

الإعاقات الجسمية الحسية

طبيعة الإعاقات الجسمية الحسية

تتنوع الإعاقات الجسمية بين سمعية وبصرية وعقلية، إلى جانب مشكلات البتر والتشويه وما إلى ذلك، وإن كانت هذه الأخيرة لا ترتبط بالجانب الحسى. ولذا فسوف نقتصر على الإعاقات الثلاث الأولى بشرط ألا يعاني الفرد من أكثر من إعاقة واحدة منها. وإلى جانب ذلك فسوف نخصص فصلاً مستقلاً هو الفصل الحادى عشر للتخلف العقلى، وعلى هذا فسوف نتناول فى الفصل الحالى الإعاقين السمعية والبصرية فقط.

أولاً: الإعاقة السمعية:

يلعب السمع دوراً كبيراً فى تنظيم سلوك الفرد وتكيفه مع واقع الحياة. وعلى ذلك عندما يعاني الفرد من ضعف سمعى شديد فإنه يتعرض من جراء ذلك للعديد من المشكلات التى ترتبط بتكيفه وتوافقه حيث يعاني من جملة من المشكلات الاجتماعية والتربوية والإنفعالية والتى قد ترجع إلى عدم قدرته على التواصل بشكل عادى مع أفراد الجماعة، وإلى حاجته لاستخدام أساليب وفنيات معينة للتواصل لا يعرفها ولا يجيدها سوى القليل من الأفراد.

ويطلق مفهوم الإعاقة السمعية من الناحية التربوية على أولئك الأفراد الذين يتسمون بضعف سمعى شديد يعوقهم عن إكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع سواء باستخدام أدوات لتضخيم الصوت أو بدون استخدامها مما يؤثر سلباً بطبيعة الحال على أدائهم التربوى. أما من الناحية الاجتماعية فيتسم هؤلاء الأفراد بعدم قدرتهم على سماع الكلام المنطوق مما يضطرهم إلى أساليب معينة

للتواصل مع الآخرين. ومن الناحية الطبية يعرف الأفراد المعاقون سمعياً بأنهم أولئك الأشخاص الذين لديهم غياب كلى لحاسة السمع قد يكون مرجعه وراثياً أو مكتسباً. ومن هذا المنطلق تتطور حياتهم دون الإتصال بالبيئة على أساس سمعى. وقد يكون الفرد فى هذا الإطار قد وُلد وهو لا يستطيع السمع أو يسمع إلى حد ضئيل جداً، أو يكون سمعه قد أصيب فى حضانه أو طفولته المبكرة بحيث لا يستطيع معه النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة. وربما يكون الفرد قد فقد حاسة السمع قبل أن يتعلم الكلام، أو يكون قد فقدتها بمجرد أن تعلم الكلام مما يعمل على فقد آثار التعلم بسرعة.

ويعرف الطفل الأصم وفقاً للقرار الوزارى رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ بأنه ذلك الطفل الذى فقد حاسة السمع أو كان سمعه ناقصاً لدرجة تجعله يحتاج إلى أساليب تعليمية جيدة تمكنه من الإستيعاب دون مخاطبة كلامية. ومن هذه الأساليب والفنيات التى يمكن استخدامها فى التواصل مع ذوى الإعاقة السمعية ما يلى:

١ - طريقة قراءة الشفافة: Lip reading وتعنى أن يعى الأصم الكلمات التى ينطق بها غيره من العاديين من خلال حركة الشفافة لديهم. وتضم هذه الطريقة أسلوبين يتمثل أحدهما فى الأسلوب التحليلى الذى يستند على حركات شفاه المتكلم والتى تهدف إلى إيصال معنى معين، بينما يتمثل الثانى فى الأسلوب التركيبى الذى يهدف إلى إيصال معنى الكلام أكثر من التركيز على حركات الشفافة.

٢ - لغة الإشارة: Sign language وتعتمد على الإيماءات وحركات الجسم التى يراد بها إيصال معنى معين. وتضم هذه الطريقة نوعين من الإشارات هما الإشارات الوصفية والتى تعنى الإشارات اليدوية التى تعبر عن فكرة معينة، والإشارات غير الوصفية وهى إشارات مميزة يستخدمها ذوو الإعاقة السمعية فقط وتكن ذات دلالات معينة، وتضم معها هجاء الأصابع وهو الأسلوب الذى يتسم بأنه عبارة عن إشارات حسية مرئية يدوية تدل على الحروف الهجائية. ويمكن استخدام قراءة الشفافة مع هذه الطريقة ودمجها معاً.

وإذا كان الطفل الأصم مثله كزميله العادى يملك أجهزة الإستقبال المختلفة باستثناء حاسة السمع وهو الأمر الذى يجعله يشعر بما يشعر به الطفل العادى، كما يتأثر بما يتأثر به من مشاعر وعواطف وغيرها، وإن كان يعانى من مشكلات عدم التوافق مع غيره ممن يسمعون وهو ما يفرض عليه ردود فعل معينة يشعر من جرائها بالفشل وعدم القدرة على إشباع الحاجات. كما يشعر بالدونية نتيجة إعاقته وهو الأمر الذى قد يودى به إلى الإكتئاب والحزن والتشاؤم والإنسحاب من المجتمع. وهناك عدد من الخصائص يتسم بها الفرد الأصم وتفتح أمامنا مجالاً كبيراً للدراسات فى هذا الصدد حيث لم يعثر المؤلف على دراسات تناولت العلاج المعرفى السلوكى مع ذوى الإعاقة السمعية وهو ما سنعود إليه بعد قليل خلال هذا الفصل. أما عن هذه الخصائص والسمات فيمكن إيجازها فيما يلى:

١ - الطفل الأصم غير ناجح اجتماعياً بدرجة كافية حيث ينسحب من المجتمع بسبب عاهته الحسية وإن إتصل بغيره من العاديين فإنه لا يتصل بهم بفاعلية.

كذلك فهو أكثر ميلاً إلى الإنطواء وأقل حباً للسيطرة، كما أن التكيف الاجتماعى غير واضح لديه. أما من ناحية النضج الاجتماعى فإن الطفل الأصم يقل عن الطفل العادى بنسبة ٢٠% تقريباً. وإلى جانب ذلك فإنه يبدى عجزاً واضحاً فى قدرته على تحمل المسئولية.

٢ - من الناحية الإنفعالية يتسم الطفل الأصم بالإضطراب النفسى والإنفعالى بسبب الإنطوائية التى يعيشها والتى ترجع إلى عدم شعوره بالحنان وعطف الأم فى مرحلة الطفولة نظراً لأنه لم يسمع صوتها بنغماته أثناء عنايتها به، ومن ثم يسيطر عليه الإحباط. كما أنه يميل إلى الإشباع المباشر لحاجاته.

٣ - من الناحية العقلية يقل ذكاء الطفل الأصم عن قرينه العادى بنحو ٥% تقريباً ومن ثم فإن استجابته لإختبارات الذكاء لا تختلف تقريباً عن إستجابة الطفل العادى. إلا أن هذه الإعاقة الحسية تؤدى به إلى سوء التحصيل وإلى

صعوبات فى النطق والإهتمام والتركيز مما يجعله متأخراً أربع أو خمس سنوات دراسية عن قرينه العادى .

٤ - لا يختلف الطفل الأصم من الناحية الجسمية عن قرينه العادى سوى فى عدم قدرته على إصدار الأصوات بسبب فقدته للسمع .

٥ - من الناحية السلوكية يعانى الطفل الأصم من بعض المشكلات السلوكية كالعدوان وسب الآخرين والكيد لهم وإلحاق الأذى بهم .

٦ - من الناحية النفسية تدفعه تلك السمات إلى أن يخبر العديد من التوترات والإضطرابات المختلفة كالمشاعر الإكتئابية والقلق والخوف وخاصة من المستقبل ، كما تنخفض ثقته بنفسه وتقديره لذاته وغير ذلك مما يفتح المجال أمامنا للتدخل فى سبيل المساعدة .

وفىما يتعلق بالتشخيص فإنه يرتبط بالناحية الطبية ويعتمد عليها فى الأساس وذلك بالنسبة للإعاقة، أما بالنسبة للإضطرابات المختلفة فإن تشخيصها لا يكاد يختلف عما تناولناه بالنسبة للعاديين مع وضع طبيعة الإعاقة وسمات شخصية الأصم فى إعتبارنا . أما بالنسبة لاستخدام العلاج المعرفى السلوكى كأسلوب علاجى لخفض حدة ما يعانىه الصم من مشكلات أو الحد منها فلم يعثر المؤلف على أى دراسة فى هذا الصدد، وربما يرجع ذلك إلى ضرورة أن يتقن من يتصدى لذلك لغة الإشارة على الأقل حتى يمكن أن يحقق نجاحاً فى هذا الصدد، وهو الأمر الذى يجعل هذا المجال بكرةً وخصباً أمامنا لإجراء الدراسات العلاجية على أعضاء هذه الفئة والتى يمكننا من خلالها أن نساعدهم فى التغلب على إعاقتهم وأن نضيف شيئاً فى هذا المجال حتى وإن كان قليلاً .

ونحن نقترح أن يلم الباحث أولاً بلغة الإشارة حتى يتمكن من التعامل معهم بفاعلية، وأن يكتب المقاييس التى يستخدمها فى دراسته بلغة الإشارة نظراً لما يعانىه هؤلاء الأفراد من مشكلات منها مشكلات القراءة والفهم والتركيز، وأن يتضمن بحثه أو رسالته ملحقاً بذلك إلى جانب الملحق الأصيل الذى يضم تلك المقاييس

بشكلها الذى نقدمه للعاديين . وهو نفس ما ينطبق على البرنامج العلاجى أو الإرشادى المستخدم حيث يجب أن يكون هناك ملحقان أحدهما مكتوب بالطريقة العادية، أما الآخر فيجب أن يكون مكتوباً بلغة الإشارة .

وهناك العديد من التوترات والإضطرابات والمشكلات المختلفة التى يعانى منها الأفراد الصم يمكن أن نتناولها بالدراسة مستخدمين فى ذلك أساليب إرشادية وأخرى علاجية، وأرى أنه سوف يكون لذلك رد فعل طيب على المدى القريب .

ثانياً: الإعاقة البصرية:

يعرف الشخص المعاق بصرياً - الكفيف - بأنه ذلك الشخص الذى يفقد القدرة على الإبصار كلياً أو جزئياً بحيث يكون الكف الجزئى بمثابة قصور بصرى حاد يجعله غير قادر على القراءة بالطريقة العادية ومن ثم يعتمد على القراءة بطريقة برايل التى تعد نظاماً من الحروف والأرقام وعلامات التنقيط والرموز العلمية صيغت بحيث تصلح كلغة للمكفوفين عن طريق تشكيلات النقاط البارزة على سطح الورقة . ولا يستطيع هذا الشخص نتيجة عجزه فى حاسة الإبصار أن يعتمد على تلك الحاسة فى أداء تلك الأعمال التى يؤديها غيره .

وتختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على فاعلية الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين، وبدرجة الإصابة . كما تختلف أيضاً باختلاف مدى قابلية الإصابة للتحسن عن طريق استخدام العينات البصرية أو العمليات الجراحية . ويعد الشخص الذى يرى على مسافة عشرين قدماً (ستة أمتار) ما يراه المبصر على مسافة مائتى قدم (ستين متراً) معاقاً بصرياً .

وتتسم شخصية الكفيف بفقد الصور البصرية ومحدودية الإدراك الحسى بحدود الحواس السليمة الباقية، وشعوره بهذا النقص عند مقارنه نفسه بالمبصرين . كما يتسم بالإنسحاب الاجتماعى نتيجة لذلك النقص ونتيجة إيمانه على المبصرين فى الحركة وخضوعه لإرادتهم فى هذا الإطار . ويعتمد الكفيف على الذاكرة السمعية واللمسية فى التعرف على المثيرات المختلفة والأشخاص . وفى حين يكون الكفيف

ودوداً ومتعاطفاً مع أقرانه المكفوفين فإنه إن لم ينسجم مع المبصرين يشعر بالجرح ويثور عليهم ويميل إلى السخرية منهم والتقليل من شأنهم ومن ثم يصبح عدوانياً. وإن انسجم معهم يحاول أن يجاريهم ويجادلهم ويناقشهم حتى يثبت لهم أن عاهته الحسية لا تقلل من قدرته العقلية أو منطقته. وإضافة إلى ذلك يميل الكفيف أيضاً إلى أن يتناول طعامه وحده ويفضل الأغذية الجامدة على السائلة ويكره حضور حفلة يكون فيها مائدة للطعام.

ويعانى الكفيف من عدد من التوترات والضغوط والإضطرابات، فيعانى مثلاً من الإضطراب فى المهارات الحركية، والإفتقار إلى المهارات اللغوية سواء اللفظية كمدل الكلام ومدل الصوت ونغمته والتنوع الصوتى، أو غير اللفظية كالإشارات والإيماءات. إلى جانب عدم قدرته بطبيعة الحال على قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة أثر كلماته على من يستمع إليه، وعدم قدرته على استخدام التعبيرات الوجهية لتصوير إنفعالاته، وإضطراب علاقاته الاجتماعية التى تبدو أحادية الجانب فى كثير من الأحيان. هذا إلى جانب القلق الاجتماعى والإضطراب الانفعالى، وعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة، والشعور المستمر بالتعب، والخوف من المجهول، والشعور بعدم الكفاءة وعدم القيمة وال فشل؛ والشعور المستمر بالتهديد النفسى والجسمى والاجتماعى.

هذا ولا يزال التشخيص الإكلينيكى يعتمد فى الأساس على التشخيص الطبى وذلك بالنسبة للإعاقة، أما بالنسبة للإضطرابات العديدة فهى تكاد لا تختلف عن مثيلاتها عند العاديين مع وضع طبيعة الإعاقة وسمات الشخصية المعاقفة فى الاعتبار.

العلاج المعرفى السلوكى لبعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقة البصرية

تم استخدام العديد من الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية لعلاج بعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقة البصرية، وكشفت عن نتائج جيدة تعد مبشرة فى هذا المجال وتحث على إجراء مزيد من الدراسات فى ذلك الإطار. ومن بين هذه

الفنيات حظت فنية الكف بالنقيض أو التحصين التدريجي والاسترخاء بقدر كبير من الاستخدام. وتتبع هذه الفنية فى الأساس للعلاج السلوكى ولكنها تستخدم ضمن فنيات العلاج المعرفى السلوكى. وقد طبقت هذه الفنية على نطاق واسع ومتباين فيما يتعلق بالظروف ذات الصلة بمواقف القلق والخوف وذلك على عينات من الأفراد متعدد وتباين فى طبائعها وسماتها التى تشكل الخلفية المميزة لكل عميل. وقد أكدت فاعليتها دراسات وأبحاث إمبريقية على درجة عالية من الضبط حيث يعمل عنصر التحصين التدريجى وهما الاسترخاء والتقديم الخيالى المتدرج للمثيرات على تحقيق فاعلية هذا العلاج.

وإلى جانب ذلك فإن أسلوب إيس Ellis والمعروف بالعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يعد من التكنيكات ذات الفاعلية فى هذا الصدد. ويعتمد هذا الأسلوب على تحديد الأفكار المشوهة والمعتقدات المختلة وظيفياً التى تؤدى إلى الإضطرابات الإنفعالية، ويقوم المعالج بتدريب عملائه على أن يقوموا بدحض إفتراضاتهم المتخاذلة عن أنفسهم والآخرين وتصحيحها وتعديلها، ومن ثم إعادة البناء المعرفى. ويمكن إلى جانب ذلك استخدام تكنيك التدريب على حل المشكلات، والتدريب على إدارة القلق، مع الواجبات المنزلية. هذا ويجب أن يسبق ذلك استخدام تكنيك التعليم النفسى الذى يعتمد على تقديم المعلومات عن الإضطراب موضوع الدراسة من حيث طبيعته وأعراضه وأسبابه وتطوره وكيفية مواجهته، ويعتمد فى ذلك على فنيى المحاضرة والمناقشة مما يوفر الأساس لمواجهة هذا الإضطراب أو ذاك.

وهناك نقطة أساسية فى هذا الصدد تتمثل فى ضرورة الاعتماد أثناء البرنامج على الجانب السمعى والإدراكى والبعد قدر الإمكان عن الجانب الحركى لأن حركة الكفيف بمفرده فى المكان يمكن أن تسبب مشكلات أخرى نكون فى غنى عنها فى ذلك الوقت حيث هناك واجبات منزلية سوف يؤديها الكفيف بمفرده دون أن يكون المعالج موجوداً إلى جواره.

ومن الفنيات الأخرى التى يمكن استخدامها فنية النمذجة التى تعتمد فى هذه

الحالة على سماع قصة معينة تتضمن التحدى مثلاً فى ضوء الإضطراب موضوع الدراسة وكيف استطاع بطل تلك القصة أن يتحدى ظروفه ويقهرها ويجتاز العقبة التى يمثلها ذلك الإضطراب. كما يمكن استخدام فنية التحويل وذلك لتحويل اهتمام العملاء إلى مجالات أخرى تصرف إنتباههم واهتمامهم من ذلك الموضوع الذى يؤرقهم إلى موضوع آخر لا يسبب مشكلة لهم.

هذا ويمكن أيضاً استخدام فنية التدريب على السلوك التوكيدى، والتعلم من خبرات الآخرين. وهناك فنية أخرى لها أثر كبير على المكفوفين هى فنية إشباع المطالب والتى يمنح المعالج المفحوصين خلالها التقبل فخير المشروط والطمأنينة، إلى جانب توفير جو من الثقة والصراحة. أما فنية الدحض والتشجيع فتؤكد على ضرورة التخلّى عن الأفكار اللاعقلانية مع التشجيع والثناء المستمر على ذلك. ويعمل المعالج من خلال فنية التخلّى عن المطالب على تعليم المجموعة العلاجية عدم الإصرار اللاعقلانى على مطالب معينة كطلب الكمال أو الإعتماد على الآخرين، وكذا التخلّى عن كلمات «يجب»، و«ينبغى»، و«لابد».

ويمكن أن يسير البرنامج العلاجى والذى قد يستغرق فى المتوسط خمسة عشرة جلسة وذلك وفق الخطوات التالية:

١- الجلسات الأولى: وتستخدم خلالها فنية التعليم النفسى والتى يتم من خلالها تقديم المعلومات اللازمة عن موضوع الإضطراب من حيث طبيعته وأسبابه وأعراضه وتطوره وكيفية مواجهته وعلاجه وذلك من خلال فئتين أساسيتين هما المحاضرة والمناقشة.

٢- الجلسات الوسطى: ويتم خلالها التعرف على الأفكار المشوهة والمعتقدات المختلة وظيفياً التى تكمن خلف الإضطراب موضوع الدراسة وذلك تمهيداً لدحضها وتعديلها وتصحيحها، وإعادة البناء المعرفى. ويمكن أيضاً استخدام التدريب على السلوك التوكيدى، وفقد الحساسية المنظم، والنمذجة، وتحويل الاهتمام.

ويجب أن تتضمن هذه الجلسات التدريب على استراتيجيات المواجهة كالتدريب على الاسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على إدارة القلق، ويجب ألا نغفل عن الواجبات المنزلية خلال تلك الجلسات.

٣- الجلسات الأخيرة: ويتم خلالها إعادة التدريب على استراتيجيات المواجهة مع استمرار الاهتمام بالواجبات المنزلية، ثم إنهاء البرنامج.

٤ - المتابعة: ويتم خلال الشهور الستة التالية للبرنامج. ويتضح خلالها أهمية التدريب على إستراتيجيات المواجهة الذي تم خلال الجلسات الأخيرة حيث يساعد العميل على مواجهة أى عقبات تواجهه بعد إنتهاء البرنامج والتغلب عليها.

هذا وقد أثبتت الدراسات التى استخدمت هذا الأسلوب العلاجى أنه يؤدى إلى نتائج جيدة تستمر لمدة طويلة بعد انتهاء البرنامج، ويسهم إلى حد كبير فى تقليل احتمالات حدوث إنتكاسة بعد العَلاج.

دراسات تطبيقية

تندر الدراسات العلاجية التى أجريت فى هذا الإطار باستخدام العلاج المعرفى السلوكى على المكفوفين. وهناك دراستان رائدتان فى هذا المجال أجريت الأولى عام ١٩٨٢ وأجراها إيفانز Evans وكانت حول علاج الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية لدى عينة من كبار السن المعاقين بصرياً قوامها ١٥ مفحوصاً تتراوح أعمارهم بين ٥٦ - ٧٨ عاماً مستخدماً أسلوب حل المشكلات، وكشفت نتائجها عن زيادة الفاعلية الاجتماعية لأفراد العينة وإنخفاض دال فى درجة شعورهم بالعزلة الاجتماعية. أما الدراسة الثانية فكانت تلك التى أجراها إيفانز وآخرون (١٩٨٧) Evans et. al مستخدمين برنامج معرفى سلوكى لكبار السن المعاقين بصرياً وذلك لدى عينة قوامها إثنا عشر مفحوصاً متوسط أعمارهم ٦٢ عاماً يمثلون المجموعة التجريبية، وإثنا عشر مفحوصاً من كبار السن المبصرين كمجموعة ضابطة. وأوضحت النتائج حدوث تغيرات دالة فى السلوك وفى وسيلة الوصول إلى الهدف وتحقيق التوافق والذى كان يمثل هدفاً أساسياً فى تلك الدراسة.

أما فى البيئة العربية فلم تسفر المحاولات التى قمنا ببذلها للحصول على دراسات فى هذا المجال أجريت خلال التسعينيات سوى عن دراسات ثلاث فقط حيث أجرت أمانى عبد المقصود (١٩٩٣) دراسة للوقوف على مدى فاعلية برنامج إرشادى قائم على الإرشاد العقلانى الإنفعالى عند إليس Ellis فى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين من الجنسين. وتألقت عينة الدراسة من ٧٦ طالباً وطالبة من الصف الثانى الإعدادى بمدارس المكفوفين بالقاهرة قسمت إلى أربع مجموعات فرعية قوام كل منها تسعة عشر مفحوصاً، إثنين من الذكور، واحدة تجريبية والأخرى ضابطة، وكذلك الحال بالنسبة للبنات. وكانوا جميعاً متجانسين من حيث الذكاء، والعمر الزمنى، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى. وتضمن البرنامج العلاجى إحدى عشرة جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، ثم قامت بمتابعتهم بعد مرور شهر من إنتهاء البرنامج. واستخدمت خلال البرنامج فنيات المحاضرة والمناقشة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وبعض الأنشطة الترفيهية، ولعب الدور. وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج الإرشادى المستخدم فى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين قياساً بأفراد المجموعتين الضابطين، وعن استمرار تلك الفاعلية أثناء فترة المتابعة. وسوف نعود لهذه الدراسة مرة أخرى عند التعليق على هذا الفصل وذلك فى النقطة التالية.

وأجرى سيد عبد العظيم (١٩٩٨) دراسة على عينة من المكفوفين شملت تسعة مفحوصين من الذكور متوسط أعمارهم ١٦,٧٨ سنة مستخدماً أسلوب بيك Beck للتعرف على أثره فى خفض الشعور باليأس لدى أفراد العينة. واستخدم مقياساً للشعور باليأس من إعداده. وقد تألف البرنامج المستخدم من عشر جلسات إرشادية مدة كل منها ساعة ونصف بواقع جلستين أسبوعياً. وتضمن فنيات الحوار السقراطى، وتحديد الأفكار السالبة واستحداث حلول منطقية للمشكلات التى تسببها، وتعديل تلك الأفكار، والتدريب على الاسترخاء، وجدولة الأنشطة، والواجبات المنزلية. وتمت المتابعة بعد مرور ستة أسابيع من إنتهاء البرنامج، وأوضحت النتائج فاعلية هذا الأسلوب الإرشادى فى خفض الشعور باليأس لدى

أفراد العينة، وأوضحت نتائج المتابعة استمرار تلك الفاعلية وذلك خلال فترة المتابعة.

واستهدفت دراسة إيهاب الببلاوى (١٩٩٩) التعرف على أثر كل من التحصين التدريجى والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى خفض حدة القلق لدى المراهقين المكفوفين. وتكونت عينة الدراسة من ١٨ طالباً بمدرستى النور للمكفوفين بالزقازيق، وطه حسين للمكفوفين بالزيتون تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد (ن = ٦) وفقاً لاستجاباتهم على المقياس المختلفة، فمن حصلوا على أعلى الدرجات فى مقياس الأفكار اللاعقلانية تم وضعهم فى المجموعة التجريبية الأولى التى تلقت العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى، أما الذين تم وضعهم فى المجموعة التجريبية الثانية التى تلقت التحصين التدريجى فكانوا من أولئك الذين اتضح من استجاباتهم على المقياس الفرعى «الأعراض الفسيولوجية للقلق» أنهم يعانون من ردود فعل فسيولوجية، فى حين كانت المجموعة الثالثة ضابطة ولم تتلق أى علاج. وتمت مجانسة المجموعات الثلاث فى متغيرات العمر الزمنى، ومستوى الذكاء، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى، ومستوى القلق. وتمثلت أدوات القياس فى مقياس قلق المكفوفين الذى أعده عادل الأشول وعبد العزيز الشخص، وإستبانة مستشفى ميدل سكس MHQ التى أعدها كرسب وآخرون Chrisp et. al وترجمها وقنها رشاد عبد العزيز، ومقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الإعاقة البصرية من إعدادة (الباحث). وتضمن برنامج التحصين التدريجى ١٤ جلسة مقسمة إلى أربع مراحل تمثلت المرحلة الأولى فى الجلسة الأولى التى خصصت للتمهيد والتعارف ومدتها ساعة، أما المرحلة الثانية فضمنت الجلستين الثانية ومدتها ساعة ونصف، والثالثة ومدتها ساعة وربع وتم تخصيصهما لإعطاء معلومات عن القلق، والعلاج بالتحصين التدريجى، فى حين ضمت المرحلة الثالثة الجلسات من ٤ - ٨ ومدة كل منها ساعة إلا ربعاً وخصصت للتدريب على الاسترخاء بدءاً من استرخاء اليدين والكفين، فالرأس والرقبة، ثم الصدر والبطن والظهر، فالساقين والقدمين، يليها استرخاء الجسم بالكامل. وإلى

جانب ذلك ضمت هذه المرحلة أيضاً الجلسات من ٩ - ١٣ ومدة كل منها ٣٥ دقيقة وتم تخصيصها لإجراء عملية التحصين. وانتهى البرنامج بالمرحلة الرابعة التي ضمت الجلسة الرابعة عشرة ومدتها ساعة وتم تخصيصها لتقييم البرنامج. ومن ناحية أخرى تضمن برنامج العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ١٥ جلسة موزعة على أربع مراحل ضمت المرحلة الأولى أول جلسة ومدتها ساعة وتم تخصيصها للتمهيد والتعارف. وضمت المرحلة الثانية الجلسات الثلاث التالية وتراوحت مدة الجلسة بين ٧٥ - ٩٠ دقيقة وخصصت لتقديم المعلومات والتدريب على نموذج ABC، بينما ضمت المرحلة الثالثة الجلسات من ٥ - ١٤ وتراوحت مدة كل منها بين ٦٠ - ٩٠ دقيقة وتناولت تطبيق نموذج إليس على الأفكار اللاعقلانية في الجوانب المختلفة والتي تثير القلق لدى الكفيف. أما المرحلة الأخيرة فضمت الجلسة الأخيرة ومدتها ساعة ونصف وخصصت لتقييم البرنامج. وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامجين المستخدمين في خفض حدة القلق لدى المكفوفين مع عدم وجود فروق دالة بينهما. كما كشفت النتائج أيضاً عن استمرار تلك الفاعلية أثناء فترة المتابعة حيث تم القياس التبعي بعد شهر ونصف من انتهاء البرنامج.

تعليق

لم يعثر المؤلف على دراسات استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لذوي الإعاقات الجسمية الحسية سوى بعض الدراسات في مجال الإعاقة البصرية الذي يعد من الميادين الجديدة التي بدأ هذا الإتجاه العلاجي يسبر غورها مؤخراً مستخدماً فنيات عديدة من بينها تكتيك التعليم النفسى الذى يضم فنىتى المحاضرة والمناقشة. إلى جانب النمذجة، ولعب الدور، والتحصين التدريجى، والتدريب التخيلى، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والواجبات المنزلية، وتحديد الأفكار اللاعقلانية والعمل على تصحيحها وتعديلها، والاستفادة من الخبرة.

أما الدراسات العربية التي استخدمت هذا الأسلوب العلاجي فهي تكاد تنحصر في تلك الدراسات الثلاث التي عرضنا لها والتي تم إجراؤها من جانب أمانى عبد المقصود (١٩٩٣)، وسيد عبد العظيم (١٩٩٨)، وإيهاب البيلاوى (١٩٩٩). ولكن يلاحظ على الدراسة الأولى من هذه الدراسات أن مضمون البرنامج المستخدم، وكذا الفنيات المستخدمة لا تتصل بنموذج إليس الذى ذكرت الباحثة أنها ستسير فى ضوءه لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة. ولم تتضمن جلسات البرنامج أى إشارة لاستخدام ذلك النموذج، بل إن النشاط الوحيد الذى قدمته بغرض تعديل الأفكار قد تمثل فى تقديم القصص التى تدور حول الإعاقة البصرية وقهر اليأس وذلك فى إطار الأنشطة الثقافية المتضمنة، ولكنها ذكرتها كأمثلة لأشخاص مكفوفين قهروا اليأس مثل طه حسين، فكانت تعرض عليهم القصة وتساءلهم عن الاستفادة منها فقط، واكتفت بما طلبته منهم بأن تكون تلك القصص حافزاً لهم على التفوق والنجاح وتجاوز الإعاقة ومحاولة تحقيق ذواتهم وتحقيق أمانيتهم فى المستقبل. كما سخرت الأنشطة التى تضمنها البرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية والحرص على العلاقات الاجتماعية والتعاون. وإذا كانت الأنشطة المستخدمة قد اعتمدت على تنمية بعض المهارات الاجتماعية الخاصة بالاتصال والتعاون وحسن الإصغاء، إلى جانب تفجير طاقات الفرد المكبوتة وإشباع حاجاته النفسية من خلال عدة أساليب من أهمها تدريب المراهق على التفاعل مع المحيطين به، وتكوين علاقات سليمة مع الآخرين، وتعزيز السلوك الإيجابى لدى الكفيف بما يكسبه تقدير الآخرين له فإنها تصلح مع الإرشاد أو العلاج بين الشخصى أو الاجتماعى interpersonal وليس العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. كما أن هذا الأسلوب العلاجي يعد هو الأفضل على المدى الطويل وهو ما أكدته الدراسات التى قارنت بينه وبين غيره من الأساليب العلاجية الأخرى، ولذلك لا يجب تحت أى ظروف أن تقل فترة المتابعة عن ثلاثة شهور حتى نتأكد من ذلك..

