن التدريب على التواصل عدداً من عناصر الضبط الذاتي للسلوك، كما تعمل الأنماط السلوكية كأفعال تواصلية لفظية، ويصبح له فاعليته في خفض أو تقليل السلوك اللائق. أما تكنيك التعليم الذاتي والذي يقوم على تكرار الكلام الذي يتلقاه الفرد عن شخص آخر حتى يؤدي مهارة معينة أي ضبط السلوك عن طريق الحديث الذاتي فيؤخذ عليه أن أعضاء هذه الفئة على الرغم من أنهم يتعلمون مهارات معينة من خلال هذا التكنيك إلا أنهم لا يستطيعون تعميم ما تعلموه على مهارات أخرى أو نقلها لمهارات أخرى حيث لا يستطيعون أن يكرروا في مثل تلك المواقف نفس التعليمات التي تدربوا عليها من قبل، وهو بذلك يختلف عن إتجاه حل المشكلات، وربما يرجع ذلك إلى أن أحدهما نظري والآخر عملي. كما أن هناك صعوبات لفظية تعوق تقدم أعضاء هذه الفئة، إلى جانب أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يتعلموا تلك المهارات التي تؤدي أمامهم من قبل أفراد آخرين قياساً بتلك المهارات التي يتعلمونها عن طريق التعليم الذاتي والتي تشكل تدريجياً أمامهم.

وبالنسبة لبرنامج حل المشكلات المقترح فإنه يجب عند التعامل مع هذه الفئة أن تكون المشكلات التي نتناولها ملموسة، وأن نجذب إنتباه المفحوصين للبرنامج حتى يمكن أن يحدث إنتقال لأثر هذا التدريب، وأن نجعلهم يتواءمون مع الخبرات التي نقدمها لهم لأن عدداً غير قليل منهم لديه خبرات محدودة جداً، كما يجب أن نعمل على ألا تكون دافعيتهم للبرنامج منخفضة. ومع ذلك فلا يزال غير واضح ما إذا كانت تدخلات علاجية معرفية سلوكية معينة تؤدي إلى تغيرات معرفية متوقعة أم لا، وأن مثل هذه التغيرات تؤدي إلى تغيرات متوقعة في السلوك وإن كانت الدراسات التي إستخدمت حل المشكلات قد أكدت فاعليته. أما فيما يتعلق بندرة أو إنعدام الدراسات حول اضطراب القلق أو الهلع أو الإكتئاب وغيرها على

ذوى الإعاقة العقلية على الرغم من وجود كم كبير منها على الأفراد العاديين فإن ذلك يمكن أن يرجع إلى أن هذه الفئة لا تمثل سوى قدر ضئيل فقط من الإهتمام فى مجال البحث الإكلينيكى، وأن الخلل الموجود فى النسق المعرفى لدى أعضاء هذه الفئة لا يجعل لديهم معارف ثابتة، ويترتب على ذلك أنه يصبح من الصعب التأكد من أن التغييرات التى سوف تحدث تعود إلى التدخل الإكلينيكى. هذا إلى جانب أن بعض الباحثين يفترض أن القلق على سبيل المثال كاضطراب يتبع نفس النهج لدى كل الأفراد، وبالتالي لاداعى لتركيز البحث فى هذا المجال على أعضاء هذه الفئة نظراً لما يمكن أن يصادفنا من صعوبات وعقبات، وإن كان البعض يرى أن الأمر يختلف فى حالة الإعاقة العقلية حيث تعمل المعارف بطريقة مختلفة، وهذا ما دفع لندساي وآخرين (Lindsay et. al (1997) إلى إفتراض عدة إجراءات فى نموذج يمكن إستخدامه لخفض حدة القلق لدى ذوى الإعاقة العقلية. إلا أنه لأن لايزال على المستوى النظرى ولا توجد أى أدلة على مدى صحته. ولكنه مع ذلك يعد خطوة فى سبيل الإهتمام بالمتخلفين عقلياً، ومن المؤكد أنه سوف تجرى دراسات مستقبلاً على هذا النموذج وسوف نتأكد من خلال نتائجها من مدى ملاءمة ذلك النموذج وفاعليته.

ومن ناحية أخرى يرى المؤلف أنه يتضح من خلال إستعراض التراث السيكلوجى الذى يتناول تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى على المتخلفين عقلياً أن هذا يعد تطوراً حديثاً نسبياً، وأن زيادة عدد الدراسات التى أجريت على أعضاء هذه الفئة يعكس إهتماماً متزايداً بهم. ويتضح من هذه الدراسات تعدد التكنيكات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، فاستخدمت دراسات لندساي (1991) Lindsay، ولالى (1993) Lally، وشورت وآخرين (1993) Short et. al أفلام الكرتون، وإستخدمت دراسات ثيرمان ومارتن (1989) Thierman & Martin، ووتمان (1990) Whitman، وديوراند وكار (1991) Durand & Carr، ومورفى وكليير (1991) Murphy & Clare ودييس والسمادونى (1998) الضبط أو

التنظيم الذاتى للسلوك، وإستخدمت دراسات لندساي (1991) Lindsay، و لندساي وآخرين (1994) Lindsay et. al لعب الدور. فى حين إستخدمت دراسات هوجيز (1992) Hughes، ووليامز وآخرين (1996) Williams et. al التعليم الذاتى. كما تنوعت السلوكيات المستهدفة فى هذه الدراسات بين التدريب على مهارات التواصل وحل المشكلات، والتدريب على مهارات مهنية معينة، وفهم البشاشة والإنفعالات الإيجابية، وخفض حدة الغضب والعدوان. أما دراسة لندساي (1991) Lindsay فكانت هى الوحيدة التى هدفت إلى التخفيف من الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التى تتعلق بالقلق.

هذا وتراوح تلك الدراسات بين دراسات قامت على دراسة حالة واحدة فقط مثل دراسات مورفى وكليير (1991) Murphy & Clare، و لندساي (1991) Lindsay، وبلاك ونوفاكو (1993) Black & Novaco إلى دراسات تناولت مجموعات صغيرة من المفحوصين وهى باقى الدراسات التى أوردناها فى هذا الفصل.

كذلك يتضح من هذه الدراسات أن العديد منها يهدف إلى تحسين المهارات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية، أو تحسين أدائهم فيما يتعلق بالدقة والسرعة وذلك فى المواقف الأكاديمية أو فى مواقف العمل. وبذلك فهى تتركز حول الضبط الإجتماعى وما يتعلق به من مهارات، وأن أسلوب الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وكذا التدريب على التواصل هما الأفضل فى هذا الإطار، كما تحقق من خلالهما نتائج مبشرة. وفى الوقت ذاته لم تتعرض هذه الدراسات لتلك الإضطرابات التى يمكن أن يتعرض لها هؤلاء الأفراد كالقلق والإكتئاب والهلع وغيرها، ويبدو أن دراسة لندساي (1991) Lindsay هى الوحيدة التى تم فيها تناول موضوع القلق.

وفيما يتعلق بالنتائج التي كشفت عنها هذه الدراسات فهي تؤكد في مجملها أن أعضاء هذه الفئة يمكنهم الاستفادة من العلاج المعرفى السلوكى بتكنيكاته المختلفة حيث يؤدي ذلك إلى خفض معدل السلوك اللاتواؤمى من جانبهم مما يساعدهم فى تقليل مشكلاتهم السلوكية، ويؤدي فى الوقت ذاته إلى زيادة توافقهم الإجتماعى، ويساعدهم على الإنخراط فى الحياة، ومن ثم فهي تعد بذلك نتائج مبشرة..



المراجع

- ١ - أحمد عكاشة: الطب النفسى المعاصر. ط ٨ - القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٢.
- ٢ - أحمد متولى عمر: مدى فعالية التدريب على المهارات الإجتماعية والعلاج السلوكى المعرفى فى تخفيف الفوبيا الإجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة طنطا ١٩٩٣.
- ٣ - أحمد محمد عبد الخالق: إضطراب الضغوط التالية للصدمة. الكويت، مجلة عالم الفكر ١٩٩٣، م ٢٢، ع ١.
- ٤ - أحمد محمد عبد الخالق ومايسة النبال: فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية. مجلة دراسات نفسية ١٩٩٢، م ٢، ع ١.
- ٥ - أمال عبد السميع باظة: الشخصية والإضطرابات السلوكية والوجدانية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.
- ٦ - أمانى عبد المقصود عبد الوهاب: مدى فاعلية برنامج إرشادى فى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفى البصر. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة عين شمس ١٩٩٣.
- ٧ - أنطونى ستور: فن العلاج النفسى. ترجمة لطفى فطيم. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩١.
- ٨ - إيهاب عبد الباقي البيلاوى: فعالية العلاج المعرفى والسلوكى فى خفض

مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩٩.

٩ - حامد زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة، عالم الكتب ١٩٧٨.

١٠ - حسين على فايد: صورة الجسم والقلق الإجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات. المجلة المصرية للدراسات النفسية ١٩٩٩، ع ٢٣.

١١ - زينب شقير: دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى إضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. القاهرة، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ - ١٢/١١/١٩٩٩.

١٢ - زينب شقير: مقياس صورة الجسم. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية ١٩٩٨.

١٣ - سامى محمد هاشم: فعالية الإرشاد العقلانى الإنفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج الخوف الإجتماعى. مجلة كلية التربية بالزقازيق ١٩٩٧، ع ٢٩.

١٤ - سعيد دببى والسيد السمدونى: التدخل السلوكى المعرفى لخفض الإندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة أم القرى ١٩٩٨ - ١٤١٩هـ، ع ١٧.

١٥ - سليمان الريحانى: تطوير إختبار الأفكار العقلانية - اللاعقلانية. عمان، مجلة دراسات ١٩٨٥، م ١٢، ع ١١.

١٦ - س. هـ. باترسون: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القسم الثانى. ترجمة حامد عبد العزيز الفقى. الكويت، دار القلم ١٩٩٠.

١٧ - سيد عبد العظيم محمد: أثر الإرشاد المعرفى فى خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٩٩٨، ع ٨.

١٨ - صلاح الدين عراقى محمد: العلاج المعرفى - السلوكى ومدى فاعليته فى

علاج مرضى الإكتئاب العصابى . رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية
بينها جامعة الزقازيق ١٩٩١ .

١٩ - عادل عبد الله محمد: مقياس الحالة النفسية العامة. القاهرة، مكتبة الأنجلو
المصرية ١٩٩٩ .

٢٠ - _____: مقياس الإكتئاب. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧ .

٢١ - _____: مقياس الثقة بالنفس. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧ .

٢٢ - _____: مقياس تقدير الذات للمراهقين والراشدين، ط ٢. القاهرة،
مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٩ .

٢٣ - عبد الرحيم بخيت: مقياس كوبر سميث لتقدير الذات. المنيا، دار حراء
للطباعة والنشر ١٩٨٥ .

٢٤ - عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث: أساليبه
وميادين تطبيقه. القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع ١٩٩٤ .

٢٥ - عبد الفتاح القرشى: الضغوط التى تعرض لها الأطفال الكويتيون خلال
العدوان العراقى وعلاقتها بمدى توافقهم النفسى والاجتماعى. الكويت،
مجلة عالم الفكر ١٩٩٣، م ٢٢، ع ١ .

٢٦ - عصام عبد اللطيف العقاد: أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض
العدوانية لدى المراهقين. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة
الزقازيق ١٩٩٧ .

٢٧ - علاء الدين كفافى ومايسة النبال: صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية
لدى عينات من المراهقات، دراسات إرتقائية إرتباطية عبر ثقافية.
الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ١٩٩٥ .

٢٨ - غريب عبد الفتاح غريب: مقياس الإكتئاب. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية
١٩٨٥ .

٢٩ - لويس كامل مليكة: العلاج السلوكى وتعديل السلوك، ط٢. الكويت، دار القلم ١٩٩٤.

٣٠ - محمد أحمد سعبان: القلق النفسى فى ضوء الإتجاهات الحديثة. بحث مرجعى غير منشور، ١٩٩٨.

٣١ - _____: فعالية برنامج علاجى يتكون من إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية فى علاج الوسواس والأفعال القهرية (دراسة حالة). مجلة كلية التربية بالزقازيق ١٩٩٦، ع ٢٧، ج ١.

٣٢ - محمد النبوى على: أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى الأطفال الصم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩٩.

٣٣ - محمد عاطف زعتر ومحمد سعيد أبو الخير: اضطراب الشخصية الإعتماضية وعلاقته بإدراك الضوابط الوالدية والإتجاه نحو تعاطى المخدرات لدى طلاب المرحلة الثانوية. القاهرة، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ - ١٢/١١/١٩٩٩.

٣٤ - محمد محروس الشناوى: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٤.

٣٥ - هشام إبراهيم عبد الله: أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض الإكتئاب لدى الشباب الجامعى. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩١.

36 - Agras, W. Stewart et. al.' One - year Follow - up of Psychosocial and Pharmacologic treatments for bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 1994, 55, 5, 179 - 183.

37 - _____: Cognitive - behavioral and response - Prevention treatments for bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical

Psychology, 1989, 57, 2, 215 - 221.

- 38 - Albertini, Ralph S. & Phillips, Katharine A. : Thirty - three cases of body dysmorphic disorder in Children and adolescence. Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 1999,, 38, 4, 453 - 459.
- 39 - American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders. 4 th ed., (DSM - IV). Washington, D C., 1994, author.
- 40 - _____: Diagnostic Criteria from DSM - IV TM. Washington: DC., 1994, author.
- 41 - Ariel, A.: Education of Children and adolescents with learning disabilities. New York: Merrill, 1992.
- 42 - Arntz, Arnoud: Treatment of borderline Personality disorder: A Challenge for Cognitive behavioral therapy. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 4, 419 - 430.
- 43 - Barlow, D. H. et. al.: Behavior treatment of Panic disorder: A two - year follow up. Paper Presented at the annual meeting of the Association for the advancement of behavior therapy. San Francisco, Nov. 1990.
- 44 - _____: Behavior treatment of Panic disorder. Behavior Therapy, 1989, 20, 261 - 282.
- 45 - Beck, Aaron T.: Cognitive therapy: Past, Present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 2, 194 - 198.
- 46 - _____: Cognitive therapy as the integrative therapy: comment

- of Alford and Norcross. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1991, 1, 191 - 198.
- 47 - _____: Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, 1991, 46, 4, 368 - 375.
- 48 - _____: Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1987, 1, 1, 5 - 37.
- 49 - Beck, Aaron T. et. al.: *Cognitive therapy of Personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
- 50 - Beck, A. T. & Weishaar, Marjorie: Cognitive therapy. In Freeman, A. et. al. (eds.), *Comprehensive handbook of Cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1989.
- 51 - Bishay, N. et. al.: An uncontrolled trial of Cognitive therapy in morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, 386 - 389.
52. Black, L. & Novaco, R.: Treatment of anger with a developmentally handicapped man. In R. Wells & V. Giannetti (eds.), *Case book of the brief psychotherapy*. New york: Plenum Press, 1993.
- 53 - Black, Lauria et. al.: Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure Settings. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- 54 - Blanchard, E. et. al.: Placebo - Controlled evaluation of abbreviated Progressive muscle relaxation and Combined with Cognitive therapy in the threatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 210 - 215.

- 55 - Blouin, Jane H. et. al.: Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with Cognitive behavioral grouptherapy. *International Journal of Eating disorders*, 1994, 15, 2, 113 - 123.
- 56 - Borkovec, T. & Costello, E.: Efficacy of applied relaxation and cognitive - behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 4, 611 - 619.
- 57 - Borkovec, T. et. al.: Efficacy of nondirective therapy, applied relaxation, and Combined Cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. Paper Presented at the 15 th annual convention of the association for the advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.
- 58 - Breier, A. & Strauss, J. S.: Self - Control in Psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40, 1141 - 1145.
- 59 - Bryon, M.: The reduction of disruptive behaviour using self - management: A Component analysis. Unpublished research dissertation. Leicester: The British Psychological Society, 1988.
- 60 - Burns, David D. & Nolen - Hoeksema, Susan: Therapeutic empathy and recovery from depression in Cognitive behavioral therapy: A Structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60, 3, 441 - 449.
- 61 - Bush, J.: Pain in Children: A Review of the literature from a developmental perspective. *Psychology and Health*, 1987, 1, 215 - 236.
- 62 - Butcher, James N. et. al.: Psychological interventions with refugees.

- Minnesota university, Minneapolis. Refugee Assistance Program, Mental Health Technical Assistance Center, 1988.
- 63 - Butler, Gillian et. al.: Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1991, 59, 1, 167 - 175.
- 64 - Cash, Thomas F. & Grant, Jill R.: Cognitive behavioral treatment of body image disturbances. In v. Hincant et. al. (eds.), *Sourcebook of Psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press, 1996.
- 65 - Cash, Thomas F. & Lavalley, Danielle M.: Cognitive behavioral body image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self - directed Program. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1997, 15, 4, 281 - 294.
- 66 - Chadwick, P. & Lowe, C.: A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 1994, 32, 3, 355 - 367.
- 67 - Channon, Shelley & Wardle, Jane: Eating disorders. In Jane Scott et. al. (eds.), *Cognitive therapy in Clinical Practice: An illustrative Case book*. London: Routledge, 1989.
- 68 - Clark, D. et. al.: Long - term Outcome of Cognitive therapy for Panic disorder. Paper Presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.
- 69 - Clark, D. & Salkovskis, P.: Cognitive model of Panic: A Comparative Outcome study. Paper Presented at the international Conference on Panic disorder. Gothenburg, Sweden, Jan. 1990.

- 70 - Clum, G.: Psychological interventions vs. drugs in the treatment of Panic. *Behavior Therapy*, 1989, 20, 452 - 457.
- 71 - Coker, Sian: Onset of bulimia nervosa in a 64 - year - old woman. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 16, 1, 89 - 91.
- 72 - Compas, Bruce E. et. al.: Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 1993, 114, 2, 323 - 344.
- 73 - Cote, Guyliane et. al.: Reduced therapist Contact in the cognitive behavioral treatment of Panic disorder. *Behavior Therapy*, 1994, 25, 1, 123 - 145.
- 74 - Craighead, Linda W. & Agras, S.: Mechanisms of action in cognitive - behavioral and Pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, 1, 115 - 125.
- 75 - Cutting, J. & Murphy, D.: Schizophrenic thought disorder: A Psychological and organic interpretation. *British Journal of psychiatry*, 1988, 152, 310 - 319.
- 76 - Dagnan, D. & Chadwick, P.: Cognitive - behaviour therapy for people with learning disabilities: Assessment and intervention. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive Behaviour therapy for people with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- 77 - Davis, Daniel L. & Boster, Lucinda H.: Cognitive behavioral expressive interventions with aggressive and resistant youths. *Child Welfare*, 1992, 71, 6, 557 - 573.
- 78 - Davison, I. et. al.: Research note: temperament and behaviour in Six -

- year - olds with recurrent abdominal Pain: A follow - up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1986, 27, 539 - 544.
- 79 - Deale, Alicia & David, Anthony: Chronic fatigue syndrome: Evaluation and management. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1994, 6, 2, 189 - 194.
- 80 - de Leon, J. et. al.: Dymorphophobia: body dysmorphic disorder, Somatic Subtype ? *Comprehensive Psychiatry*, 1989, 30, 457 - 472.
- 81 - Di Giuseppe, R.: Comprehensive Cognitive disputing in RET. In W. Dryden (ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 82 - Dobson, K. S.: A meta - analysis of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57, 3, 414 - 419.
- 83 - Dryden, Windy: The therapeutic alliance in rational emotive therapy. In W. Dryden (ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 84 - Dryden, W. & Di Giuseppe, R.: *A Primer on Rational Emotive Therapy*. Champaign, IL; Research Press, 1990.
- 85 - Dryden, W. et. at.: Professional rationality: An interview with Windy Dryden, the rational emotive therapist. *Journal of the Association For Rational Emotive Therapist*, 1993, 1, 1, 5 - 11.
- 86 - Durand, V. & Berotti, D.: Treating behavior problems with communication. *Bulletin of the American speech - Language - Hearing Association*, Nov. 1991, 37 - 39.
- 87 - Durand, V. & Carr, E.: *Functional Communication training to reduce*

Challenging behavior: Maintenance and application in new settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1991, 24, 251 - 264.

- 88 - Eliot, Anner B.: Enhancing Women 's body image: A Comparison of treatment interventions. Unpublished Ph. D. thesis, University of New Mexico, 1998 (Dis. Abs. Int., 1998, Vol. 59, 03 B, P. 1356).
- 89 - Ellis, Albert: Fundamentals of Rational - Emotive Therapy for the 1990 s. In W. Dryden (ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 90 - _____: The treatment of borderline Personalities with rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1994, 12, 2, 101 - 119.
- 91 - _____: Rational - Emotive Behavior Therapy approaches to Obsessive - Compulsive disorder (OCD). *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1994, 12, 2, 121 - 141.
- 92 - _____: Post - traumatic stress disorder (PTSD): A rational emotive behavior therapy. *Journat of Rational - emotive and Cognitive Behavior therapy*, 1994, 12, 1, 3 - 25.
- 93 - _____: Letter to mental health professionals. *Catalogue of The Institute for Rational - Emotive Therapy*, 1993, 4, P. 2.
- 94 - Ellis, A. et. al.: *Rational - Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon, 1988.
- 95 - Emmelkamp, P. & Beens, H.: Cognitive evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1991, 29, 293 - 300.
- 96 - Emmelkamp, P. et. al.: Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the

treatment of obsessive - Compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 1988, 12, 103 - 114.

- 97 - Evans, M. et. al.: Differential relapse following Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General psychiatry*, 1992, 49, 802 - 808.
- 98 - Fairburn, Christopher G.: Predictors of 12 - month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1993, 61, 4, 696 - 698.
- 99 - _____: The current Status of Psychological treatment for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 1988, 32, 635 - 645.
- 100 - Fisher, Erik & Thompson, J. Kevin: A comparative evaluation of Cognitive - behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance: Preliminary findings. *Behavior Modification*, 1994, 18, 2, 171 - 185.
- 101 - Flor, Herta & Birbaumer, Neils: Comparison of the efficacy of electromyographic biofeed back, Cognitive behavioral therapy, and Conservative medical interventions in the treatment of Chronic musculoskeletal Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 4, 653 - 658.
- 102 - Fowler, D.: Cognitive behaviour therapy in management of Patients with Schizophrenia: Preliminary Studies - In A. Werbart & J. Cullberg (eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press, 1992.

- 103 - Fowler, David et. al.: Cognitive behaviour therapy for Psychosis: Theory and Practice. Chichester: John wiley & Sons Ltd, 1995.
- 104 - Fowler, D. & Morley, S.: The Cognitive behavioural treatment of hallucinations and delusions. A Preliminary study. Behavioural Psychotherapy, 1989, 17,267 - 282.
- 105 - Francis, G. & Ollendick, T.: Anxiety disorders. In E. L. Feindles & G. R. Kalfus (eds.), Casebook in adolescent behavior therapy. New York: Springen, 1990.
- 106 - Furnham, A. & Antera, H.: Lay theories of anorexia nervosa. Journal of Clinical Psychology, 1992, 48, 1, 20 - 36.
- 107 - Gardner, W. & Cole, C.: Self - management approaches. In E. Cipani (ed.), The treatment of severe behavior disorder: Behavior analysis approaches. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 1989.
- 108 - Garety, P. et. al.: Cognitive behavioural therapy for drug resistant Psychosis. British Journal of Medical Psychology, 1994, 67, 259 - 271.
- 109 - Goldfried, Marvin R.: Self - Control Skills for the treatment of anxiety disorders, In S. R. Brien et. al. (eds.). Anxiety disorder: Psychological and biological Perspectives. New York: Plenum Press, 1986.
- 110 - Greenberg, Ruth L.: Panic disorder and agoraphobia. In J. Scott et. al. (eds.), Cognitive therapy in clinical Practice: An illustrative Casebook. New York: Routledge, 1989.
- 111 - Haddock, G. et. al.: Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing and distraction. In G. Haddock & P. Slade (eds.),

Cognitive behavioural interventions with Psychotic disorders. London: Routledge, 1996.

- 112 - _____: Psychological treatment of Chronic auditory hallucinations: two case Studies. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1993, 21, 335 - 346.
- 113 - Haggaa, D. et. al.: Empirical status of cognitive theory of depression. Psychological Bulletin, 1991, 110, 2, 215 - 236.
- 114 - Hammen, C. et. al.: Vulnerability to specific life events and Prediction of Course of disorder in unipolar depressed Patients. Canadian Journal of Behavioural Science, 1989, 21, 377 - 388.
- 115 - Harrell, Thomas H. et. al.: Didactic Persuasion techniques in Cognitive restructuring. In W. Dryden (ed.), Rational - Emotive Behaviour Therapy: A reader. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 116 - Hawton, K. et. al.: Cognitive behaviour therapy for Psychiatric Problems. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 117 - Hindmarch, I.: Neuroleptic induced toxicity syndrome. In R. J. Ancill et. al. (eds.), Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis. Chichester: Wiley, 1994.
- 118 - Holden, Constance: Youth suicide: New research focuses on agrowing social problem. Science, 1986, 233 (4766), 839 - 841.
- 119 - Holroyd, Kenneth A. et. al.: A Comparison of pharmacological (Antiripityline HCL) and nonpharmacological (cognitive behavior) therapies for Chronic tension headaches. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 3, 387 - 393.

- 120 - Holroyd, Kenneth A. & Penzien, Donald B.: Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders: I. Overview and effectiveness. *Behavioral Medicine*, 1994, 20, 2, 53 - 63.
- 121 - Hughes, C.: Teaching self - instruction utilizing multiple exemplars to produce generalized problem solving among individuals with severe mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 1992, 97, 302 - 314.
- 122 - Jacobson, Neil S. & Hollon, Steven D.: Cognitive behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the Jury's returned its verdict, it's time to Present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64, 1, 74 - 80.
- 123 - Johnstone, E. et. al.: Clinical Findings: abnormalities of mental state and their Correlates. The Northwick Park follow - up study. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, 21 - 25.
- 124 - Johnstone, L.: What Clinical Psychology trainees will discover about Psychiatric rehabilitation. *Clinical Psychology Forum*, 1995, 82, 27 - 29.
- 125 - Jones, E. & Pulos, S.: Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 2, 306 - 316.
- 126 - Jones, Robert S. et. al.: Theoretical and Practical issues in Cognitive - behavioural approaches for people with learning disabilities: A radical behavioural perspective. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive - behaviour therapy for People with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.

- 127 - Kendall, P.: Cognitive - behavioural therapies with youth: Guiding theory, Current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 2, 235 - 247.
- 128 - Kingdon, D. & Turkington, D.: The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, 179, 207 - 211.
- 129 - Klein, Daniel N. et. al.: Primary early - onset dysthymia: Comparison with Primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, Clinical, familial, Personality, and Socioenvironmental Characteristics and short - term Outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97, 4, 387 - 398.
- 130 - Klosko, J. et. al.: A Comparison of alprazolam and behavior therapy in the treatment of Panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 1, 77 - 84.
- 131 - Koegel, R. & Koegel, L.: Extended reductions in Stereotypic behavior of Students with autism through a self - management treatment Package. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1990, 23, 119 - 127.
- 132 - Koppekin, A. L.: An experimental analysis of Preference Problems in self - Control Choice Procedure by adults with mental retardation - Unpublished M. A. thesis, University of North Texas, 1994.
- 133 - Kroese, Biza S.: Cognitive behaviour therapy for learning disabilities: Conceptual and Contextual issues. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- 134 - Laberge, Benoit et. al.: Cognitive behavioral therapy of Panic disorder.

der with Secondary major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 6, 1028 - 1037.

135 - Larsen, James D.: Cognitive behavioral group therapy with delinquent adolescents: A Cooperative approach with the juvenile Court. *Journal of Offender Counseling, Services, and Rehabilitation*, 1990, 16 (1 - 2), 47 - 64.

136 - Lewis, Vivien J. et. al.: Outcome of group therapy for body image emotionality and weight Control self - efficacy. *Behavioural Psychotherapy*, 1992, 20, 2, 155 - 165.

137 - Lieberman, J. et. al.: Biological indices of heterogeneity in schizophrenia: relationship to Psychopathology and treatment outcome. *Schizophrenia Research*, 1991, 4, 289 - 290.

138 - Lindsay, W.: Psychological therapies in mental handicap. In W. Fraser et. al. (eds.), *Caring for people with mental handicaps*. London: Butter worth, 1991.

139 - Lindsay, W. et. al.: Cognitive behaviour therapy for anxiety in People with learning disabilities. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.

140 - _____: Responses to anger management training in Clients with intellectual disability. Unpublished manuscript, 1994.

141 - Linehan, M. M.; Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.

142 - Loumidis, K. & Hill, A.: Social Problem - Solving groups for adults with learning disabilities. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive be-*

- haviour therapy for people with learning disabilities. London: Routledge, 1997.
- 143 - Margraph, J. & Schneider, S.: Outcome and active ingredients of Cognitive behavioral treatments for Panic disorder. Paper Presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.
- 144 - Mersch, P. et. al.: Social Phobia: individual response Pattern and the effects of behavioral and Cognitive interventions. Behavioral Research and Therapy, 1989, 27, 4, 421 - 434.
- 145 - Michelson, L. et. al.: Panic disorder: Cognitive behavioral treatment. Behaviour Research and Therapy, 1990, 28, 141 - 151.
- 146 - _____: Cognitive behavioral treatments of agoraphobia. Paper Presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy, Washington, Dc., Nov. 1989.
- 147 - Michelson, Larry K. & Marchione, Karen: Behavioral, Cognitive, and Pharmacological treatments of Panic disorder with agoraphobia: Critique and Synthesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 1, 100 - 114.
- 148 - Morin, Charles M. et. al.: Cognitive - behavior therapy for late - life insomnia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61,1, 137 - 146.
- 149 - Morrison, Anthony P.: Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without Concurrent medications: A Single case. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1994, 22, 3, 259 - 264.
- 150 - Murphy, G. & Clare, I.: MIETS: a service option for people with mild mental handicaps and challenging behavior or Psychiatric Prob-

- lems. 2. Assessment, treatment, and outcome for service users and service effectiveness. *Mental Handicap Research*, 1991, 4, 2, 180 - 206.
- 151 - Nardi, Chen et. al.: Adjustment disorder of Conscripts as a military Phobia. *Military Phobia*, 1994, 159, 9, 612 - 616.
- 152 - Neenan, Michael & Dryden, windy: Trends in rational emotive behaviour therapy. In W. Dryden (ed.), *Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 153 - Nelson, H. et. al.: Cognitive functioning and symptomatology in schizophrenia. In A. S. David & J. Cutting (eds.), *The Neuropsychology of schizophrenia*. London: Erlbaum, 1993.
- 154 - _____: Practical ways of alliviating auditory hallucinations. *British Medical Journal*, 1991, 302 - 307.
- 155 - Novaco, R. W.: Anger as arisk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
- 156 - _____: Clinical Problems of anger and its assessment and regulation through a stress coping skills approach. In W. O; Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of Psychological skills training: Clinical techniques and applications*. Boston: Allyn & Bacon, 1994 a.
- 157 - Organista, Kurt C. et. al.: Cogitive - behavior therapy for depression in low - income and minority medical out Patients: Description of a Program and explanatory analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 1994, 18, 3, 241 - 259.
- 158 - Paiva, T. et. al.: Effects of frontalis EMG biofeed back and diazepam in the treatment of tension headache. *Headache*, 1982, 22, 216 - 220.

- 159 - Patterson, C. H.: Theories of Counseling and Psychotherapy. New York: Harper & Row Publishers, 1986.
- 160 - Perris, C.: Cognitive therapy for patients with Schizophrenia. New York: Cassel, 1989.
- 161 - Persons, J. B. et. al.: Predictors of dropout and outcome in Cognitive therapy for depression in a private Practice Setting. Cognitive Therapy and Research, 1988, 12, 557 - 575.
- 162 - Pfeffer, R.: Suicidal tendencies in Children and adolescents. Medical Aspects of Human Sexuality, 1986, 20,2, 64 - 67.
- 163 - Phillips, K. et. al.: Body dysmorphic disorder: 30 Cases of imagined Ugliness. American Journal of Psychiatry, 1993, 150, 302 - 308.
- 164 - Pope, S. & Jones, R.: The therapeutic effect of reactive self - monitoring on the reduction of inappropriate social and Stereotypic behaviour. British Journal of Clinical Psychology, 1998, 78, 1, 57 - 69.
- 165 - Propst, L.R. et. al.: Comparative efficacy of religious and non - religious Cognitive behavioral therapy for the treatment of Clinical depression in religious individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1992, 60, 1, 94 - 103.
- 166 - Rachman, Stanley J.: Emotional Processing in anxiety disorders. In K. D. Craig & K. S. Dobson (eds.), Anxiety and depression in adults and Children. California: SAGE Publications, Inc., 1995.
- 167 - Raich, R. M. et. al.: Tratamiento Cognitivo - Conductual de la insatisfacción corporal (Cognitive behavioral therapy in body image disturbance). Analisis - Y - Modificación de Conducta, 1997, 23, 89, 405 - 424.

- 168 - Rathus, J. & Asnis, G.: Panic disorder: Phenomonology and differential diagnosis. In G. Asnis & H. van Praag (eds.), Panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1995.
- 169 - Reed, Julie: Understanding and assessing depression in people with learning disabilities: Acognitive behavioural approach. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities. London: Routledge, 1997.
- 170 - Reed, J. & Clements, J.: Assessing the understanding of emotional states in a population of adolescents and young adults with mental handicaps. *Journal of Mental Deficiency Research*, 1989, 33, 229 - 233.
- 171 - Robins, Clive J. & Hayes, Adele M.: An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 2, 205 - 214.
- 172 - Rosen, H.: Developing themes in the field of cognitive therapy. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (eds.), *Cognitive Therapies in action: Evolving innovative Practice*. San Francisco: Jossey - Bass, 1993.
- 173 - Rosen, James C.: The nature of body dysmorphic disorder and treatment with Cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1995, 2, 1, 143 - 166.
174. Rosen, James C. et. al.: Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 1995, 26, 1, 25 - 42.
- 175 - _____: Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63, 2, 263 - 269.

- 176 - _____: Cognitive behavior therapy for body image disorder. *Behavior Therapy*, 1992, 23, 1, 5 - 17.
- 177 - _____: Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women for body image disturbance. *Behavior Therapy*, 1990, 21, 4, 481 - 498.
- 178 - _____: Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 1989, 20, 3, 393 - 404.
- 179 - Rudy, T. et. al.: Quantification of biomedical findings in chronic Pain Patients: Development of an index of Pathology. *Pain*, 1990, 42, 153 - 166.
180. Safran, J.: Towards a refinement of Cognitive therapy in light of interpersonal theory: I.Theory. *Clinical psychology Review*, 1990, 10,87 - 105.
181. Safran, J. et. al: Assessing patient suitability for short - term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, 17, 23 - 38.
182. Saigh, P.A.: In vivo flooding in the treatment of a 6 - year - old boy's post traumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 1986, 6, 685 - 688
183. Salkovskis, p. & Campbell, p.: Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 1994, 32, 1 - 8.
184. Sanders, M.et. al.: cognitive - behavioral treatment of recurrent non - specific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1989, 57, 2, 294 - 300.

185. Sanderson, William C. & Wetzler, Scott: Cognitive behavioral treatment of panic disorder. In G.M. Asnis & H.M. Van Praag (eds.), *panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1995.
186. Sapp, Marty; Three treatments for reducing the worry and emotionality components of test anxiety with undergraduate and graduate college students: Cognitive - behavioral hypnosis, relaxation therapy, and supportive counseling. *Journal of College - Student Development*, 1996, 37, 1, 79 - 87.
187. Saykin, A. et. al: Neuropsychological Function in Schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48, 618 - 624.
188. Scott, Jan: Chronic depression: can cognitive therapy succeed when other treatments fail? *Behavioural Psychotherapy*, 1992, 20, 25 - 36.
- 189 Segal, Z. et. al.: Life stress and depression: A test of congruency hypnosis for the life event content and depressive subtype. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1989, 21, 389 - 400.
190. Shallice, T.: *From Neuropsychology to mental structure*. Cambridge: Cambridge University press, 1988.
191. Shaver, Phillip R. & Brennan, Kelly A.: Measures of depression and loneliness. In J. Robinson et. al. (eds.), *Measures of personality and Social psychological attitudes*. vol. I. California: San Diego, Academic press, Inc. 1991.
192. Shea, M. Tracie et. al.: personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression, Collaborative Research Pro

- gram. American Journal of psychiatry, 1990, 147, 6, 711 - 718.
193. Short E. et. al.: Analysis of humor skills among elementary school Students: Comparisons of children with and without intellectual handicaps. American Journal of Mental Retardation, 1993, 12, 265 - 297.
194. Sigmon, Scott B.: CBT theory and application: A School phobic Kindergarten case. American Journal of psychiatry, 1991, 148, 6, 876 - 881.
195. Slade, peter; Towards Functional analysis model of anorexia and bulimia nervosa. British Journal of Clinical psychology. 1982, 21, 167 - 179.
196. Slade, P. & Dewey, M.: Development and preliminary validation of SCANS: A Screening instrument of developing anorexia and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1991, 5, 517 - 538.
197. Smith, M.: Autism and life in the community: successful interventions for behavioral challenges. Baltimore: Paul H. Brooks, 1990.
198. Smith, M.J. et. al.: Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual Symptoms. Journal of Mental Health, 1992, 1, 61 - 70
199. Sokol, L. et. al.: Cognitive therapy of panic disorder: A non - pharmacological alternative. Journal of Nervous and Mental Disease, 1989, 177, 711 - 716.
200. Spiegel, David A. et. al.: Does cognitive behavior therapy assist slow - taper alprazolam discontinuation in panic disorder? American Jour-

- nal of psychiatry, 1994, 151, 6,876 - 881.
201. Stravynski, Ariel et. al.: The treatment of depression with group behavioural - Cognitive therapy and imipramine. Canadian Journal of psychiatry, 1994, 39, 7, 387 - 390.
 202. Stromer, Susan - Marie: The cross gender effects of an experimental media - Focused psychoeducation program (body image). Unpublished Ph. D.thesis, University of South Florida, 1998 (Dis. Abs. Int., 1998, vol. 59, 11B, p. 6080).
 203. Suinn, Richard M.: Anxiety management training. In K.D. Craig & K.S. Dobson (eds.), Anxiety and depression in adults and children. California: SAGE publications, Inc. 1995.
 204. Swallow, S. & Segal, Z.: Cognitive behavioral therapy For unipolar depression. In K. D. Craig & K.S.Dobson (eds), Anxiety and depression in adults and children. California: SAGE publications, Inc., 1995.
 205. _____: Cognitive assessment of unipolar depression: Measuring products, processes and Structures. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 147 - 158.
 206. Tallis, Frank: Obsessive Compulsive disorder: A cognitive and Neuropsychological perspective. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995.
 207. _____: Doubt reduction using distinctive stimuli as a treatment For compulsive checking: An exploratory investigation. Clinical psychology and psychotherapy, 1993, 1, 45 - 52.
 208. Tamlyn, D. et. al.: Memory impairment in schizophrenia: Its extent,

affiliations, and neuropsychological character. *Psychological Medicine*, 1992, 22, 101 - 115.

209. TARRIER, N.; Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. TARRIER (eds.); *Innovation in the psychological management of Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 1992.
210. TARRIER, N. et. al.; A trial of two cognitive - behavioural methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. I. Outcome. *British Journal of psychiatry* 1993, 162, 524 - 532.
- 211, Thackwray, Donna E. et. al.; A comparison of behavioral and Cognitive behavioral interventions For bulimia nervosa. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 1993, 61, 4, 639 - 645.
212. Thase, Michael E. et. al.; Response to cognitive behavioral therapy in chronic depression. *Journal of psychotherapy practice and Research*, 1994, 3, 3, 204 - 214.
213. Thierman, G.& Martin, G.; Self - management with picture prompts to improve quality of household cleaning by severely mentally handicapped persons. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1989, 12, 27 - 39.
214. Trower, P. et. al.; *Cognitive - behavioural counselling in action*. London: Sage publicationc, Inc.; 1988.
215. Valliant, Paul M. et. al.; A cognitive - behavior therapy model For anger management with adult offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 1995, 22 (3 - 4), 77 - 93.

216. Van Oppen, P.; Obsessive Compulsive disorder: Issues in assessment and treatment. Unpublished ph.D thesis, vrije Universteit, Amsterdam. 1994.
217. Van Oppen, P. & Arntz, A.; cognitive therapy For obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 79 - 87.
218. Veale, David et. al.; Body dysmorphic disorder: Acognitive behavioural model and pilot randomised Controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 1996, 34, 9, 271 - 279.
219. Waggoner, Irene R.; cognitive behavior therapy and cognitive therapy For body image awareness in sixth grade Females. Unpublished ph. D. thesis, Auburn University, 1998 (Dis. Abs. Int.: 1998, vol. 59, 11A, P. 4060).
- 220 Wang, M.C.; Adaptive education strategies. Baltimore: Brookes, 1992.
221. Weishaar, Marjorie E.; Developments in cognitive therapy. In W. Dryden (ed); Development in psychotherapy:Historical perspective. London: Sage publications Ltd, 1996..
222. Westwood, peter; commonsense methods for children with special needs. 3rd ed., London: Routlege, 1997.
223. Whitman. T.; Self - regulation and mental retardation. American Journal of Mental Retardation, 1990, 94, 347 - 362.
224. Wilfley, Denise E. et. al.; Group cognitive - behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nunpurging bulimic individuals: Acontrolled comparison. Journal of Consulting and clinical psychology, 1993, 61, 2, 296- 305.

225. Williams, Huw & Jones, Robert; Teaching cognitive Self - regulation Of Independence and emotion control skills. In B.S. kroese et. al (eds.); cognitive - behaviour therapy for people with learning disabilities. London: Routledge, 1997.
226. Williams, J.; The psychological treatment of depression: A guide to the theory and Practice of cognitive. behaviour therapy and practice of cognitive behaviour therapy. London: Routledge, 1992.
227. _____: The psychological treatment of depression, New York: Routledge, 1992 a.
- 228 Williams, Mark G. et. al.; cognitive psychology and emotional disorders. 2nd ed., New York: John wiley & Sons, Inc., 1997.
229. Williams, W. et. al.; Teaching communication skills to persons with developmental disabilities: Effects of teaching by self - Instructive and metacognitive approaches and of individual differences on generalization of skills. American Journal on Mental Retardation, 1996, 111, 252 - 271.
230. Young, Jiffery; cognitive therapy for personality disorders. Sarasata, FL: professional Resource Exchange Inc., 1990.