

الفصل الثاني

الإطار النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

مقدمة.

القسم الأول: الإعاقة السمعية.

القسم الثاني: التقبل الاجتماعي .

القسم الثالث: التقبل الاجتماعي لدى المراهقين المعاقين

سمعيًا.

القسم الرابع: العلاج المعرفي - السلوكي.

الفصل الثاني: الإطار النظري

* مقدمة:

في هذا الفصل يتناول الباحث الإطار النظري للدراسة. وحيث إن الدراسة تستهدف مساعدة المعاقين سمعياً على تحسين تقبلهم الاجتماعي، وذلك من خلال مشاركتهم في العلاج المعرفي السلوكي، فإن العرض النظري سوف يتم وفقاً لهذا التسلسل لمشكلة الدراسة. ومن ثم يتناول الباحث في القسم الأول من الإطار النظري "الإعاقة السمعية"، وذلك من خلال إلقاء الضوء على: أهمية حاسة السمع، والتركيب التشريحي لجهاز السمع في الإنسان، ومفهوم الإعاقة السمعية، وتصنيفها، وأسبابها، وتشخيص الإعاقة السمعية. وفي القسم الثاني: يتناول الباحث "التقبل الاجتماعي"، متضمناً ذلك إيضاح: مفهوم التقبل الاجتماعي، وجوانب أو أبعاد التقبل الاجتماعي، والنظريات المفسرة للتقبل الاجتماعي. وفي القسم الثالث: يتناول الباحث "التقبل الاجتماعي لدى المراهقين المعاقين سمعياً". وفي القسم الرابع: يتناول الباحث "العلاج المعرفي السلوكي"، متضمناً ذلك إلقاء الضوء بشكل عام على: مفهوم العلاج المعرفي السلوكي، وأهدافه، ومبادئه، والعلاقة العلاجية بين المعالج والعميل، وأخطاء التفكير، والنماذج أو التوجهات العلاجية المعرفية السلوكية. وبيان كل ما سبق يمكن عرضه على النحو التالي:

القسم الأول: الإعاقة السمعية

تُعد الإعاقة السمعية من الإعاقات الصعبة التي قد يصاب بها الإنسان. فعند الإصابة بهذه الإعاقة يستطيع المعاق سمعياً رؤية الكثير والكثير من المثيرات المختلفة المحيطة به، ولكنه لا يفهم الكثير منها، وبالتالي يصبح غير قادر على الاستجابة لها، مما قد يصيبه بالإحباط. وتعني هذه الإعاقة عدم قدرة الفرد على استخدام حاسة السمع بشكل وظيفي، وتتراوح بين الفقد الكلي لحاسة السمع والفقد الجزئي لها.

أولاً: أهمية حاسة السمع:

إن حاسة السمع تلعب دوراً مهماً وحيوياً في حياة الفرد، وبدونها يصبح الفرد أسير عالم من الصمت والسكون، عالم صامت مجهول تغلفه الرهبة والخوف من الأخطار التي تحيط به في المنزل والشارع والمدرسة، لخلوه من انفعالات اللغة التي يستشعرها الفرد من خلال الكلمات اللفظية المنطوقة. ويعتمد إدراك الفرد لعالمه على المعلومات التي يحصل عليها من خلال حواسه المختلفة، وعلي الرغم من أهمية جميع الحواس في عملية التواصل والتعلم والنمو، إلا أن حاسة السمع تعتبر أهم هذه الحواس، فمن خلالها يتمكن الفرد من تعلم اللغة، ويتطور اجتماعياً وفعالياً، ويعي عناصر بيئته.

وتظهر أهمية حاسة السمع جلية في القرآن الكريم في قول الله سبحانه وتعالى من خلال تقديم الله سبحانه وتعالى السمع على البصر في الكثير من الآيات كما في قوله تعالى " **وَأَن تَلْمِزُوا أُمَّةً صَبَّأً مِن نَّبِيِّهَا لَأَن يَكْفُرُوا بِاللَّهِ وَأَصْفَاءَهُمْ أَهْلِي بَيْتِهِ وَمَنْ فِي الْأَرْبَابِ لَأَسْفَهَاءُ** " (سورة النحل، آية: ٧٨)، وقوله تعالى: **إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنده مَسْئُولًا** (سورة الأسراء، آية: ٣٦)، وكذلك قوله جل شانه: **"هُوَ الَّذِي أَنشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَرَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ"** (سورة المؤمنون، آية: ٧٨).

وأشار جمال الخطيب إلى أن السمع يلعب دوراً أساسياً في نمو الفرد، فحاسة السمع هي التي تجعل الفرد قادراً على تعلم اللغة، والتي تشكل حجر الزاوية بالنسبة لتطور سلوكه الاجتماعي. كذلك فإن حاسة السمع تمكن الإنسان من فهم بيئته ومعرفة المخاطر الموجودة فيها فتدفعه إلى تجنبها، حيث يعتمد إدراك الفرد لعالمه على المعلومات التي يستقبلها عبر حواسه الخمسة (السمع، والبصر، والشم، والتذوق، واللمس) وحدث أي خلل في واحدة أو أكثر من الحواس ينعكس عليه صعوبات عديدة: (جمال الخطيب، ١٩٩٨، ص ١٣). كما أكدت ماجدة عبيد على أن الفرد يستطيع التواصل مع العالم المحيط به من خلال حاسة السمع، فالكلام هو الوسيلة الأساسية لعملية النضج عند الطفل. فالطفل الذي يعاني من قصور سمعي

الفصل الثاني _____ ١٧ _____ الإطار النظري

يعاني مشكلات عديدة، فالاستماع والتحدث هما المصدران الأساسيان لحصول الفرد على المعلومات المختلفة، ومن ثم يسهمان في التقبل الاجتماعي للفرد وفي شعوره بالاطمئنان النفسي والاجتماعي. (ماجدة عبيد، ٢٠٠٠، ص ١٥-١٦)

ولحاسة السمع أهمية عظيمة، مقارنة بحاسة البصر، إذ يشير توماس كارول إلى أن حاستي السمع والبصر من أهم الحواس الخمس التي وهبها الله للإنسان، حيث إن السمع مفروض على الأذن بصفة مستمرة، ويعطي الإنسان تقريراً مستمراً عن البيئة التي يعيش فيها. ولا يمكن التحكم في حاسة السمع، على حين يمكن التحكم في حاسة البصر عن طريق إغلاق العينين. وتتلقى الأذنان الإشارات من جميع الاتجاهات وفي مختلف الأوقات ليلاً ونهاراً، بينما البصر لا يمكن استعماله في الظلام، لأنه يعتمد على أشعة الضوء. والطفل المعاق سمعياً يعيش في قلق واضطراب انفعالي، فهو يعيش في عالم خال من الأصوات واللغة، ومحروم من معاني الأصوات التي تدل على الحنان والعطف والتقدير، وكل هذا يعمق مشاعر النقص والعجز لديه، فهو سجين عالم من العزلة السمعية والصمت.

(عن: علي حنفي، ٢٠٠٣، ص ١٩)

وبالرغم من أهمية حاسة السمع في حياة الفرد وفي نموه النفسي والاجتماعي، إلا أن فقدان حاسة السمع لا يعنى نهاية حياة الفرد، فهناك حواس أخرى تعوض ولو جزئياً دور حاسة السمع، كحاسة الإبصار التي يستخدمها الأصم لترجمة ردود أفعال الآخرين، مما يؤكد على أهمية دور الآخرين والمحيطين بالمعاق سمعياً في تقبله لإعاقته، وتوافقه مع ذاته والمحيطين به، فضلاً عن وجود نماذج كثيرة تمكنت من تحدي الإعاقة ونالت مكانة مرموقة في المجتمع.

ثانياً- التركيب التشريحي لجهاز السمع في الإنسان^(١):

يتوقف إنتاج الكلام ونمو الثروة اللغوية لدى الطفل على مدى سلامة جهازيه السمعي والكلامي (النطقي). حيث يقوم جهاز السمع بعملية استقبال المثيرات الصوتية ، وإدراكها، ثم يتم فهم ما تدل عليه في مركز الإدراك السمعي بالمخ، بينما يقوم جهاز النطق أو الكلام بعمليات الإرسال كالمناغاة والتقليد، ثم إنتاج الكلام واللغة كوسيلة للتفاهم والتواصل. وهكذا يوجد تلازم وترايط وثيق بين وظائف الجهازين. (عبد المطلب القريظي، ٢٠٠٥، ص ٣١٢)

ويعتبر الجهاز السمعي هو المسئول عن ترجمة الذبذبات الصوتية إلى أصوات مميزة يدركها المخ ويميزها الإنسان. ولذا يعد الجهاز السمعي إحدى معجزات الخالق عز وجل في جسم الإنسان ، وهو جهاز دقيق للغاية، حيث اكتشف علماء التشريح أن حاسة السمع تبدأ مبكرة في أداء عملها في الأسابيع القليلة الأولى بعد ولادة الطفل، بل أن وظيفة السمع تبدأ عملها ابتداءً من الشهر الرابع للحمل ، حيث يستطيع الجنين سماع الأصوات الخارجية وصوت أمه ، والأصوات التي تصدر داخل جهازها الهضمي . (محمد النوبي، ٢٠٠٥، ص ٣٤)

ولكي يمكن فهم الأسباب التي تقف وراء فقدان السمع؛ كان علي الباحث أن يوضح تركيب الأذن حتى يمكن معرفة المناطق التي يصيبها قصور ما، وتعد الأذن آلة السمع عند الإنسان والحيوان. وهي عند الإنسان كثيرة الأجزاء جداً بحيث يصعب تصورها إلا برويتها التشريحية وهي كما يفصلها علماء التشريح عبارة عن جهاز استقبال صوتي، يقوم باستقبال الإشارات الصوتية، ثم ينقلها عن طريق العصب السمعي إلى الدماغ، فيتم تحليلها وتفسيرها داخل المخ.

(١) مع أن الباحث يعلم تماماً أن ذلك أقرب إلى العلوم الطبية، وبخاصة علم وظائف الأعضاء (الفسولوجيا) إلا أن الباحث رأى أن يقدم هنا نبذة مختصرة عن ذلك، من باب العلم بالشئ من جهة، والأهم من ذلك حتى يمكن لهم جانب كبير من أسباب الإعاقة السمعية عند الحديث عنها.

منها غضروفي منغى بالجلد، وتخرج منها مادة صمغية تسمى "الصملاخ" وظيفتها حماية قناة الأذن الوسطى من الأوساخ والأجسام الغريبة. وتؤدي هذه المادة إلى إضعاف قدرة الإنسان على السمع في حالة إفرازها بكمية كبيرة، أو عندما تكون مادة صلبة تعوق انتقال الترددات الصوتية إلى طبلة الأذن.

(إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٣، ص ٢٠-٢٢؛ علي حنفي، ٢٠٠٣، ص ٢٢-٢٣)

٢- الأذن الوسطى: *The Middle Ear*

وهي عبارة عن تجويف يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية. وهذا الجزء ملئ بالهواء، وذلك من أجل الحفاظ علي توازن الضغط علي جانبي طبلة الأذن. ويتحقق هذا التوازن بفعل "قناة استاكيوس"، والتي يمكن وصفها بأنها قناة تهوية تربط الأذن الوسطى بالحلق. كما يوجد بهذا التجويف ثلاث عظيمات ضئيلات الحجم وهي المطرقة والسندان والركاب، وتعمل كسلسلة متصلة لنقل الذبذبات إلي الكوة (النافذة) الواقعة بين الأذن الوسطى و الأذن الداخلية. وتهتز تلك العظيومات تباعاً تحت تأثير الموجات الصوتية التي تتدافع عن طريق طبلة الأذن، لتنتقلها في النهاية عظيمة الركاب إلي نافذة الأذن الداخلية. (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٣، ص ٢٢-٢٤؛ هالهان وكوفمان، مترجم، ٢٠٠٨، ص ٥٣٨)

٣- الأذن الداخلية: *The Inner Ear*

وهي عبارة عن تجويف عظمة الصدغ التي تسمى بالعظمة الصخرية، وتتكون الأذن الداخلية من أربعة أجزاء هي :

١- القوقعة *The Cochlea*: وهي عبارة عن دهليز مغلق تماماً، وملفوف حول محور أفقي مرتان ونصف مرة، وله جدران صلبة، ومملوء بسائل يسمى الليمف المحيط *Perilymph* ، وهو مادة لزجة تبلغ لزوجتها ضعف لزوجة الماء تقريباً. ووظيفة القوقعة هي تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلي إشارات كهربائية يتم نقلها إلي المخ بواسطة العصب السمعي.

(عماد عبد الحليم، ١٩٩٠، ص ٥ - ٧)

ب - **القناة القوقعية Cochlea Duct**: وتتكون من عدة قنوات صغيرة تحتوى علي سائل خاص، وهي ذات أطراف أو نهايات عصبية عالية الحساسية للموجات الصوتية؛ وتعمل بمثابة مستقبلات سمعية تتصل بالعصب السمعي الذي يفضي إلي الجهاز العصبي السمعي المركزي بالمخ.

ج - **الدهلينز: Vestiblar** وهو الجزء المسئول عن الاتزان في جسم الإنسان، ويتكون من ثلاث قنوات دهليزية بها سائل يسمى الليمف الداخلي *Endolymph*.

د - **القنوات شبه المستديرة Semi Circular Cannals** وهي القناة العلوية *Superior* والقناة الخلفية *Posterior* والقناة الجانبية *Lateral*. وتمتلك تلك القنوات بسائل نسيجي يوجد به مئات الآلاف من الخلايا السمعية الدقيقة، كل منها يشبه البوق *Clarion* ويتميز السائل المحيط بهذه الخلايا بالحساسية العالية لما يصل إليه من ذبذبات الموجات الصوتية، فيحرك الخلايا السمعية (الأبواق)، التي تحول الحركة الميكانيكية إلي نبضات كهربائية تلتقطها أطراف العصب السمعي الملتصق بالقوقعة إلي المخيخ، ومنه إلي مركز السمع في المخ، فتترجمها إلي رموز مسموعة ذات معني.

(إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٣، ص ٢٤-٣٤؛ Moore, 1997, P. 45)

ثالثاً: مفهوم الإعاقة السمعية .

يذكر كل من جمال الخطيب، ومصطفى القمش إلى أن الإعاقة السمعية مصطلح يشير إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي ، تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً. وخلافاً للاعتقاد السائد بأن الضعف السمعي ظاهرة يعانى منها الكبار في السن، فإن المشكلات السمعية متنوعة وتحدث للأطفال والشباب، بمعنى أنها تحدث في أي مرحلة من مراحل النمو .

(جمال الخطيب، ١٩٩٦، ص ١٥؛ مصطفى القمش، ٢٠٠٠، ص ٢٧)

وقد عرّف رشاد موسى الإعاقة السمعية بأنها المشكلات التي تحول دون قيام الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع

الأصوات المختلفة. وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها بين الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي، إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها الصمم. (رشاد موسى، ٢٠٠٢، ص ١٨٦)

وبناءً عليه، تعني الإعاقة السمعية القصور السمعي، الكلي أو الجزئي، الذي يؤثر على الأداء التعليمي للمعاق سمعياً، والذي يصعب معه على الفرد التفاعل والتواصل اللفظي مع أقرانه وبيئته، مما يتطلب احتياجات خاصة لرعايته ومساعدته على التفاعل مع بيئته بأساليب تتناسب ظروفه. والإعاقة السمعية تتدرج من الضعف السمعي الخفيف إلى الضعف السمعي المتوسط إلى الضعف السمعي الشديد جداً، فالخفيف إلى المتوسط هو ضعف سمعي، والفقدان الشديد هو الصمم. وفيما يلي عرض لتعريفات فئتي الإعاقة السمعية، ولكن دون إسهاب في تعريفات الصمم، نظراً للتركيز على فئة ضعاف السمع التي تمثل عينة الدراسة.

١ - مفهوم الصمم والأصم :

يعرف عبد العزيز الشخص الأطفال الصم بأنهم الذين حرموا من حاسة السمع لدرجة تجعلهم غير قادرين على سماع الكلام المنطوق حتى مع استعمالهم المعينات السمعية ، ولذا يضطرون لاستخدام أساليب أخرى للتواصل مع الآخرين. (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٥، ص ٣٦٢)

كما أشار القرار الوزاري رقم ٣٧ إلى أن الصم هم الذين فقدوا حاسة السمع، أو من كان سمعهم ناقصاً إلى درجة أنهم يحتاجون إلى أساليب تعليمية تمكنهم من الاستيعاب دون مخاطبة كلامية.

(القرار الوزاري ٣٧ لسنة ١٩٩٠، ص ٨)

ويشير فتحي عبد الرحيم إلى أن الأفراد الصم هم الذين لا تؤدي حاسة السمع لديهم وظائفها للأغراض العادية في الحياة، وتتكون هذه المجموعة من فئتين أساسيتين طبقاً لزمان الإصابة في السمع وهما:

١- فئة الصمم الولادي: وتضم الأطفال الذين يولدون فاقدين للقدرة على السمع.

ب- **فئة الصمم المكتسب**: وتضم الأطفال الذين يولدون بحاسة سمع عادية، ثم يتم فقدها لديهم في وقت لاحق بسبب المرض أو الإصابة في الحوادث.

(فتحي عبد الرحيم، ١٩٩٠، ص ٢١٤)

كما يعرف **جمال الخطيب الأصم** بأنه الفرد الذي تمنعه إعاقته السمعية من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. (جمال الخطيب، ١٩٩٢، ص ١٤)

ويعرف **علي حنفي الأصم** بأنه هو الفرد الذي فقد حاسة السمع بعد الميلاد أو قبل تعلم الكلام أو حتى بعد تعلم الكلام، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية في البيئة السمعية، ويتراوح فقدان السمع لديه من ٦٠ - ٨٠ ديسيبل (علي حنفي، ١٩٩٦، ص ٦٦)

وتؤكد **زينب شقير** على أن الأصم هو ذلك الفرد الذي فقد قدرته السمعية أو حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام إلى درجة تجعله (حتى مع استعمال المعينات السمعية) غير قادر على سماع الكلام المنطوق، ومضطر لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل مع الآخرين. (زينب شقير، ١٩٩٩، ص ١٨٢)

كما عرف **عبد الرحمن سليمان الأصم** بأنه الفرد الذي فقد السمع لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة، سواء منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة واكتساب خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية، لذلك فهو في حاجة إلى تأهيل يتناسب مع قصوره السمعي.

(عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٨، ص ٨٦)

ويعرف **إبراهيم الزريقات الأصم** بأنه الفرد الذي لديه فقدان سمعي مقداره "٧٠" ديسيبل فأكثر، ويعوق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها وباستعمال المعينات السمعية. (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٣، ص ٥٦)

مما سبق يتضح أن الأصم هو ذلك الفرد الذي ولد فاقداً لحاسة السمع، أو أصيب به في طفولته قبل اكتساب أو تعلم الكلام، حيث تكون درجة فقد السمع لديه "٧٠" ديسيبل فأكثر، ويترتب على ذلك عدم قدرته على الاستفادة من حاسة السمع، ولا يستطيع فهم الكلام المنطوق، بشكل يعوق من تواصله اللفظي مع الآخرين، أو اكتساب اللغة أو التعلم بالطريقة العادية. ولذا يعتمد الأصم على حاسة الإبصار أو طرق التواصل المرئية (لغة الإشارة، وقراءة الشفاه، والهجاء الإصبعي، والتواصل الكلي) للتواصل مع الآخرين.

٢ - مفهوم ضعف السمع وضعيف السمع:

يتناول الباحث تعريف ضعف السمع من خلال منظورين هما: المنظور الطبي، والمنظور النفسي والتربوي، حيث يرى الباحث أنه من المستحيل الفصل بين تعريفات ما هو اجتماعي وتربوي وانفعالي كما فعل الكثيرون من الباحثين، فجميعها تصب في بوتقة واحدة ألا وهي بوتقة التعريف والنفسي التربوي، كما يلي: -

أ - مفهوم ضعف السمع من المنظور الطبي :

يعرف جمال الخطيب وآخرون ضعف السمع بأنهم الأفراد الذين يمتلكون بقايا قدرة سمعية، وعند استخدامهم معيماً سمعياً فإنهم يتمكنون من معالجة المعلومات اللغوية بنجاح من خلال حاسة السمع.

(جمال الخطيب وآخرون، ١٩٩٢، ص ٢٠)

ويعرف كل من يسيلديك وألجوزين *Ysseldyke&Algozzine* (١٩٩٥)

ضعيف السمع بأنه الشخص الذي تتراوح درجة فقدانه للسمع بين (٣٥ - ٦٩

ديسبل)، إلي حد الذي يضطره إلى استخدام أداة سمعية (وسيلة معينة). بمعنى أنه

يجد صعوبة في فهم كلام الآخرين عن طريق الأذن بدون استخدام وسيلة معينة.

(*Ysseldyke& Algozzine , 1995, p. 385*)

ويشير محمد النوبي إلى أن ضعف السمع هم الأفراد الذين تضطرب

حاسة السمع لديهم نتيجة لحدوث تعطل جزئي لها، بسبب اضطراب يحدث في

الفصل الثاني _____ ٢٥ م _____ الإطار النظري

مكان ما في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية أو في العصب السمعي، أو في مركز السمع بالمخ مما يعوق العلاقات الاجتماعية (محمد النوبي، ٢٠٠٠، ص ٤).

ويضيف *وائل مسعود* أن ضعف السمع هو الفرد الذي يعاني من صعوبات في السمع تؤدي إلى مواجهة مشكلات في سماع الكلام، سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. (*وائل مسعود*، ٢٠٠٢، ص ٥١٥)

ويؤكد *إبراهيم الزريقات* على أن ضعف السمع هو الفرد الذي يتراوح فقدان السمع لديه ما بين "٣٥-٦٩" ديسيبل، حيث يسبب صعوبة وليس إعاقة في فهم الكلام من خلال الأذن وحدها، باستعمال أو بدون استعمال المعينات السمعية (*إبراهيم الزريقات*، ٢٠٠٣، ص ٥٦)

ب - مفهوم ضعف السمع من المنظور النفسي التربوي :

يعرف ضعاف السمع بأنهم الأفراد ذوو حدة السمع المنخفضة، لدرجة تجعلهم يحتاجون لخدمات خاصة مثل التدريب على السمع، وقراءة الكلام، والعلاج الكلامي، أو الاستعانة بالمعينات السمعية. (*عادل الأشول*، ١٩٨٧، ص ٤٢٢؛ *عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي*، ١٩٩٢، ص ٢٠٩)

كما يوصف ضعاف السمع بأنهم الأفراد الذين لا يتعلمون الكلام واللغة بالطريقة العادية، نتيجة لنقص حاسة السمع لديهم، بدرجة تجعل من الضروري استخدام أجهزة وأدوات مساعدة، حتى يتمكنوا من فهم الكلام المسموع (*كمال سيسالم*، ١٩٨٨، ص ١٥٣؛ *فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي*، ١٩٨٨، ص ٢١٥؛ *زيدان السرطاوي*، ١٩٩١، ص ٣٠٩).

ويوضح *القرار الوزاري رقم ٣٧* أن ضعاف السمع هم الطلاب الذين لديهم سمع ضعيف إلى درجة أنهم يحتاجون إلى ترتيبات خاصة أو تسهيلات في تعليمهم. (*وزارة التربية والتعليم*، ١٩٩٠، ص ٥١ - ٥٢)

كما يعرف *علي حنفي* ضعف السمع بأنه الفرد الذي يعاني عجزاً أو نقصاً في حاسة السمع، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية

والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة، ويتراوح الفقد السمعي لديه من ٤٠-٦٠ ديسيبل. (علي حنفي، ١٩٩٦، ص ٦٧)

ويذكر أحمد اللقاني وأمير القرشي أن ضعف السمع هم أولئك الذين يشكون ضعفاً في السمع، وأن قدرتهم على الاستجابة للكلام المسموع تدل على قصور إدراكهم لما يدور حولهم، بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرتهم السمعية. (أحمد اللقاني وأمير القرشي، ١٩٩٩، ص ١٦)

وعرف عبد الرحمن سليمان ضعف السمع بأنه حالة من انخفاض حدة السمع لدرجة قد تستدعي خدمات خاصة كالتدريب السمعي أو قراءة الشفاه، أو علاج النطق، أو التزويد بمعين سمعي. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢، ص ٤٧)

وأشار رشاد موسى إلى أن ضعيف السمع هو الفرد الذي فقد سمعه جزئياً منذ الميلاد، أو بعد اكتساب اللغة والكلام، ولكنه مع ذلك يمكنه استقبال الخبرات اللغوية والمعرفية من خلال بقايا السمع بصفة ناجحة، وذلك باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. (رشاد موسى، ٢٠٠٢، ص ١٨٨)

وبعد استعراض مفهوم كل من الأصم وضعيف السمع يمكن القول بأن الفرق بين الأصم وضعيف السمع ينحصر في أن الأصم هو الذي لا تؤدي عنده حاسة السمع وظيفتها في الحياة، مثل حالات الأطفال الذين ولدوا صمًا أو الذين فقدوا السمع بعد الميلاد أو في فترة متأخرة قبل تعلم الكلام، وبالتالي يعاني هذا الشخص من عجز أو خلل يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، حتى مع استخدام المعينات السمعية، أما ضعيف السمع فهو الشخص الذي تؤدي حاسة السمع عنده وظيفتها على الرغم من تلفها جزئياً، وذلك باستخدام المعينات السمعية، بشرط وجود تسهيلات في البيئة المحيطة به.

رابعاً: تصنيف الإعاقة السمعية :

تعددت تصنيفات الإعاقة السمعية ، ولكن جرت العادة أن تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لثلاثة أسس هي:

١- العمر عند الإصابة .

٢- موقع الإصابة .

٣- شدة الإصابة . (جمال الخطيب، ١٩٩٦، ص١٦-١٨)

وحيث إن موضوع الدراسة الحالية يتناول "ضعاف السمع" بشكل خاص، فإن الباحث يلقي بعض الضوء على تصنيف الإعاقة السمعية ككل، ولكن مع التركيز على تصنيف "فئة ضعف السمع" ودون تركيز على "فئة الصم". وبيان ذلك فيما يلي:

١- تصنيف الإعاقة السمعية بحسب العمر عند الإصابة :

يصنف سعيد العزة الإعاقة السمعية تبعاً للعمر عند حدوث الإصابة إلى ما يلي:-

أ- **إعاقة سمعية ولادية:** وهي الإعاقة التي يُصاب بها الطفل منذ لحظة ولادته الأولى.

ب - **إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة:** وهي الإعاقة التي يُصاب بها الطفل قبل تعلم اللغة واكتسابها، أي قبل سن الثالثة من العمر ، ويتميز أفراد هذه الفئة بعدم قدرتهم على الكلام، لأنهم لم يتمكنوا من سماع اللغة.

ج - **إعاقة سمعية بعد تعلم اللغة :** وهي الإعاقة التي يُصاب بها الطفل بعد تطور الكلام واللغة لديه. ومثل هذا الطفل معرض لفقد قدرته اللغوية التي كانت قد تطورت لديه، إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة. (سعيد العزة، ٢٠٠١، ص٢٣)

وفي نفس هذا الإطار، ذهب بعض الباحثين والمختصين إلى تصنيف

"ضعف السمع"، بحسب العمر عند الإصابة، إلى فئتين هما:

أ- **ضعف سمعي وُلادِي:** وهو حالة تتضمن وجود عيوب تكوينية بالجهاز السمعي للطفل منذ لحظة الولادة. وبالتالي يعاني هذا الطفل من وجود صعوبة في تعلم الكلام.

ب- **ضعف سمعي مكتسب:** وهو حالة تتضمن إصابة الطفل بالضعف السمعي بعد الولادة بفترة، كنتيجة لحادث أو لإصابة بمرض. حيث إن القدرة السمعية للطفل تكون طبيعية عند ولادته. وفي هذه الحالة قد يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التي تكون قد تطورت لديه، ما لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة.

(عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢، ص ١٠٤ - ١٠٥؛

جمال الخطيب، ١٩٩٨، ص ١٦؛ مصطفى القمش، ٢٠٠٠، ص ٣٤)

٢- تصنيف الإعاقة السمعية بحسب موقع الإصابة :

تصنف الإعاقة السمعية وفقا لموضع الإصابة إلى أربعة مستويات هي:

أ- فقد السمع التوصيلي *Conductive Hearing Loss* .

ب- فقد السمع الحس - عصبى *Sensor-Neural Hearing Loss* .

ج - فقد السمع المختلط *Mixed Hearing Loss* .

د- فقد السمع المركزي *Central Hearing Loss* .

(رضا درويش، ١٩٩٢، ص ٣١)

وتفصيل ذلك فيما يلي:-

أ- **فقد السمع التوصيلي:** ويحدث هذا النوع من الإعاقة السمعية نتيجة خلل يصيب الأذنين "الخارجية والوسطى"، ومن ثم إعاقة وصول الأصوات إلى الأذن الداخلية.

ب- **فقد السمع الحسي- العصبى :** ويحدث هذا النوع من الإعاقة السُّمعية نتيجة وجود خلل في الأذن الداخلية أو وجود اضطراب في العصب السمعي الموصل إلى المخ، ومن ثم فإن الإعاقة تكمن في عدم وصول الموجات الصوتية إلى المخ، وبالتالي عدم ترجمتها. وتندرج حالات فقد السمع الشديدة تحت هذا النوع .

ج - فقد السمع المختلط : ويحدث هذا النوع من الإعاقة السمعية نتيجة حدوث تداخل بين أعراض فقدان السمع التوصيلي، وفقدان السمع الحسي-العصبي، وبذلك تكون حالة فقد السمع عبارة عن خليط من النوعين السابقين.

د- فقد السمع المركزي ويحدث هذا النوع من الإعاقة السمعية نتيجة إصابة المركز السمعي في المخ بخلل ما أو نتيجة وجود أي اضطراب في الممرات السمعية في المخ، بحيث لا يتمكن المعوق سمعياً من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها. (عبد الفتاح صابر، ١٩٩٧، ص ١٦٢ - ١٦٣؛ هالمان وكوفمان، مترجم، ٢٠٠٨، ص ٥٤٣)

وفي نفس السياق، يصنف بعض الباحثين والمختصين ضعف السمع بحسب موقع الإصابة إلى فئات أربع، هي:

أ - ضعف سمع توصيلي : *Conductive Hearing Impairment*

وتحدث فيه إعاقة لنقل الموجات أو الذبذبات الصوتية التي يحملها الهواء إلى الأذن الداخلية، نتيجة وجود اضطرابات في قناة أو طبلة الأذن الخارجية، أو إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى؛ ومن ثم عدم وصول هذه الموجات الصوتية إلى المخ .

ب - ضعف سمع حسي - عصبي : *Sensori-Neural Hearing Impairment*
ويحدث فيه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية محرفة أو مشوشة، نتيجة اضطراب في الأذن الداخلية، أو حدوث اضطرابات في العصب السمعي الموصل إلى المخ، وبالتالي عدم قيام مراكز الترجمة بالمخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية .

ج - ضعف سمعي مختلط : *Mixed Hearing Impairment*

وتحدث فيه فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية لجهاز السمع ، نتيجة تداخل أسباب وأعراض كل من ضعف السمع التوصيلي ، وضعف السمع الحسي - العصبي .

د - ضعف سمع مركزي: *Central Hearing Impairment*

ويرجع إلى إصابة المركز السمعي في المخ بخلل ما ، أو إلى أي اضطراب في الممرات السمعية في المخ ؛ بحيث لا يتمكن من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها . (عبد المطلب القريطي، ١٩٩٦، ص ١٣٩-١٤٠؛ جمال الخطيب، ١٩٩٨، ص ٢٩ - ٣٢)

٣- تصنيف الإعاقة السمعية بحسب درجة فقدان السمع:

يشير سعيد العزة إلى أن الإعاقة السمعية تتضمن خمس مستويات بحسب درجة فقدان السمع، وهي :

أ- الإعاقة السمعية البسيطة جداً: وتتراوح درجة فقدان السمع بين " ٢٧، ٤٠ " ديسيبيل، ويعانى أفراد هذه الفئة من صعوبات في سماع الكلام الخافت أو عن بُعد، أو تمييز بعض الأصوات. ولا يواجه هؤلاء الأفراد صعوبات تذكر في المدرسة ، وقد يستفيدوا من المعينات السمعية ، والبرامج العلاجية .

ب - الإعاقة السمعية البسيطة : وتتراوح درجة فقدان السمع بين " ٤١، ٥٥ " ديسيبيل، ويفهم أفراد هذه الفئة كلام المحادثة عن بُعد يتراوح بين " ٣ - ٥ " أمتار وجها لوجه ، ولكنهم يحتاجون إلى رفع الصوت ، وإعادة الحديث من جانب من يتحدث إليهم ، وعدم وجود ضوضاء في المكان؛ وقد يستفيدوا من المعينات السمعية .

ج - الإعاقة السمعية المتوسطة : وتتراوح درجة فقدان السمع بين " ٥٦، ٧٠ " ديسيبيل، ويعانى أفراد هذه الفئة من صعوبات كبيرة في التواصل واضطرابات في اللغة ، ويكون قاموسهم اللفظي محدوداً . مما يلزم عليهم استخدام المعينات السمعية ، والحصول على تدريب سمعي حتى يمكنهم من التواصل مع الآخرين .

د- الإعاقة السمعية الشديدة : وتتراوح درجة فقدان السمع ما بين " ٧١، ٩٠ " ديسيبيل، ويعانى أفراد هذه الفئة من صعوبات بالغة، حيث إنهم لا يستطيعون سماع الأصوات العالية، كما يعانون من اضطرابات شديدة في اللغة والكلام تحول دون

تطور اللغة لديهم ، ويحتاجون إلى مدرسة خاصة بهم ليتعلموا ويتدربوا على السمع، وقراءة الشفاه. وهم في حاجة إلى معين سمعي.

هـ - الإعاقة السمعية الشديدة جداً: وتبلغ درجة فقدان السمع في هذه الحالة أكثر من "٩٠" ديسibel، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة، سواء بالاعتماد على آذانهم، أو حتى مع استخدام المعينات السمعية. ولذا يصبح من الضروري أن يتعلموا أساليباً بديلة للتواصل، تركز في الأصل على أساليب التواصل اليدوية، كلغة الإشارة والهجاء الإصبعي، حيث يكون لديهم ضعف واضح في الكلام واللغة، ويعتمدون على حاسة البصر أكثر من اعتمادهم على حاسة السمع (سعيد العزة، ٢٠٠١، ص ٢٥-٢٦).

ويقدم كل من فتحي عبد الرحيم وعبد المطلب القريطي تصنيفاً للإعاقة السمعية يعتمد على درجات فقدان السمع، مع إيضاح أثر كل منها على فهم الكلام واللغة، ثم إيضاح الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة لكل فئة ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول "١"

درجات فقدان السمع وأثرها على فهم الكلام واللغة، والاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة

درجة فقدان السمع	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة
١ - فقدان السمع الخفيف Slight يتراوح بين "٢٧ ، ٤٠"	- يعانى الطفل من عدم سماع الكلام بعيد المصدر . - يواجه الطفل صعوبات في الموضوعات الأدبية اللغوية . يستطيع الطفل استخدام السماع إذا اقترب فقدان السمع من ٤٠ ديسبل .	- يجب أن تعرض حالة الطفل على المسؤولين والمدرسين - يحتاج الطفل إلى العناية بالمفردات، وأن يجلس في مكان مناسب في الفصل الدراسي، وأن تكون الإضاءة جيدة . - يحتاج بعض الأطفال التدريب على قراءة الشفاهة .

الفصل الثاني _____ ٣٢ هـ _____ الإطار النظري

الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	درجة فقدان السمع
<p>- يحتاج الطفل إلى العرض على أخصائي التربية الخاصة بهدف وضع الخطة المناسبة لمتابعة الحالة .</p> <p>- يحتاج الطفل إلى استخدام السماع مع التدريب على طريقة استخدامها .</p> <p>- يحتاج الطفل إلى الجلوس في مكان مناسب في الفصل .</p> <p>- يحتاج الطفل إلى تعلم قراءة الشفاه، والمشاركة في المناقشات، والعمل على تصحيح أخطاء النطق .</p>	<p>- يستطيع الطفل فهم الحوار الكلامي من مسافة ٣-٥ أقدام عندما يكون مواجهاً للمتحدث .</p> <p>- قد يفقد الطفل ما يقرب من نصف المناقشات التي تدور في الفصل إذا كانت الأصوات منخفضة وإذا لم يكن مواجهاً للمتحدث .</p> <p>- قد يعاني الطفل من الضعف في نطق بعض المفردات .</p>	<p>٢- فقدان السمع المعتدل :mild يتراوح بين ٤١ ، ٥٥ ديسيبل .</p>
<p>- يحتاج الطفل إلى العرض على أخصائي التربية الخاصة، كما أنه يحتاج لوضعه في أحد الفصول الخاصة .</p> <p>- يحتاج إلى تدريب خاص لتعلم المهارات اللغوية (مفردات - قراءة - قواعد اللغة) .</p> <p>- يجب أن تتم المناقشة بصوت مرتفع حتى يتمكن من الفهم .</p>	<p>- يعاني الطفل من عيوب النطق والكلام، وقد لا يستطيع استيعاب اللغة، وحصيلته من المفردات اللغوية قد تكون محدودة للغاية .</p> <p>- يستطيع الطفل استخدام المعين السمعي، ويمكنه تعلم قراءة الشفاه، والمشاركة في المناقشات مع تصحيح الأخطاء .</p>	<p>٣ - فقدان السمع الملحوظ :Marked يتراوح بين ٥٦ ، ٧٠ ديسيبل</p>

الاحتياجات التعليمية والبرامج المطلوبة	أثر درجة فقدان السمع على فهم الكلام واللغة	درجة فقدان السمع
- يحتاج إلى برنامج كامل للصم طوال الوقت، مع الاهتمام بالمهارات اللغوية، كما يحتاج إلى قراءة الشفاه.	- قد يستطيع الطفل أن يسمع الأصوات العالية من مسافة قدم واحد.	٤- فقدان السمع الشديد :Sever
- يحتاج الطفل إلى استخدام المعينات السمعية والاندماج إلى الفصول العادية إذا كان ذلك مفيداً له.	- قد يستطيع أن يميز بين الأصوات المختلفة في البيئة. - يعانى الطفل من بعض عيوب النطق واللغة .	تتراوح بين " ٩٠،٧١" ديسيبل
- يحتاج إلى برنامج للصم طوال الوقت، مع الاهتمام بالمهارات اللغوية . - يحتاج إلى التدريب على قراءة الشفاه .	- يشعر الطفل بالذبذبات الصوتية أكثر من النغمات الصوتية . - يعتمد على الإبصار كوسيلة للتواصل . - يعانى من عيوب النطق والكلام.	٥ - فقدان السمع المتطرف :Extreme ٩١ ديسيبل فأكثر

(فتحي عبد الرحيم، ١٩٩٠، ص ٢٣٦-٢٤٠؛ عبد المطيب القريطي، ٢٠٠٥، ص ٣١٨-٣١٩)

خامساً : أسباب الإعاقة السمعية:

ليس هناك من شك في أن ما يحدث قبل الولادة من مؤثرات يعتبر من الأسباب المحتملة للإصابة بفقدان السمع ، ويذكر هول وهيل Hall & Hill أن السبب الحقيقي في حوالي نصف الحالات الموجودة ما زال مجهولاً تماماً، ولكن معظم هذه الحالات تعود أسبابها إلي الاضطرابات الوراثية.

(Hall & Hill, 1996, P 212)

ويذهب يسيلديك والجوزين ysseldke & Algozzine إلى أن هناك عدة

أسباب مسؤولة عن إصابة الطفل بالإعاقة السمعية ومنها ما يلي:

- الحصبة الألمانية: وتمثل حوالي ٥ ٪ من أسباب الإصابة. وهو نوع من الحصبة تنتقل العدوى به إلى الجنين عن طريق الأم الحامل، ويظهر بصورة نمطية في شكل فقد سمعي حسي.

- التهاب الغشاء السحائي: ويمثل حوالي ٩ ٪ من أسباب الإصابة وهو مرض يؤثر على النظام العصبي المركزي، ويظهر بصورة نمطية في شكل فقد سمعي حسي.

- التهاب الأذن الوسطى: ويمثل حوالي ٣ ٪ من أسباب الإصابة وهو عدوى أو تلوث للأذن الوسطى، وتراكم للسائل خلف طبلة الأذن، ويظهر بشكل نمطي في صورة فقد سمعي توصيلي.

- الوراثة: وتمثل حوالي ١٣ ٪ من أسباب الإصابة في أكثر من ١٥٠ نوع من الصمم الجيني.

- أسباب أخرى عند الميلاد : وتمثل حوالي ٢٢ ٪ من أسباب الإصابة كإصابة بالحمى، والعدوى (التلوث)، والجروح ومضاعفات فترة الميلاد.

(ysseldke & Algozzine,1995,P.390)

ويشير عبد المطلب القريطى إلى أن الإعاقة السمعية تحدث نتيجة عاملين أساسيين هما: العامل الوراثي قبل الولادة ، والعامل البيئي المكتسب أثناء الولادة أو بعدها، ومن أهم العوامل الوراثية المسببة للصمم انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائها عن طريق الوراثة، ومن خلال الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات، كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي. ويقوى احتمال هذه الحالات من زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات. وتظهر الإصابة بالصمم الوراثي منذ الولادة أو بعدها بسنوات حتى سن الثلاثين أو الأربعين. أما عن العوامل البيئية التي تسهم في حدوث الصمم فإنها تتمثل فيما يلي:

- إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض: ومن أهمها إصابة الأم، لاسيما خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل، بأمراض معينة كفيروس الحصبة الألمانية، والزهري، والأنفلونزا الحادة.

- تعاطى الأم الحامل لبعض العقاقير: حيث يؤدي تعاطى الأم أثناء فترة الحمل لبعض العقاقير دون مشورة الطبيب إلى إصابة الجنين ببعض الإعاقات كالتخلف العقلي والإعاقة السمعية.

- عوامل ولادية: وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عليها بالنسبة للوليد، ومنها الولادات العسرة أو الطويلة، حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين لنقص الأوكسجين، مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابته بالصمم، والولادة المبكرة قبل اكتمال قضاء الجنين لسبعة أشهر في رحم الأم، مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه.

- إصابة الطفل ببعض الأمراض: فغالبا ما تؤدي إصابة الطفل خصوصاً في السنة الأولى من حياته ببعض الأمراض إلى الإعاقة السمعية، ومن بين هذه الأمراض الحميات الفيروسية والميكروبية كالحمى المخية الشوكية أو الالتهاب السحائي أو الحصبة والتيفود والأنفلونزا. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ص ١٤٩)

ويرى مصطفى القمش أن هناك العديد من الأسباب المسئولة عن الإعاقة السمعية منها ما يلي:

- العوامل الوراثية.
- التشوهات الولادية سواء في طبلة الأذن أو صيوان الأذن.
- إصابة الأم بالعدوى خلال فترة الحمل، وبخاصة الحصبة الألمانية.
- الولادة المبكرة.
- المضاعفات الناتجة عن بعض الولادات العسرة.
- إصابة المولود باليرقان، وبخاصة في الساعات الأولى من الولادة أو في الأيام الثلاثة الأولى.
- زيادة الإفرازات الشمعية في الأذن (الصملاخ)، مما يؤدي إلى إغلاق القناة السمعية.

- الأجسام الغريبة التي قد تتسلل إلى الأذن.
- الحوادث والصفعات.
- إصابة الطفل ببعض الأمراض المعدية، مثل التهاب الغدة النكفية و التهاب الأذن الوسطى والتهاب السحايا.
- تناول بعض العقاقير والأدوية.
- التعرض لفترات طويلة للضوضاء والأصوات العالية.

(مصطفى القمش، ٢٠٠٠، ص ٢٨)

ومع تعدد أسباب الإعاقة السمعية، إلا أن الباحثين والمتخصصين أجمالوا وبلوروا هذه العوامل العديدة ضمن مجموعتين رئيسيتين من العوامل، هما: العوامل الوراثية الجينية، والعوامل البيئية أو المكتسبة وهذان النوعان من العوامل يمكن الإشارة إليهما على النحو التالي:

١- العوامل الوراثية الجينية:

تشير الدراسات إلي أن نحو ٥٠% تقريباً من حالات الإعاقة السمعية تعزى لأسباب وراثية، والمرض هنا ينتقل للجنين عن طريق الجينات الحاملة للمرض من الأم أو الأب أو الأجداد، وقد لا يكون المرض ظاهراً في الأقارب الحاليين من الأسرة، ولفقدان السمع الناجم عن هذه العوامل نوعان هما:.

النوع الأول: يولد به الطفل، ويلاحظ أن الطفل لا ينتبه إلي الأصوات من حوله مهما كانت مرتفعة، ويتأخر في النطق عن أقرانه.

النوع الثاني: يولد فيه الطفل طبيعياً، ويسمع الأصوات من حوله جيداً، ويتكلم مثل أقرانه في موعده، ولكنه يفقد السمع في سن معينة، قد تكون الخامسة أو السادسة من عمره. (حسين سليمان، ١٩٩٤، ص ١٦٦)

كما يساعد زواج الأقارب علي الإصابة بالإعاقة السمعية، وبخاصة في العائلات التي ينتشر بها الصمم. وفي دراسة قامت بها الإدارة العامة للتأهيل

الاجتماعي للمعوقين عن العلاقة بين قرابة الوالدين ووجود حالات إعاقة سمعية متكررة في الأسرة الواحدة ، فتوصلت الدراسة إلي أنه في حالات الإعاقة السمعية المتكررة في الأسرة تزداد نسبة من كان آباؤهم أقارب، وهذا يزيد من احتمال مسئولية الوراثة عن حالات الإعاقة السمعية المتكررة في الأسر، ومسئولية زواج الأقارب عن تجميع هذه العوامل الوراثية. وقد دفع الاعتقاد بمسئولية الوراثة عن حدوث الإعاقة السمعية أن أصدرت بعض الدول مثل فنلندا تشريعاً بتحريم زواج المعاقين سمعياً فيما بينهم.

(الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين، ١٩٩٤، ص ١٩٠)

٢- عوامل بيئية أو مكتسبة:

ويمكن تقسيمها إلى عوامل تحدث قبل الميلاد وأثناء الميلاد وبعد الميلاد كما يلي:

أ- عوامل قبل الولادة: يمكن أن ترجع أسباب الإعاقة السمعية إلي حدوث شذوذ جيني ناجم عن اختلاف العامل الريزسي (RH) بين الأم والجنين، ويطلق عليه صمم ولادي، أو نتيجة لنقص الأوكسجين خلال فترة الحمل، ويسمي ذلك بالصمم المكتسب. (Hall&Hill, 1996,P. 213)

كذلك فإن إصابة الأم الحامل بالفيروسات، مثل الحصبة الألمانية والالتهاب السحائي والتهابات الغدة النكفية والأنفلونزا ، وبخاصة في شهور الحمل الأولى أثناء تكوين الجنين داخل الرحم، يمكن أن تؤدي إلي عدم اكتمال نمو الأجهزة والأعضاء المختلفة ومن بينها الجهاز السمعي. أيضاً فإن تناول الأم الحامل لبعض الأدوية قد يؤدي إلي عدم اكتمال نمو الجنين، ومن ثم ولادته بعيوب تكوينية ومنها الإعاقة السمعية. (حسن سليمان، ١٩٩٤، ص ١٦٦)

ب- عوامل تحدث أثناء الولادة: وتكون مصاحبة لعملية الولادة مثل الولادة المتعسرة التي تطول مدتها، وكذلك ولادة الجنين قبل مواعده مما يحتاج إلي وضعه في حضانه، وكذلك ولادته مصاباً بالصفراء، إذ أن زيادة نسبة الصفراء في الدم

عن "٣٤٠ ميكرومول/ لتر" يؤدي إلى فقدان السمع، وبخاصة عند ملاحظة تلون عين قرنية المولود باللون الأصفر. (Hall&Hill, 1996,P. 213)

ج - عوامل تحدث بعد الميلاد: يمكن أن يتعرض الطفل للإصابة ببعض الأمراض، وخصوصاً في السنة الأولى من حياته، مثل الحمى الفيروسيّة والميكروبية، كالحمى الشوكية، أو الالتهاب السحائي، والحصبة، والتيفود، والأنفلونزا، والحمى القرمزية، والدفتريا، ويترتب علي هذه الأمراض تأثيرات مدمرة في الخلايا السمعية والعصب السمعي. وتعتبر الحصبة الألمانية من أكثر الأسباب الولادية شيوعاً كمسبب للضعف السمعي والصمم. فالصمم يحدث في حوالي ثلث الأطفال المصابين بالحصبة الألمانية، والقضاء علي الحصبة الألمانية يقضي علي خمس حالات الصمم الولادي.

(عماد عبد الحليم، ١٩٩٠، ص ٣١ - ٣٣)

ومن أهم الأمراض التي تؤدي إلي ظهور العديد من الاضطرابات السمعية التهاب الأذن الوسطي الذي يشيع بين الأطفال في سن مبكرة، وأورام الأذن الوسطي أو تكديس بعض الأنسجة الجلدية بداخلها. وقد يتأثر الجهاز السمعي لدى الطفل نتيجة لوجود بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية مثل الحصى والخرز والحشرات والأوراق وغيرها. وكذلك نتيجة لتراكم المادة الشمعية أو صملاخ الأذن في القناة السمعية، مما يؤدي إلي انسداد الأذن، فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية، أو تصل مشوهة إلي طبلة الأذن.

(عبد المطلب القريطي، ١٩٩٦، ص ١٥٠)

وقد ترجع أسباب ضعف القدرة السمعية كما يشير **عبد المجيد عبد الرحيم** إلي أسباب خاصة بالأذن الخارجية، حيث تفرز الغدد مادة شمعية قد تسد القناة السمعية بسبب تراكمها فيقل السمع لدى الفرد. وهناك أسباب خاصة بالأذن الوسطى وهي إصابة الفرد بالأنفلونزا مما يؤدي إلي انسداد قناة استاكيوس، فيصبح الضغط الخارجي علي طبلة الأذن شديداً، فلا تستجيب للاهتزاز عند استقبال الأصوات، ويكون العلاج بإزالة أسبابه. وأيضاً هناك أسباب خاصة بالأذن الداخلية

مثل التعرض لالتهاب ميكروبي، فقد تمتلئ بالصديد الذي يفقد الشخص سمعه ما لم يعالج بسرعة، بالإضافة إلى أن إدخال أي شيء حاد قد يتقب طبلة الأذن.

(عبد المجيد عبد الرحيم، ١٩٩٧، ص ٩٩)

وكذلك يرجع حسن سليمان أسباب ضعف السمع إلى التهابات الجهاز التنفسي العلوي، مثل التهابات الأنف والجيوب الأنفية والحلق واللوزتين والحمية، والحنجرة والبلعوم الأنفي بقناة استاكيوس، مما يؤدي إلى التهاب غير الصديدي للأذن الوسطى، والذي يؤدي إلى وجود رشح خلف طبلة الأذن ومن ثم يتسبب في ضعف السمع. أو التهاب الصديدي المتكرر والمزمن الذي يتسبب في تقب طبلة الأذن وتآكل عظيمات السمع. كما يحدث في بعض الحالات أن تسد قناة استاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الزكام، وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجي على طبلة الأذن شديداً، وهنا لا تهتز الطبلة عند وصول الصوت إليها، ومن ثم لا تستطيع أن تؤدي وظيفتها. (حسن سليمان، ١٩٩٨، ص ٢٠٤)

ويذكر البرتي *Alberti* أنه توجد أنواع عديدة للضعف السمعي تنتج

عن الضوضاء والعمل، مما يؤدي إلى :

- إزاحة عتبة السمع المؤقتة الناتجة عن الضوضاء.

- إزاحة عتبة السمع الدائمة الناتجة عن الضوضاء.

وينجم ذلك عن التعرض للضوضاء، سواء كانت الضوضاء ذات طبيعة مستمرة، أو علي هيئة صدمة، أو مزيجاً من الإثنين. ويضاف إلى ذلك الضعف السمعي الناتج عن مصدر صوتي قوى مكثف مثل: الطلقة النارية، أو صوت الانفجار (قنبلة مثلاً). (عن: عماد عبد الحليم، ١٩٩٠، ص ٤٥)

أي أن الضوضاء تسبب نسباً متفاوتة من الضعف السمعي، قد يشفي بعضها، ولكنها لا يبد أن تترك بعض درجات الضعف السمعي والتأثير علي غشاء الطبلة وعظيمات الأذن السمعية، مع درجات متفاوتة من تلف القوقعة. ولذلك

يتضح أن للضوضاء تأثير خطير علي عملية السمع، حتى أنها تعد من أهم وأقوى الأسباب المؤدية إلي الضعف السمعي.

مما سبق يتضح للباحث أن هناك العديد من العوامل مسؤولة عن الإعاقة السمعية، منها ما يتعلق بمرحلة ما قبل الميلاد ، ومنها ما يتعلق بأثناء الولادة، ومنها ما يتعلق بمرحلة ما بعد ميلاد الطفل ورغم تعدد تلك العوامل، إلا أنه يمكن الحد من الإعاقة السمعية من خلال إجراء التحاليل والفحوصات قبل الزواج، وهذا ما يعرف الآن باتجاه تخطيط ما قبل الزواج، والاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية عن طريق إجراء الفحوصات للأم الحامل أثناء وبعد الحمل والبعد عن الأدوية والأشعة والأمراض المعدية، كل ذلك بهدف الوصول إلى توفير إجراءات الوقاية من الإعاقة السمعية، والحد من الآثار السالبة على جوانب النمو.

سادساً: تشخيص الإعاقة السمعية :

لكي يتم تشخيص الإعاقة السمعية لابد من التعرف على الطرق اللازمة لذلك ، لأن التعرف على مدى حدة السمع في الطفولة المبكرة له أهميته الخاصة. فهذه المرحلة هي بداية تكوين اللغة ونموها ومعرفة الكلام، ولأن الأذن هي الوسيلة الوحيدة لسماع كلام الآخرين، فإن الفقد السمعي يعتبر عقبة في فهم الكلام ، وما يصاحب ذلك من تأثير بشكل مباشر على خبرات الفرد وتجاربه الاجتماعية. ولذا ، فإن اكتشاف الإعاقة السمعية وتشخيصها مبكراً من الأمور المعقدة جداً ؛ حيث إنه يتعلق عادة بمن لا يستطيعون الكلام أو التفاهم. وبالرغم من ذلك فإنه يستحسن التدخل المبكر في اكتشاف وتقدير مدى فقدان السمع، حتى يمكن تقديم التدريبات المناسبة لدرجة الإعاقة ، وأيضاً تلبية احتياجات الأطفال المعاقين سمعياً في وقت مبكر. ويمكن إلقاء الضوء على تشخيص الإعاقة السمعية من خلال ثلاثة محاور هي: بعض المؤشرات العامة الدالة على وجود إعاقة سمعية، والفحص الطبي لجهاز السمع، وطرق قياس حدة السمع: وذلك على النحو التالي:

١- المؤشرات العامة الدالة على وجود إعاقة سمعية

هناك العديد من المؤشرات العامة البسيطة التي تدل على وجود إعاقة سمعية ، ومن خلالها تتم إحالة الفرد إلى أخصائي القياس السمعي ، وهذا ما أوضحه علي حنفي فيما يلي :

- شكوى الفرد من وجود ألم في إحدى أذنيه .
- طلب الفرد من الآخرين رفع أصواتهم بشكل عالٍ، بل قد يطلب إعادة الحديث.
- إمالة الرأس نحو المتكلم .
- وجود إفرازات في الأذن، أو تجمع كثير من المادة الصمغية .
- عدم إتباع الفرد للتعليمات اللفظية، واستجابته للتعليمات الإشارية أو التلميحات .
- وجود مشكلات في إصدار الأصوات الكلامية، وبخاصة الأصوات الساكنة .
- انخفاض مستوى التحصيل الدراسي، وبخاصة في الاختبارات الشفوية .
- الحرص الشديد على الاقتراب من مصدر الصوت .
- سيطرة مظاهر الخجل والعناد والانسحاب، لعدم قدرته على المحادثة في مواقف التواصل.
- عدم إعطائه اهتماماً للمناقشات التي ينتبه لها الآخرون .
- إعطاء أجوبة ليست لها علاقة بمحور الحديث.
- رفع صوته باستمرار أو العكس . (علي حنفي، ٢٠٠٣، ص ٥٢)

٢ - الفحص الطبي لجهاز السمع:

أ- **غرف فحص السمع** : وهي غرف خاصة معزولة الصوت والإضاءة. وهذه الغرف في غاية الضرورة لإجراء فحوصات السمع، للتأكد من دقة وصحة نتائج فحص السمع .

ب - **فحوصات السمع الخاصة** : وتتم بإجراء فحص خاص يطلق عليه "اختبار استجابة جذع الدماغ للمنبهات السمعية"، ويجري على كل من صغار وكبار

السن باستخدام جهاز خاص، يطلق الإشارات إلى الدماغ، ويقوم باستقبال وتحليل البيانات الصادرة عن الدماغ، حتى يتم من خلاله قياس درجة ضعف السمع لدى المريض.

ج - تقييم السمع الشامل: وهي مجموعة من الفحوصات لحاسة السمع، لقياس وتحديد وظائفها، وتتضمن ما يلي:

* **فحص الأذن الوسطى:** ويشمل قياس ضغط الأذن، ونوويات القوة الصوتية الانعكاسية، وتساؤل القوة الصوتية الانعكاسية، وقياس وظيفة القناة السمعية.

* **فحص الشعيرات السمعية الخارجية بالقوقعة السمعية باستخدام الحاسب الآلي:** قياس دقيق لرصد الضعف السمعي في قوقعة الأذن خلال مدة ١٠ ثوان.

* **فحص منظار الأذن:** ويوفر صور حية لغشاء طبلة قناة الأذن، للتأكد من سلامة هذه الأعضاء.

د - تقييم المعينات السمعية: ويهدف لبرمجة ومعايرة السماعاات الطبية باستخدام برامج معينة للحاسوب، تتناسب مع مختلف أنواع السماعاات المبرمجة والرقمية.

هـ - جهاز تقييم المعين السمعي: ويظهر هذا الجهاز بشكل واقعي للمريض نسبة تحسن قدرة السمع بعد تركيب المعين السمعي.

و - ورشة صيانة المعينات السمعية: ويتوافر بها كافة الأجهزة والوسائل اللازمة لصيانة وتصليح مختلف أنواع السماعاات الطبية بمهارة ودقة.

ز - مختبر تصنيع قوالب الأذن: باستخدام المعدات المطلوبة والمواد الأولية ذات الجودة العالية، ويتم في هذا المختبر تصنيع قوالب الأذن لتركيب السماعاات عليها، وجميعها مصنعة حسب حاجة كل مريض الخاصة، وبعناية فائقة لضمان نجاح تركيبها على أذن المريض.

٣- طرق قياس حدة السمع :

لقياس السمع طرق عديدة، يبينها العديد من الباحثين

والخبراء، وأهمها ما يلي:

أ- طريقة القياس المبني للسمع :

وهي طريقة تصلح لقياس حدة السمع لدى الطفل قبل سن الخامسة. وهي تعتمد على معرفة مدى استجابة الطفل للأصوات بحسب شدتها، ووفق الخصائص السمعية للطفل. ويتم ذلك بأن يوضع إلى جوار الطفل جهاز يقيس شدة الصوت (ويعرف بالأوديومتر *Audiometer*)، ثم يشجع الطفل على اللعب بلعبة معينة كالكرات الملونة مثلاً، فإذا ما استغرق في اللعب بها، يقوم الأخصائي بإخراج أصوات هادئة من الجهاز، كإصوات الأجراس أو الطبول أو أنابيب الصوت أو الأكسيلفون خلف الطفل، فإذا لم ينتبه، قرب منه مصدر الصوت شيئاً فشيئاً، إلى أن يلتفت الطفل إلى مصدر الصوت، وهنا يأخذ قراءة جهاز قياس شدة الصوت الموضوع بجوار الطفل. وبهذه الاختبارات السهلة البسيطة يمكن اكتشاف القصور السمعي بطريقة مبدئية. (علي حنفي، ٢٠٠٣، ص ٥٧)

ب- اختبار الساعة - الدقاقة: *Watch - Tick Test*

وهي طريقة تصلح لقياس السمع لدى الطفل بعد سن الخامسة. وفيها يطلب من الطفل وهو مغمض العينين الوقوف عند نهاية العلامة التي يسمع عندها الفرد العادي دقات الساعة، فإذا تعذر عليه سماع الدقات عند هذه النقطة، يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها، وتحسب المسافة من الوضع الأخير، مقارنة بالوضع العادي، فإذا ما كانت أقل من نصف المسافة لدى العادي، زاد الاحتمال بأن المفحوص ضعيف السمع.

ج - اختبار الهمس: *Whispering Test*

وهي طريقة تصلح أيضاً لقياس السمع لدى الطفل بعد سن الخامسة. ويعد هذا الاختبار اختباراً أدائياً. وهذا الاختبار يجري لكل أذن على حدة، ويمكن

للمدرسين أو الآباء إجراء هذا الاختبار على الطفل لقياس مقدرة على السمع، حيث يقوم الفاحص بالوقوف خلف الطفل، أو بجانبه، ومخاطبته بصوت خفيض وهامس مع الابتعاد عنه تدريجياً، حتى الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عنده. (عبد المطلب القريطي، ١٩٩٦، ص ١٤٧؛ آمال باظة، ٢٠٠١، ص ٤٣)

ويرى الباحث أن الطريقتين السابقتين غير دقيقتين تماماً لقياس حدة السمع، وتستعملان فقط في حالة عدم توافر أجهزة الأوديومترات، أو عدم إمكانية استعمالها نتيجة عدم وجود تيار كهربائي مثلاً.

د- جهاز الأوديومتر (٦- A) : 6-A Audiometer

هو جهاز فردي الاستخدام، يستعمل لقياس القدرة السمعية لدى الأطفال والكبار. ونستطيع أن نحصل بواسطة هذا الجهاز على رسم بياني لكل أذن على حدة، ثم نقارنه بالمستوى المتفق عليه للفرد العادي. وطريقة استعمال هذا الجهاز تكون بضبط القرص الخاص بالذبذبات على نقطة معينة، ولتكن نقطة البداية ١٠٢٤ ذبذبة في الثانية، ثم نحرك من أسفل إلى أعلى المفتاح الخاص بوحدات شدة الصوت (ديسيبل)، وهو موجود في الجهة المقابلة للقرص الدال على الذبذبات، حيث إن وحدات شدة الصوت مقسمة من "١٠ إلى ١٠٠ وحدة". ونطلب من الفرد أن يرفع يده للدلالة على أنه يسمع الصوت الحادث. ويحسن أن تجرى التجربة أكثر من مرة للدقة، قبل تسجيل درجة النقص في القدرة السمعية على البطاقة الخاصة بذلك. ثم تعاد التجربة على الذبذبات الأخرى التالية : ٢٠٤٨، ٤٠٩٦، ١٨٩٢ وهي كلها ذبذبات مرتفعة الترددات. وبعد ذلك تقاس الذبذبات منخفضة الترددات " ٥١٢، ٢٥٦، ١٢٨"، علماً بأن درجة الصوت تتوقف على عدد الاهتزازات في الثانية، فإذا زادت الاهتزازات أو الذبذبات عن عدد معين، ازداد الصوت حدة.

هـ- جهاز الأوديومتر (٤ - A) : 4-A Audiometer

يستعمل هذا الجهاز بطريقة جماعية، إذ يمكن اختبار عدد من الأطفال في وقت واحد بواسطة . والجهاز يتألف من تسجيل صوتي، عليه أسطوانة مسجلة بها مجموعة من الأصوات على درجات مختلفة من الارتفاع والانخفاض، وهذه الأصوات تتألف من أرقام غير متوالية، ويتصل بالمسجل الصوتي جهاز إرسال تليفوني يُوضع على أذن المفحوص، ويطلب من المفحوص أن يكتب الأرقام التي يسمعا، ثم نقارن ما يكتبه بالتسجيل الصوتي . وعلى هذا النحو يمكن معرفة القدرة السمعية للمفحوص بشكل تقريبي.

(عمرو رفعت ، ٢٠٠٥ ، ص ٣٠-٣١)

وتعتبر الأوديومترات أدق بكثير من الطريقتين السابقتين في قياس حدة السمع.

و- قياس حدة السمع بواسطة الكمبيوتر :

وهي أحدث طريقة لتخطيط السمع، وتعتمد على رسم النبضات الكهربائية بالمخ أثناء السمع. حيث يتم فيه تكبير التأثير السمعي مع عزل التأثيرات الأخرى، ويدخل التأثير السمعي في الكمبيوتر لتكبيره وتجميعه، ثم يظهر على الشاشة التليفزيونية ، ويمكن تسجيلها على أوراق خاصة. ومن أهم ما تتميز به هذه الطريقة أنه يمكن قياس حدة السمع للشخص بكل دقة دون أية استجابة من المريض، حتى وإن كان نائماً. وتصلح هذه الطريقة مع الأطفال دائمي الحركة، والأطفال غير المتعاونين في الاختبارات، والأطفال المعاقين عقلياً، ويمكن أيضاً بهذه الطريقة تشخيص حالات أورام العصب السمعي وحالات أورام المخ .

(علي حنفي ، ٢٠٠٣ ، ص ٥٨)

القسم الثاني : التقبل الاجتماعي

مما لا شك فيه أن التقبل الاجتماعي *Social Acceptance* يلعب دوراً مهماً في حياة الفرد وخاصة من جانب المحيطين به ، وبخاصة أعضاء أسرته. لأنه في حقيقة الأمر يعتبر مكوناً أساسياً في بناء الشخصية ، ونمو العلاقات والتفاعلات الاجتماعية المتبادلة للفرد مع الآخرين. كما يعتبر التقبل الاجتماعي ركيزة أساسية في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد، حيث يكتسب الفرد من خلاله أنماط السلوك الاجتماعي المقبول، ويكتسب أيضاً الاتجاهات السائدة في المجتمع، من خلال التقبل المتبادل بين الفرد والمحيطين به، مما يؤدي إلى تعديل أفكاره ومعتقداته لتتوافق مع الأفكار والمعتقدات السائدة في المجتمع. وبالتالي يسهم ذلك في بناء هوية الفرد؛ مما يساعده على أن يكون أكثر موجبة داخل المجتمع الذي يعيش فيه، وكل ذلك يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي. ويمكن التعبير عن مفهوم التقبل الاجتماعي بصيغات عديدة مثل: الشهرة الاجتماعية، والجاذبية الاجتماعية، والرضا الاجتماعي، والحاجة إلى الحب من جانب الآخرين، والمرغوبية الاجتماعية، وأهم هذه المفاهيم التوافق الاجتماعي، حيث يسهم ذلك في تشكيل مفهوم الفرد لذاته، ومن ثم في تقبله لذاته، وبالتالي يسهم بشكل واضح في بناء شخصية الفرد.

ويتأثر النمو الاجتماعي للمراهق بخبرات طفولته الماضية تأثراً كبيراً، وحول ذلك يبين *فايز قنطار* أن طريقة معاملة الوالدين لأطفالهما تحتل مكانة مهمة في تكوين شخصية الأبناء. فتنشئة الطفل في جو من الحنان والمحبة والتسامح له عظيم الأثر في تنمية ثقته بنفسه وقدراته على مواجهة شروط الحياة السمحة والقاسية على السواء ، بينما يؤدي التعامل مع الطفل بنفور وكرهية إلى الشقاء والتعاسة ، وقد يدفع ذلك الطفل إلى النظر نحو العالم نظرة متشائمة .

فالأفراد الذين يتسمون بالخجل والانطواء أو الانسحاب الاجتماعي، والبعيد عن الآخرين، مثل بعض أفراد فئة ضعاف السمع، تقل لديهم الكفاءة الاجتماعية. وذلك لأن أي محاولة من جانب هؤلاء الأفراد للتفاعل أو إقامة علاقات مع الآخرين، يصاحبها شعور بالقلق والتوتر، مما يتسبب في تجنب ضعاف السمع التفاعل مع الآخرين المحيطين بهم. وفيما يلي يتناول الباحث التقبل الاجتماعي، وذلك من حيث: مفهوم التقبل الاجتماعي، وجوانب أو أبعاد التقبل الاجتماعي، وأخيراً النظريات المفسرة للتقبل الاجتماعي.

أولاً : مفهوم التقبل الاجتماعي :

لاحظ الباحث أن بعض العلماء قد اتجهوا إلى تعريف " التقبل الاجتماعي " مباشرة، بينما ذهب البعض إلى تعريف "التقبل" بشكل عام، متضمناً فيه التقبل الاجتماعي. وسوف يعرض الباحث مفهوم التقبل الاجتماعي كما تناوله العلماء، سواءً بشكل مباشر، أو بشكل غير مباشر ضمن مفهوم التقبل. وذلك فيما يلي :

يعرف *إنجلش وإنجلش English&English* التقبل بأنه : اتجاه موجب نحو فكرة أو حكم معين ، وبأنه أيضاً اتجاه أو علاقة تدل على التقدير لشخص ما، دون الاعتماد في هذا التقدير على أفعال سلوكية خاصة بهذا الشخص، ودون عاطفة شخصية، بمعنى أنه اتجاه يأخذ في الاعتبار قيمة شخص معين، دون مراعاة سلوكياته وانفعالاته الشخصية . (*English&English,1958,P.5*)

كما يعرف *أحمد بدوي* التقبل بأنه خبرة أو مظهر أو سلوك يتميز باتجاه موجب نحو مفهوم أو حكم ما . ويقصد بالتقبل في علم النفس اعتراف الشخص بذاته كما هي على حقيقتها، بما تتضمنه من ضعف وعيوب بشرية ، دون أن يعمل هذا على التقليل من شأن إمكانياته، وذلك بدلاً من مداومة مقارنة الشخص نفسه بالآخرين، والعمل على الحط من شأنه. كما أوضح أن مفهومي التقبل والرفض *Acceptance & Rejection* يستخدمان في النظريات المتعلقة بالشخصية ، حيث

يدلان على استمرار العقلية المفتوحة أو المغلقة لفرد أو جماعة تجاه التجارب أو الأشياء أو الناس أو الجماعات ، ولا يعني أي من مفهومي التقبل والرفض شيئاً في حد ذاته دون المفهوم الآخر، فكما لاحظنا درجة من التقبل فإنها تتطوي على درجة الرفض، والعكس بالعكس. (أحمد بدوي، ١٩٨٢، ص ٥)، مما يعني فيما يرى الباحث أن التقبل والرفض يمكن تمثيلهما على طرفي متصل ويوجد بينهما درجات متفاوتة من التقبل والرفض.

وترى ألفت حقي أن التقبل من أهم مقومات الجاذبية الاجتماعية. وللتقبل أو الرضا طرفان: فالشخص الراضي قد أتم تقبل الطرف الآخر، بمعنى أن الطرف الآخر قد حاز قبوله، ولكنه قبل أن يقبله يكون قد تنازل له ليتفاعل معه حتى يصير راضياً عنه ومتقبلاً له. ويختص التقبل بالأفراد وبصفاتهم .

(ألفت حقي، ١٩٨٣، ص ٣٥٧)

ويذهب جولدنسون *Goldenson* إلى أن التقبل هو إحساس الفرد بأنه يحظى بالتقدير والاهتمام من جانب الآخرين. وهي خاصية تتسم بالتلقائية بعيداً عن التعقيد، وباختصار فهو اتجاه بقبول فكرة أو شخص ما، في حين أن الرفض هو إنكار للحب والاهتمام ، وهو اتجاه عدواني قائم على رفض فكرة أو شخص ما .
(*Goldenson, 1984, P. 630*)

ويعرف محمد سلامة التقبل الاجتماعي بأنه ميل عام لدى الإنسان لأن يعرض نفسه بشكل مقبول وجذاب اجتماعياً . (محمد سلامة ، ١٩٨٥ ، ص ٣٧٧)

وذهبت لافلين *Lavline* (١٩٧٤) إلى تعريف التقبل الاجتماعي بأنه: ميل لدى الصغار لأن يتقبلوا أقرانهم الذين يشبهونهم، وإلى رفض الأقران المختلفين عنهم. (عن: ميخائيل أسعد، ١٩٨٦، ص ٣٦٤)

ويعرف جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي التقبل بأنه: خاصية تصف اتجاهات الفرد إزاء الآخرين بالموجبة والتسامح. والتقبل مفهوم موضوعي في

طبيعته، حيث لا يمكن للفرد أن يعبر عن تقبله لسلوك أفراد لا يعجبه سلوكهم أو لا يوافق عليه (جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي، ١٩٨٨، ص ٢٠)

كما يعرف **أسعد رزوق** التقبل على أنه "استعداد الفرد لتقبل الأشياء و الآراء والمعارف والمعلومات والتجاوب معها ، وإفساح المجال أمام تفاعلها مع خبراته وآرائه". (أسعد رزوق، ١٩٩٢، ص ٨١)

وتشير **هدى قناوي** إلى أن معيار تقبل المراهق الذي يؤهله للانضمام إلى الجماعة هو الجاذبية البدنية ، وما يتمتع به من سمات شخصية.

(هدى قناوي، ١٩٩٢، ص ١١٠)

ويشير **أسامة أبو سريع** إلى أن التقبل الاجتماعي هو درجة نجاح الأشخاص في عضوية الجماعات التي ينتمون إليها ، كما تتحدد من اختيار الأعضاء الآخرين لهم كرفقاء يشاركونهم في اللعب أو العمل .

(أسامة أبو سريع، ١٩٩٣، ص ٥١)

ويرى **فرج طه وآخرون** أن التقبل هو استعداد لدى بعض الأفراد لتلقي الجديد من الأفكار والآراء والأشخاص، دون أن يجدوا في أنفسهم غضاضة في التنازل عن أفكارهم الخاصة. وهؤلاء الأفراد يتمتعون بمرونة عقلية وثقة ذاتية وخلو من التعصب والجمود، ومن ثم فإنهم منفتحون على الخبرة الجديدة ، وتنمو شخصياتهم بسرعة، ويتقدمون في اكتساب مهارات جديدة .

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ١١٨)

كما يعرف **علي حنفي** التقبل الاجتماعي بأنه "شعور الفرد بأنه محبوب ومقبول لدى أعضاء أسرته وأقرانه ومدرسيه، ومن ثم مقبول لدى ذاته هو بشكل يحقق له التوافق الشخصي والاجتماعي". (علي حنفي، ١٩٩٦، ص ١٥)

وأضاف **حسيب محمد** أن التقبل الاجتماعي هو إدراك الفرد بأنه متقبل ومرغوب لدى ذاته كما هو ، بما يعكس تقبله لدى أفراد أسرته ومعظم أقرانه ومجتمعه المدرسي. (حسيب محمد، ٢٠٠٠، ص ١٧)

ويعرف الباحث التقبل الاجتماعي " على أنه ما يدركه المراهق ضعيف السمع من حُب وقبول لدى أفراد أسرته، وأقرانه عاديي السمع، ومعلميه، والمحيطين به في المجتمع، ومن ثم قبول ذاته هو ، بشكل يحقق له التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي " .

ثانياً : أبعاد التقبل الاجتماعي:

حيث إن التقبل الاجتماعي - وفقاً للمفهوم الذي صاغه الباحث- هو ما يدركه المراهق ضعيف السمع من حب وقبول لدى أفراد أسرته، وأقرانه عاديي السمع، ومعلميه، والمحيطين به في المجتمع، ومن ثم قبول ذاته ، بشكل يحقق له التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي"، فإن أبعاد التقبل الاجتماعي وفقاً لهذا المفهوم تتضمن خمسة أبعاد هي : التقبل المدرك، سواءً للذات، أو من جانب الأسرة، أو من جانب الأقران عاديي السمع، أو من جانب المدرسة(وبخاصة المعلم)، أو من جانب أفراد المجتمع. وفيما يلي عرض لكل بُعد من هذه الأبعاد على حده:

البعد الأول : التقبل المدرك الذات *Perceived Self - Acceptance*

بينت هيلين *Heillien* أن تقبل الطفل لذاته إنما يعتمد على متغيرين

مهمين هما:

١- الصورة الذهنية الواقعية للطفل عن ذاته: فقد تتكون لديه صورة عن ذاته كشخص له كيان، ذو قدرة على التعلم، وذو قوة جسمية، وبإيجاز كشخص كفاء ناجح. وعلى العكس من ذلك فقد تتكون لديه صورة بأنه قليل الأهمية، ضعيف القدرات، وبأن فرص النجاح أمامه في أي مجال من المجالات نادرة، وذلك من خلال فكرة الفرد التي يكتسبها من علاقته بالآخرين. فقد يرى في نفسه شخصاً مرغوباً فيه أو منبوذاً تماماً، وقد يرى أن قيمته واتجاهاته ومنزلته من الأسباب التي تجعل الآخرين ينظرون إليه بعدم ثقة، أو ينظرون إليه بعين الاحترام .

٢- صورة الذات المثالية: وهي نظرة الطفل إلى ذاته كما يحب أن تكون، وهي الذات التي تتكون في ذهن الفرد، وهي تختلف عن الصورة التي يرى فيها نفسه بالفعل أهلاً أو غير أهل، محبوباً أو منبوذاً، كفاء أو غير كفاء.

وكلما ضاقت الفجوة بين هاتين الصورتين- الذات الواقعية والذات المثالية- ازداد في النضج، وأصبح من المحتمل لهذه الصورة المثالية أن تتحقق، وحينئذ يمكن القول بأنه متقبل لذاته، ولديه الثقة بنفسه وبقدراته، ويثق بمن يمدون له يد المساعدة (Heillien , 1984,p.262) .

ويذكر فرج طه وآخرون أن تقبل الذات هو رضا الفرد عن نفسه وعن إمكاناته وقدراته واستعداداته الخاصة، بشكل يعمل على إحساسه بدرجة من السعادة والراحة النفسية . (فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣، ص ٢٣١)

ويرى طلعت منصور أن تقبل الذات يشير إلى الدرجة التي يكون عندها الفرد قادراً على وراغباً في أن يعيش مع خصائصه الشخصية التي تلقي منه تقديراً واعتباراً. (طلعت منصور ، ١٩٨٢، ص ٤٢٥)

كما عرف علي حنفي تقبل الذات بأنه شعور الفرد بالرضا عن ذاته في إطار رضا الآخرين عنه وتقبلهم له . (علي حنفي، ١٩٩٦، ص ٤٤)

ويعرف حسيب محمد الفرد المتقبل لذاته بأنه الفرد الذي لديه بصيرة يدرك من خلالها إمكاناته وقدراته بطريقة موضوعية، ويكون أقدر على تجنب مواقف الإحباط بطريقة بناءة. فهو شخص يعترف بقوته، وكذلك يعترف بجوانب قصوره، مما ينعكس على علاقاته بالآخرين بالإيجاب. فهذا الفرد الذي يتعلم كيف يتقبل ذاته تكون لديه القدرة على تقبل الآخرين والتوافق معهم.

(حسيب محمد ، ٢٠٠٠، ص ٢٠)

ويشير رمضان القذافي إلى أن هناك كثيراً من المعوقين قد استطاعوا تخطي الصعاب، وتقبل الذات، غير أن هذا لا ينفي أيضاً بأن هناك من المعوقين من يعانون من مفهوم سلبي لذواتهم، نتيجة تعرضهم لضغوط بيئية متعددة تؤدي

بهم إلى تكوين مفاهيم خاطئة أو غير سوية عن الذات، بل قد تفضي بهم إلى الاكتئاب، أو الشعور بالرغبة في الهروب من المواقف كلية، لعدم القدرة على مواجهة الواقع. (رمضان القذافي، ١٩٩٤، ص ٧٩)

كما يؤكد بدير عقل على أن المراهق المعاق سمعياً يجد نفسه في صراع مع كل من حوله نتيجة للتغيرات البيولوجية والاجتماعية والانفعالية التي تطرأ عليه في هذه المرحلة، وذلك لتحقيق ذاته. ويعتمد ذلك على مدى قرب أو بعد ذاته المثالية (الصورة التي يرغب الفرد في أن يكون عليها) عن ذاته الواقعية (الصورة التي يكون عليها الفرد بالفعل)، مما يؤدي إلى شعوره بالرضا عن ذاته أو شعوره بالإحباط والقلق والتوتر والصراع مع ذاته ومع مجتمعه.

(بدير عقل، ٢٠٠٣، ص ١٠)

كما يشير علي حنفي إلى أنه يمكن تقسيم العوامل التي تؤثر على تقبل الذات إلى :

أ - عوامل شخصية : أي ترتبط بشخص الفرد ذاته مثل الذكاء، والجاذبية البدنية، ونمط الشخصية، وصحة الفرد، والمشاركة الاجتماعية للفرد، والمكانة الاجتماعية والثقافية أو الاقتصادية للفرد، وذكاء الفرد.

ب- عوامل اجتماعية : أي ترتبط بالمحيط الذي يحيا فيه الفرد، مثل: الأسرة، والأقران، والمدرسة.

ج - عوامل شخصية- اجتماعية :- أي أن منبعها خصائص شخصية، ثم توجي بانطباعات معينة لدى الآخرين، مثل: الانطباعات الأولى للمجتمع عن الفرد ، وتقبل الفرد لاهتمامات وقيم الجماعة ، وشهرة أو سمعة الفرد.

(علي حنفي، ١٩٩٦، ص ١٦)

وترى سعدية بهادر أن مفهوم الفرد عن ذاته يتأثر بنظرته الخاصة تجاه نفسه، وما يكونه من اتجاهات سالبة أو موجبة نحو ذاته الجسمية، والممثلة في الصورة المرئية والمحددة له، والتي تعكس كيانه المدرك للآخرين.

(سعدية بهادر، ١٩٨٣، ص ٣٧)

ومن ثم يمكن القول أن التقبل المدرك للذات يعد ذا أهمية للمعاقين سمعياً، لما تفرضه الإعاقة السمعية من آثار على جوانب النمو المختلفة للمعاق سمعياً، بشكل يؤثر على سمات شخصيته وإحساسه بالنقص والدونية مقارنة بأقرانه العاديين؛ الأمر الذي يجعله أكثر انطواءً وانعزلاً عن المحيطين به، مما قد يؤدي إلى سوء توافقه. وهذا ما يؤكد على أن المعاق سمعياً بطبيعة إعاقته، وما تفرضه عليه من قيود، يُتعرض للشعور ببعض مظاهر التسلط والقسوة والألم النفسي، والتي قد يدركها من خلال تفاعلات الآخرين معه، مما قد يؤدي بالبعض منهم إلى عدم تكوين صورة موجبة عن ذاته وعن الآخرين الذين يتعاملون معه، ولذا ينخفض معدل شعوره بالرضا عن ذاته.

وبناءً على ما سبق، فإن التقبل المدرك للذات "هو شعور الفرد ضعيف السمع بالرضا عن ذاته في إطار وجوده مع الآخرين، وعند التحدث معهم، وعند تفكيره في إعاقته".

البعد الثاني: التقبل المدرك من جانب الأسرة

Perceived Family -Acceptance

يري عبد الرحمن العيسوي أن للمناخ الأسري دور مهم في توافق الطفل، فعلاقة الانسجام تؤدي إلى تهيئة الجو النفسي الذي يساعد على توافق الطفل. وعلى العكس من ذلك، فأي صدام أو خلاف يقوم بين الوالدين يدركه الطفل ويشعر به، حتى وإن وقع هذا الخلاف في غيبة الطفل. فالعلاقات الأسرية السوية والاتزان الانفعالي لدى الآباء، والصداقة بين الأبوين، والانسجام والتعاطف بينهما، لها أكبر الأثر في نشأة الطفل وتوافقه. (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٣، ص ١٩٠)

كما أن الأسرة هي المؤسسة التربوية الأولى التي تزود الطفل بالقيم والمعايير الأخلاقية والاجتماعية التي تتلازم معه طيلة حياته، وفيها تبدأ عملية التكوين الاجتماعي، والتي بواسطتها يؤثر ويتأثر ويتفاعل مع الآخرين ويتكيف مع مجتمعه تكيفاً سليماً.

ويؤكد علي حنفي على أن شعور الفرد بأنه يحظى بالتقبل من أفراد أسرته ، يرجع إلى وجوده بين أفراد أسرة يسودها الأمن والدفء النفسي إبان مرحلة الطفولة. كما يعرف تقبل الأسرة بأنه شعور الفرد بأنه محبوب من أفراد أسرته ، وبأنه محور اهتمامهم ، وبأنه يستمتع بوجوده معهم مما يشعره بالتقدير من جانبهم .(علي حنفي، ١٩٩٦، ص ٤٥)

ويعرف رونر Rohner (١٩٨٦) التقبل الوالدي على أنه ذلك الدفء والحب الذي يمكن للآباء أن يمنحوه لأطفالهم، ويتم التعبير عن ذلك إما بالقول أو بالفعل في أشكال سلوكية مثل: الثناء على الطفل، وحسن الحديث إليه وعنه، والاعتزاز بأعماله، والوجود معه عند الحاجة، والسعي لرفاهيته، والمداعبة والتقبيل ونظرات الاستحسان، وكلها أشكال من السلوك تجعل الطفل على الأرجح يشعر أنه محبوب ومرغوب فيه من والديه. بينما الرفض الوالدي يعني غياب الدفء والمحبة من قبل الوالدين، أي أنه يقع في الطرف السالب من متصل الدفء. (عن: ممدوحة سلامة، ١٩٨٦، ص ٧٩-٨٠)

ويذكر مصطفى القمش أن الإعاقة غالباً ما تهدد قدرة الأطفال على الارتباط بالقائمين على رعايتهم، لأنها قد تحول دون حدوث الأنماط التفاعلية المعززة، والمتمثلة في الاستجابات للتواصل الجسدي واللفظي، وأول علاقة اجتماعية يقيمها الطفل هي علاقته مع والديه، ومع النمو ينشأ ارتباط وجداني بين الوالدين وطفلها، وهذا الارتباط يعمل بمثابة القاعدة التي ينبثق عنها النمو النفسي والاجتماعي والانفعالي والمستقبلي للطفل. (مصطفى القمش، ٢٠٠٠، ص ١٦٣)

ويتفق كل من شاكر قنديل وفاروق صادق على أن اتجاهات الأسرة نحو الطفل الأصم تشكل دوراً محورياً في تكوين شخصيته ونموه النفسي. حيث إن الآباء جميعهم يتطلعون لميلاد طفل عادي ومعافى صحياً، باعتبار أن الطفل العادي في نظر الوالدين والمجتمع يمثل امتداداً بيولوجياً ونفسياً لوالديه؛ فهما يريانه مشروع المستقبل الذي يستثمران فيه عطاءهما النفسي والمادي في الحياة. ولهذا فإن ميلاد طفل لديه إعاقة في الأسرة يمثل صدمة شديدة لكل من الوالدين وأفراد

الأسرة الآخرين، ومن ثم فإنها تزلزل الكيان الأسرى، وقد تكون بمثابة مصدر تمزق نفسي للتوافق الأسرى. (شاكر قنديل، ١٩٩٥، ص ٦٣٨؛ وفاروق صادق، ١٩٩٨، ص ١٤)

ولذلك يعاني المعاق سمعياً كما تعاني أسرته من العديد من المشكلات التي قد تعوقها عن القيام بأدوارها خير قيام. ويتعلق بعض هذه المشكلات بالأسرة، وتتمثل في: الخلافات الزوجية، وإهمال أحد الوالدين للطفل، والخجل من الظهور مع الطفل أمام الآخرين، بينما يتعلق بعضها الآخر بالفرد المعاق، وتشمل: الانطواء، والعزلة، والشعور بالوحدة النفسية، وانخفاض مفهوم الذات، ونقص المهارات الاجتماعية. وهذا ما تؤكدته البحوث والدراسات. وغالباً ما يكون ذلك راجعاً إلى الإعاقة لدى الفرد. أو بسبب الاتجاهات السالبة الخاطئة نحوهم. ولذلك فإن الفرد المعاق سمعياً يفتقر إلى اللغة، التي تعتبر أداة التواصل مع الآخرين، فضلاً عن أنه يعاني بجانب ذلك كثيراً من المشكلات النفسية الانفعالية والاجتماعية والسلوكية، والتي يعاني منها بعض الأطفال عاديي السمع.

ويشير سلامة منصور إلى أن الحياة الأسرية يتخللها باستمرار مشكلات متعددة، تواجهها أسرة الطفل المعاق مثل الخلافات بين الزوجين وإلقاء كل منهم التبعة على الآخر، أو الإهمال للطفل من جانب الوالدين أو الإخوة، كذلك الشعور بالذنب بسبب حالة الطفل، والخجل من الظهور أمام الآخرين في وجود الطفل، أو نبذ الطفل وعدم تقبله. ولذلك فإن الأسرة التي لديها طفل معاق تحتاج إلى من يرشدها ويوجهها إلى كيفية مواجهة ما يقابلها من مشكلات، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإنها تحتاج إلى مساعدتها في كيفية تأهيل الطفل لمساعدته على التوافق مع المجتمع، وحتى لا يصبح عالة على أسرته ومجتمعه.

(سلامة منصور، ١٩٩٧، ص ١٦٧)

وفي هذا الصدد يؤكد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي على أن توافر المعلومات المتعلقة بمفهوم الإعاقة وخصائصها وفئاتها وأسبابها وبرامج رعاية المعاقين، كلها أمور تساعد على تغيير الاتجاهات نحو المعاقين بصورة

تجعل الناس عامة، وأولياء الأمور خاصة، ينظرون إلى الإعاقة بواقعية، ومن ثم تتغير اتجاهاتهم نحوها لتصبح أكثر موجبة، مما يساعدهم على تقبل الأبناء وبذل مزيد من الجهد لرعايتهم ومساعدتهم وتحقيق النمو المناسب لهم.

(عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، ١٩٩٨، ص ٦٧-٦٨)

ويتفق هذا مع ما ذهبت إليه ليلي كرم الدين من أن تغلب ذوى الاحتياجات الخاصة على مشكلاتهم، وتمكنهم من تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، يتوقف إلى حد بعيد على اتجاهات الوالدين السوية وباقي أفراد الأسرة نحوهم. في حين تؤدي الاتجاهات السالبة نحو ذوى الاحتياجات الخاصة إلى اضطراب صورة الذات، والإحساس بالدونية، وانخفاض مستوى الطموح، وإحساسهم بمشكلاتهم، وزيادة حالتهم سوءاً.

(ليلى كرم الدين، ١٩٩٨، ص ٣٦-٣٨)

وتشير سهير كامل إلى أن حنان الوالدين يمثل غذاءً للطفل، لا يقل أهمية عن تناول الطعام، فالدفء العاطفي هو المناخ الملائم للتنشئة السليمة. فلا بد من شعور الطفل بأنه محبوب ومرغوب فيه، فالإنسان سواء كان صغيراً أو كبيراً محتاج لأن يُحب؛ فتبادل المحبة شرط أساسي للإشباع، أما الإشباع من جانب واحد فقط فإنه لا يكفي، ويترك في شخصية الطفل آثاراً لا بد وأن تنعكس على تصرفاته وسلوكه ومدى توافقه. (سهير كامل، ١٩٩٧، ص ١٨٤)

وتؤكد ناريمان رفاعي على أن السلوك الاجتماعي للمراهق يتأثر بخبرات طفولته الماضية، وبالجو النفسي المحيط به في الأسرة. فالفرد المدلل يظل طفلاً في مراهقته، ويشعر بالنقص عندما لا تجاب رغباته، ويعجز عن الاعتماد على نفسه وينهار أمام الأزمات التي تواجهه. ويرجع ذلك إلى مغالاة الوالدين في العناية به، وتحقيق جميع رغباته، وحمايته من الخبرات المؤلمة، ومساعدتهم الدائمة له في كل صغيرة وكبيرة يتعرض لها. أما الطفل المنبوذ في طفولته فإنه يثور في مراهقته ويميل إلى المشاجرة والعدوان، ومفرط في حركته ونشاطه. ويرجع ذلك إلى مغالاة الوالدين في نقده وتخويفه وعقابه. وقد يرجع أيضاً

إلى إهمالهم له وتفضيل أحد إخوته عليه ومطالبته بما يفوق طاقته. فبناءً على ذلك فتوافقه الاجتماعي غير سوي، شأنه في ذلك شأن الطفل المدلل.

(ناريمان رفاعي، ٢٠٠١، ص ٢٥١)

وما لاشك فيه أن المراهق المعاق، قد يتعرض بدرجة كبيرة في طفولته إلى التذليل في المعاملة كشفقة عليه، أو يتعرض للنذ وتفضيل الإخوة العاديين عليه، نتيجة رفض الوالدين لإعاقة ابنهم، فينعكس ذلك على سلوكه الاجتماعي، وبالتالي يؤثر على تقبله الاجتماعي المدرك.

وهكذا، كلما كانت العلاقة بين الآباء والأبناء سوية، ساعد ذلك على بناء شخصياتهم وتمتعهم بقدر مناسب من التقبل الاجتماعي المدرك من جانب أسرته. ومما لاشك فيه أنه عندما يصبح الوالدان أكثر توافقا وتقبلاً وأقل انفعالية، فإن الطفل يظهر تحسناً، وتختفي لديه مظاهر السلوك غير المرغوب فيه، وتختفي حدة التوترات النفسية التي يتعرض لها. فمعظم الاضطرابات النفسية للأبناء يحتمل أن يكون سببها عدم فهم، ومن ثم عدم إشباع حاجات الأبناء النفسية في مراحل العمر المختلفة من جانب الأسرة أو المدرسة. لذلك فإنه من الأسس المهمة في الإرشاد النفسي للأفراد، توجيه الوالدين إلى كيفية التعامل مع أبنائهم نفسياً، والإقلاع عن القسوة في معاملتهم. ومن هنا يظهر دور الأسرة في نمو الابن وإدراكه لتقبل الأسرة له. إذا كانت الأساليب المتبعة في التنشئة أسالياً سوية، وكانت تفاعلات الابن مع الوالدين موجبة، بحيث يتقبلون إبنهم المعاق بصورة مناسبة، فإن ذلك يؤدي إلى حسن توافقه وتقبله. وعلى العكس، فإذا كانت الأساليب المتبعة في التربية غير سوية، فسوف يؤدي ذلك إلى اضطراب نمو الفرد، وسوء توافقه النفسي عامة. الأمر الذي دفع الباحث الحالي إلى تخصيص بعض الجلسات في البرنامج لأولياء الأمور لإرشادهم، وتغيير وتعديل ما لديهم من أفكار ومعتقدات خاطئة تجاه الإعاقة السمعية وتجاه إبنهم، ومساعدتهم على استخدام الأساليب السوية في التعامل مع الابن المعاق، وتشجيعه للمشاركة في المجتمع، وكسر حاجز الخوف الذي يفصل بينه وبين الآخرين، الذين يراهم دائماً أفضل منه لقدرتهم على

فعل أشياء لا يستطيع فعلها؛ الأمر الذي يؤدي إلى تحسين مستوى التقبل الاجتماعي المدرك لدى المراهق ضعيف السمع

وبناءً على ما سبق، يمكن تعريف التقبل المدرك من جانب الأسرة بأنه "هو شعور المراهق ضعيف السمع بأنه محبوب من أفراد أسرته، وأنه محور اهتمامهم، وأنه يستمتع بوجوده معهم، مما يشعره بالتقدير من جانبهم، من قبيل: شعوره بالحب، والتقبل المدرك عند إبداء الرأي في موضوع ما، وثقة أفراد الأسرة في قدراته على المشاركة في أعمال الأسرة .

البعد الثالث : التقبل المدرك من جانب الأقران

Perceived Peer -Acceptance

تشير أمينة مختار إلى أنه نظراً لحساسية المرحلة التي يمر بها المراهق، فإنه يحاول إثبات ذاته في مجتمعه الخاص، أي جماعة الأقران. حيث لم يعد طفلاً ولم يصبح راشداً بعد، فهو في حاجة إلى جماعة تستجيب لمستوى نموه، تفهمه ويفهمها، فجماعة الأقران تحقق له الاستقلال والحاجة إلى الأمان.

(أمينة مختار، ١٩٩٤، ص ١٢٥)

ويذكر حامد زهران أن جماعة الأقران تقوم بدور مهم في تكوين شخصية الفرد؛ حيث تساعد في النمو الجسمي للطفل عن طريق إتاحة فرص النشاط الرياضي، وفي النمو العقلي عن طريق ممارسة الهوايات؛ وفي النمو الاجتماعي عن طريق النشاط الاجتماعي وتكوين الصداقات؛ وفي النمو الانفعالي في مواقف لا تتاح في غيرها من الجماعات. وكلما كانت جماعة الأقران رشيدة، كان تأثيرها موجباً على الطفل ، وإذا كانت منحرفة كان تأثيره سالباً .

(حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ص ٧٨)

كما ذكر جينفر (١٩٧٤) في دراسته للتقبل الاجتماعي أن المراهق الذي يشعر بالتقبل من أقرانه، يندمج بين الناس بطريقة بناءة، ويبيد اقتراحات جيدة ؛

الفصل الثاني _____ ٥٩ م _____ الإطار النظري

ويستطيع التخطيط والتصميم ، ويبدع حلولاً تساعد أقرانه على استخدام الوقت بشكل مثمر. (عن: ميخائيل أسعد، ١٩٨٦، ص ٣٦٣-٣٦٤)

كما تؤثر جماعة الأقران على المراهق في هذه المرحلة من الحياة تأثيراً قوياً، قد يفوق تأثير الأسرة والمدرسة. وتضم جماعة الأقران إليها الفرد الذي يكون مخلصاً لزملائه لا يشي بهم أو يتجسس عليهم ومتعاوناً معهم. ويستطيع المراهق أن يدرك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين، فيلمس ببصيرته النافذة آثار تفاعله مع الناس. فقد يقول كلمة تثير حوله عاصفة النفور، أو تضيف على الموقف جواً هادئاً أو سعيداً مريحاً من الألفة. فالمراهق في هذه المرحلة قادر على أن ينفذ ببصيرته إلى أغوار سلوك الآخرين.

(ناريمان رفاعي، ٢٠٠٨، ص ٢٦٠-٢٦١).

ويؤكد *Tvingstd* (١٩٩٣) على أن ٤٧% من الطلاب فاقدى السمع في المدارس العامة في السويد يتم اختيارهم كأصدقاء بواسطة أقرانهم السامعين في الفصل الدراسي. وفي دراسة *لكابيلي وآخرين* *Cappelli et al.* (١٩٩٥) للطلاب الصم في مدارس استرالية عامة، وجد أن الطلاب الصم وضعاف السمع قد تم رفضهم بصورة أكبر من جانب الطلاب السامعين. كما وجدت كلاً من *أنتيا وكرايمير* *Antia&kreimeyer* (١٩٩٦) أن الطلاب فاقدى السمع كانوا أقل تقبلاً من جانب أقرانهم السامعين في الفصل الدراسي، حتى بعد أن يتم إعدادهم للاندماج العملي من أجل زيادة التفاعل والتقبل الاجتماعي .

(In: Michael & Antia, 1999, p.170)

وبناءً على ما سبق، يمكن تعريف التقبل المدرك من جانب الأقران السامعين بأنه "شعور الفرد ضعيف السمع بأنه محور اهتمام أقرانه السامعين، وأنهم يتقبلون آراءه وطموحاته، ويسعون إلى مشاركته معهم في معظم الأنشطة التي يقومون بها".

البعد الرابع : التقبل المدرك من جانب المدرسة

Perceived School- Acceptance

يؤكد **حامد زهران** أن المدرسة هي المؤسسة الرسمية التي تقوم بدور التربية، وتوفير الظروف المناسبة للنمو النفسي للطفل، فتتأثر شخصية الطفل بالمنهج الدراسي بمعناه الواسع، حيث يزداد الطفل علماً وثقافة، وينمو جسماً واجتماعياً وانفعالياً، وكذلك تتأثر شخصيته بشخصيات معلميه تقليداً وتوحداً، وبالتالي ينعكس ذلك على مفهومه لذاته . (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ص٩١)

وتضيف **ناريمان رفاعي** أن المدرسة تعتبر بمثابة القنطرة التي تعبرها الأجيال من المنزل إلى المجتمع. ففيها يمارس المراهق ألواناً مختلفة من النشاط الاجتماعي. فيتدرب على التعاون والمنافسة المشروعة، والمناقشات والمشروعات الجماعية مع أقرانه، ويتأثر المراهق أيضاً في نموه الاجتماعي بعلاقته بمدرسيه، ومدى نفوره منهم أو حبه لهم. فالمدرس المسيطر الذي يأمر وينهي يتفرق تلاميذه ويتباعدوا عنه، والمدرس الناجح الذي يؤمن برسالته، ويستمتع بمهنته ويحب تلاميذه ويصادقهم ويحل مشكلاتهم بهدوء يتجمع حوله تلاميذه ويتقربون منه ويميلون نحو المواد الدراسية التي يدرسها ، وقد يتفوقون فيها أيضاً **ناريمان رفاعي**، ٢٠٠١، ص٢٥٩-٢٦٠). وبالتالي تؤثر علاقة المراهق بمدرسيه على تقبله الاجتماعي المدرك بشكل مباشر، سواءً بالإيجاب أو بالسلب، حسب نوعية المدرس مسيطراً كان أم موجهاً مرشداً.

وترى **حنان عبد الحميد** أن كفاءة المدرس وقدراته وعلاقاته مع تلاميذه، كلها أمور تنعكس على سلوك التلاميذ، وتؤثر على مدى توافقهم النفسي في المدرسة وخارجها. (حنان عبد الحميد ، ٢٠٠٠ ، ص٢٥٠)

ولذلك يؤكد **محمد عبد المؤمن** على أن المعلم هو حجر الزاوية في العملية التعليمية، فعلى المعلم أن يتعرف على شخصية تلاميذه، وعلى الفروق الفردية بينهم، والخصائص العامة لمرحلة نموهم، والمشكلات النفسية والاجتماعية

الفصل الثاني ————— ٦١ م ————— الإطار النظري

التي يمرون بها، وطرق علاجها، حتى يستطيع أن يساعدهم على توافقيهم ونمو شخصياتهم (محمد عبد المؤمن، ١٩٨٦، ص ٢٩)، وبالتالي يشعرون بالتقبل من جانب معلمهم الذين يهتمون بهم.

وذهب شاكز قنديل إلى أن تشجيع المعلم للطفل الأصم على المشاركة في الأنشطة، من خلال مجموعات صغيرة العدد، يخلصه من وحدته، ويكسر حاجز العزلة، ويمنع تراكم التوترات النفسية لديه. (شاكز قنديل، ١٩٩٥، ص ١٠)

وتظهر هذه الأنشطة المدرسية في صور مختلفة، منها: الرحلات، والحفلات المدرسية والأنشطة الرياضية والاجتماعية وغيرها، وذلك لما لها من أهمية كبيرة في تعويد الطفل الاعتماد على النفس، وفي اكتساب المعلومات عن طريق الخبرة المباشرة، كما أنها تساعد على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، وعلى اكتساب كثير من الاتجاهات والاستجابات السلوكية المرغوب فيها. كما أنه من خلال ممارسة الأطفال للأنشطة المدرسية المتنوعة، تكون الفرصة سانحة أمامهم لممارسة الهوايات الخاصة بهم، ومن ثم يشعرون بتقبلهم للمدرسة، وبأنهم مقبلون من جانب معلمهم وأقرانهم في المدرسة.

ويشير محمد عبد المؤمن إلى أهمية العلاقة بين المدرسة والأسرة في تحقيق التوافق النفسي للأطفال، وأن عملية تدعيم الصلة والعلاقات بين المدرسة متمثلة في إدارتها ومدرسيها، والمنزل متمثلاً في والدي الطفل، له من الأهمية في تحقيق جو يسوده انفعال التفاهم، والقبول بين كل من المدرسة والمنزل، مما يعود على الطفل بالراحة النفسية والاطمئنان للمعلمين والمدرسة، وتوطيد العلاقة بين المدرسة والمنزل يساعد المعلم على فهم أدق للتلميذ، والعلاقات الأسرية التي تؤثر في شخصية الطفل. (محمد عبد المؤمن، ١٩٨٦، ص ٢٨٠)

لذلك يؤكد يوسف هاشم علي أهمية الأسرة والمدرسة والمجتمع في توفير الرعاية لهؤلاء المعاقين، حتى يمكن تحقيق قدر ملائم لهم من التوافق مع مطالب الحياة. ولذلك تنادي الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة بدمج الطلاب

المعاقين سمعياً دمجاً شاملاً في بيئة التربية العادية، أو في بيئة أقل تقييداً، يتمتع فيها المعاقون سمعياً بكافة الخدمات التي يحصل عليها أقرانهم عاديي السمع.

(يوسف هاشم، ٢٠٠٢، ص ٢٦)

وهكذا تتضح أهمية المدرسة بالنسبة لتنشئة الطفل وتوافقته، حيث إن المدرسة تأتي في المرتبة الثانية بعد الأسرة بالنسبة لنمو الطفل نفسياً واجتماعياً. ومع تطور نظريات التربية تطورت وظيفة المدرسة، فلم يعد دورها ينحصر في توصيل المعارف والمعلومات وحشو عقول التلاميذ، بل امتدت لتشمل تزويد الطلاب بالمهارات والقيم والاتجاهات والأنشطة. ومن ثم أصبح كل من التحصيل الدراسي من ناحية، والنشاط من ناحية أخرى يأخذ حقه في الاهتمام، ولكن ليس بواحد منهما على حساب الآخر. ونجاح ذلك يتطلب تضافر الجهود بين المجتمع ومؤسساته وأسر المعاقين سمعياً في تقبل هذا الاتجاه، لما يقوم عليه من أسس أخلاقية واجتماعية وقانونية، وما ينطوي عليه من جوانب موجبة لها آثارها على التوافق النفسي للمعاقين سمعياً.

وبناءً على ما سبق، يمكن تعريف التقبل المدرك من جانب المدرسة بأنه " إدراك المراهق ضعيف السمع بما يمنحه المعلم له من حب واهتمام واحترام لآرائه ، وشعوره بأنه سعيد بالوجود داخل المدرسة، وشعوره بثقة المعلمين وإدارة المدرسة في قدراته".

البعد الخامس: التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع

Perceived Society- Acceptance

ترى رمزية الغريب أن المشكلة تتضخم من خلال نظرة المعاق لنفسه ونظرة المجتمع إليه، وقد ينشأ عن ذلك اضطراب علاقته بالآخرين، بسبب عجزه عن أن يحيا حياة طبيعية مثلهم، والنتيجة هي إما الاستسلام والانطواء والخوف من الناس ومن الحياة، أو التحدي والعدوان، ولذا توجد أنماط مختلفة من ذوى الإعاقة، سواء فيما يتعلق بشخصياتهم، ونوع السلوك الناتج عن الإعاقة، أو في علاقتهم بالمجتمع (رمزية الغريب، ١٩٨٢، ص ٧).

ويبين سامي جميل أن نظرة أفراد المجتمع إلى الإعاقة السمعية لدى الطفل، وتعاملهم معه بالعطف والشفقة المصحوبين بالأسى والحسرة حيناً أو بالاندهاش والنبذ في حين آخر، يكون له آثار نفسية سيئة على المعاق سمعياً، تبدو في: الإحباط الشديد، وكرهية النفس، والشعور بالنقص، والاكنتاب، والخجل من مواجهة الناس (سامي جميل، ١٩٩٠، ص ٣٧).

وتؤكد سهير كامل على أن الشخص المتوافق هو الذي يسلك وفقاً للأساليب الثقافية السائدة في مجتمعه، فالفرد الذي ينتقل من الريف إلى المدينة ينبغي عليه أن يساير أساليب الحياة في المجتمع الجديد وإلا نبذته البيئة الجديدة. ولذلك ينبغي أن تكون أساليب الفرد أكثر مرونة، مع قابلية شديدة للتشكيل وفقاً للمعايير الثقافية السائدة في بيئته. وإذا ما توافرت فيه هذه الخصائص، فإنه يكون شخصاً متوافقاً توافقاً حسناً. (سهير كامل، ١٩٨٨، ص ٣٩)

مما سبق يتضح أن التقبل الاجتماعي يحتاج إلى مهارات اجتماعية، فلا يكون المراهق مرغوباً فيه عند باقي زملائه إلا إذا كان لديه شيء يشاركهم به نشاطهم الجماعي، ولذلك فإن المراهقين ضعاف السمع الذين يعانون من صعوبة في التقبل الاجتماعي، وصعوبة في إقامة علاقات اجتماعية مع المحيطين بهم في المجتمع، بحاجة إلى أن يتعلموا بعض المهارات الاجتماعية التي تمكنهم من المشاركة في نشاط المجتمع. فليست الحاجة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية قاصرة على الطفولة وحدها، ولكنها تمتد أيضاً إلى الكبار، فعندما يجدون أنفسهم وسط بيئة تخالف البيئة التي نشأوا فيها، يحسون بأنهم مطالبون باكتساب المهارات التي تتطلبها البيئة الجديدة؛ فينمي ذلكم مستويات توافقهم وتقبلهم الاجتماعي. فالتدريب على المهارات الاجتماعية أمر ضروري، ويؤثر في المشاركة الاجتماعية ومن ثم في توافق الشخصية.

وفي هذا الصدد ذكر علي حنفي أن المعاق سمعياً قد يعاني من سوء التوافق إذا لم يكن بمقدوره الرضا بواقعه الحالي، وأيضاً إذ لم يستطع أن يغير من

حاله، حيث إن الإعاقة السمعية قد تفرض على المعاق سمعياً الانسحاب أو التهميش من المجتمع، وبالتالي تؤدي إما إلى تقبل اجتماعي منخفض، أو إلى التحدي الذي إذا صادفه النجاح حاز على الشهرة والنجومية التي تتيح لصاحبها تقبلاً اجتماعياً مرتفعاً، وقد يعاني المعاق سمعياً من النبذ والإهمال في علاقاته الأسرية، خاصة إذا كانت الأسرة لا تتقبل إعاقته، مما يؤدي إلى الشعور بالقلق الناتج عن الصراع الذي سماه *دولارد وميلر* بصراع الإقدام - الإحجام . فالوالدان اللذان يمثلان مصدر الحب والسعادة يمكن أن يكونا في نفس الوقت مصدر الحرمان والتعاسة، مما ينعكس على إدراك الفرد للتقبل الاجتماعي المنخفض من جانب الأسرة (*علي حنفي*، ١٩٩٦، ص ١٩-٩٠).

كما تؤكد *زينب شقير* على أن المعاق سمعياً يعاني من فقد التواصل اللغوي، لذلك فإنه يعاني العديد من المشكلات التكيفية، وصعوبة التعبير عن نفسه، وصعوبة فهم الآخرين، مما ينتج عنه اضطرابات في النضج الاجتماعي وكذلك الانفعالي. (*زينب شقير*، ١٩٩٩، ص ١٢٩)

مما سبق يتضح أن المعاق سمعياً يميل بسبب إعاقته السمعية إلى أن ينسحب من المجتمع، ولذلك فهو غير ناضج اجتماعياً بدرجة كافية، ولديه مشكلات خاصة بالسلوك مثل العدوان وتوقع الإيذاء. ويمكن القول أن الحاجة إلى التقبل الاجتماعي ترتبط بالحاجة إلى الانتماء إلى الجماعة. وتشير نتائج البحوث والدراسات إلى أن حاجة المعاق أو ذوي الاحتياجات الخاصة إلى التقبل الاجتماعي أعلى منها عند العاديين. كما أن الحاجة للتقبل الاجتماعي لدى ذوي الاحتياجات الخاصة المقيمين في المؤسسات الاجتماعية أعلى منها لدى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعيشون مع أسرهم. حيث أوضحت نتائج البحوث والدراسات السابقة أن هذا يحدث نتيجة لشعور هؤلاء المعاقين بعدم التقبل الاجتماعي في البيت أو المدرسة أو مع الأقران العاديين.

وبناءً على ما سبق، يمكن تعريف التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع بأنه " إدراك المراهق ضعيف السمع بأنه محبوب من معظم جيرانه، وممن يقابلهم في دور العبادة، أو خلال وسائل المواصلات، أو في الأماكن العامة، وشعوره بأنه سعيد بالوجود معهم.

ثالثاً: النظريات المفسرة للتقبل الاجتماعي:

يؤكد **فؤاد أبو خطب وآخرون** على أن التوافق الاجتماعي يتضمن المواءمة بين الشخص وغيره من الناس، ويشمل ذلك جميع المجالات الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد كالمدرسة والأسرة والمهنة. ويرتبط التوافق الاجتماعي ارتباطاً وثيقاً بمدى إشباع الدوافع والحاجات وتحقيق الأهداف الاجتماعية .
(**فؤاد أبو خطب وآخرون**، ٢٠٠٣، ص ١٢٦)

وحيث إن التقبل الاجتماعي متضمنٌ أصلاً في التوافق الاجتماعي (المصطلح الأكثر شمولية وإحاطة)، وحيث إن نظريات علم النفس قد اهتمت بتفسير التوافق الاجتماعي بأكثر مما اهتمت بتفسير التقبل الاجتماعي، فإن الباحث يتناول هنا تفسير بعض النظريات للتوافق الاجتماعي، كمصطلح عام يتضمن التقبل الاجتماعي، وذلك فيما يلي :

١- نظرية التحليل النفسي:

يشير **علاء كفاقي** إلى أنه يمكن أن نلاحظ في نظرية التحليل النفسي أن هناك إهمالاً للواقع الاجتماعي والواقع البيئي الذي يمثل القطب الثاني المكمل لعملية التوافق، التي تمثل الذات أحد قطبيها، ويمثل الدافع البيئي والاجتماعي القطب الثاني. فالتوافق هو انسجام بين الهي، والأنا، والأنا العليا، ولكن أين يوجد الواقع الاجتماعي؟ إننا يمكن أن نلتمس إشارة له في الأنا العليا التي هي محصلة لما يجب أن يكون عليه الفرد وما لا يجب أن يكون عليه "الأنا المثالي- الضمير". ومن ثم فإننا نرى أن مدرسة التحليل النفسي قد ضيقت من مجال التوافق لتقصيره على أضيق نطاق من التوافق النفسي. ومن ثم فإن هذا الاتجاه يضعف من الجانب الإرادي للفرد، وذلك باعتبار أن تحقيق توافقه مرهون بإشباع حاجاته. كما أنه

اعتبر المحيط الخارجي طرفاً سلبياً في عملية التوافق، وجعل الإنسان وكأنه وعاء يعبأ بالتوترات أو يعمل على خفضها. (علاء كفاقي، ١٩٩٠، ص ١٨٤)

٢- النظرية السلوكية:

يشير **أنور الشرفاوي** إلى أن أصحاب هذه المدرسة يتخذون من مبادئ التعلم وقوانينه محورا أساسيا في تفسير السلوك الإنساني. فهم لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ولا يلجأون لشرح نظريتهم إلى افتراض منظمات من قبيل الهي، والانا، والانا العليا مثل أصحاب التحليل النفسي ولكنهم يستندون إلى نظريات التعلم، والإنسان ليس في حاجة إلى أن يتعلم فقط، ولكن غالبا ما يدفعه حيب الاستطلاع إلى محاولة أن يتعلم كيف يتعلم. (أنور الشرفاوي، ١٩٨٥، ص ٢٦)

ويشير **حامد زهران** إلى أن المدرسة السلوكية تؤكد على الخبرة الخارجية والسلوك الظاهر ورد الفعل. ومن المبادئ الأساسية التي تركز عليها النظرية السلوكية أن معظم سلوك الإنسان متعلم، وأن الفرد يتعلم السلوك السوي ويتعلم السلوك غير السوي، أي أنه يتعلم السلوك المتوافق والسلوك غير المتوافق. ويعنى ذلك أن السلوك المتعلم يمكن تعديله. وركزت هذه النظرية على الدافع *Motive* والدافعية *Motivation* في عملية التعلم، فلا تعلم بدون دافع، واهتموا كذلك بعملية التعزيز أو التدعيم، فالسلوك المتعلم يقوى ويدعم ويثبت إذا تم تعزيره. (حامد زهران، ١٩٩٨، ص ١٠٢-١٠٣)

كما تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي من أهم النظريات السلوكية المهمة، والتي تلعب دوراً رئيسياً في تحسين التقبل أو التوافق الاجتماعي، حيث توصل **باندورا Bandura** إلى أن كثير من جوانب سلوك الأطفال يتكون بفعل النموذج والقدوة، وبفعل مشاهدة الآخرين وتقليدهم.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ص ٥٧)

ويرى *باندورا* أن كلاً من السلوك والعوامل الشخصية الداخلية، بما في ذلك المعتقدات والأفكار، والتفضيلات، والتوقعات، والإدراكات الذاتية". والمؤثرات البيئية كلها تعمل بشكل متداخل، فكل منها يؤثر في الآخر ويتأثر به.

(محمد محروس ومحمد السيد، ١٩٩١، ٦١٢)

ولقد وضع *روتر Rotter* نظرية التعلم الاجتماعي، وركز فيها على أهمية دور الوالدين والمدرسين في نمو شخصية الطفل واكتساب المعارف والمهارات والعادات، كما اهتم أيضاً بأهمية التفاعل بين الطفل والآخرين، لأن سلوك الفرد دائماً ما يتم تعلمه في إطار اجتماعي، وأن الحاجات هي التي تشكل هذا السلوك في المواقف المختلفة، حيث إنها تعمل كأهداف يحاول الفرد أن يصل إليها ويحققها، والوصول لحالة إشباع مناسبة. (محمد يوسف، ١٩٩١، ص ٤٥)

وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن أصحاب النظرية السلوكية يرون أن الاستجابات غير التوافقية هي استجابات متعلمة بفعل الارتباط التشرطي الخاطيء. وأن سلوك الفرد ما هو إلا تنظيم من العادات يكتسبه الفرد عن طريق التعلم وأن الاضطرابات النفسية ومنها (سوء التوافق النفسي) ما هي إلا عادات متعلمة خاطئة تعلمها الفرد ليقفل من قلقه وتوتره. وعليه فإن الإرشاد السلوكي يعمل على انطفاء هذا الارتباط الشرطي الخاطيء وتكوين ارتباط شرطي جديد مرغوب فيه. وجملة القول أن أصحاب النظرية السلوكية يرون أن السلوك الإنساني متعلم ومكتسب أثناء تفاعل الفرد مع بيئته خلال الخبرات التي يمر بها، وعلى هذا الأساس يمكن تعديل السلوك المكتسب إذا كان غير سوي إلى سلوك سوي، ومن هنا تكمن أهداف الإرشاد السلوكي في التركيز على تعزيز السلوك السوي المتوافق، والتخلص من السلوك غير المرغوب. لذلك يرى الباحث أن المدرسة السلوكية تركز على أن التعلم الذاتي والتعلم الاجتماعي يتم في سياق بيئي، مما يعزز من توجهها الاجتماعي. وهي التي انبثق منها التيار المعرفي السلوكي الذي سوف يعرض له الباحث فيما بعد .

٣- الاتجاه الإنساني:

تتعدد تيارات هذا الاتجاه: منها التيار الجشطلتي، والتيار المتمركز على الشخص، والتيار الوجودي، والتيار العلاج بالمعنى المنبثق منه. وسيعرض الباحث نبذة كمثال لهذا الاتجاه الإنساني، وهو التيار المتمركز على الشخص لروجرز، والذي تشكل نظرية الشخصية فيه الأساس الذي يعتمد عليها التقبل الاجتماعي بدرجة كبيرة، إلى جانب اهتمامه بالتعاطف والمشاركة الوجدانية، وهي أكثر ما يحتاجه أي فرد من ذوي الحاجات الخاصة.

ويشير طه عبد العظيم إلى أن هذا الاتجاه ظهر في الستينيات كرد فعل على ما ذهب إليه نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية في النظر إلى طبيعة الإنسان وتفسيرها. حيث أكد أصحاب هذا الاتجاه (الإنساني) على دراسة الإنسان كوحدة كلية متكاملة، ودراسة الإنسان بما له من مدركات وأهداف وطموحات ورغبات، بحيث يستطيع أن يتحمل المسؤولية وأن يتخذ قراراته بنفسه. ويرى روجرز أن التوافق وعدم التوافق لدى الفرد يتوقف على مقدار التطابق أو عدم التطابق بين إدراك الفرد لذاته وبين الخبرات التي يمر بها في حياته، فالفرد ينظر إلى كل خبرة لا تتسق مع فكرته عن ذاته أو مع المعايير الاجتماعية على أنها تهديد له وتهديد لوحدة الذات التي يسعى إلى تحقيقها، ومن ثم ينكر الفرد الخبرة التي لا تتفق مع فكرته عن ذاته، أو قد يحرفها أو يشوهها بحيث يمكن قبولها. وكلما ازداد إدراك الفرد بالتهديد لذاته، عمل على تقوية وسائل الدفاع لديه، فيشوه الحقائق التي تتعارض مع فكرته عن ذاته، ويكون نتيجة لانعدام التوافق بين خبرات الفرد وبين بنية الذات أن يقع الفرد فريسة للمرض النفسي. أما الخبرات التي تتفق وتتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية، فيدركها الفرد ويعيها، وتؤدي إلى الراحة والتخفيف من التوتر، كما تؤدي إلى التوافق النفسي.

كما يشير حمدان فضة إلى أن روجرز قدم نظريته في الشخصية والسلوك، عام ١٩٥١؛ في شكل سلسلة من الافتراضات *Propositions*، تضم "تسعة عشر" فرضاً، منها ما يلي:

■ أن سوء التوافق النفسي يحدث عندما ينكر الأورجانزم (الكيان الحي) عن الوعي خبرات حسية وحشوية ذات شأن؛ تلك الخبرات التي لا يتم ترميزها ولا نظمها ضمن جشطلت بنيان الذات. وعندما توجد هذه الحالة، فإنه يكون لدى الفرد توتر نفسي أساسي أو كامن .

■ أن التوافق النفسي يتحقق عندما يكون مفهوم الذات على النحو الذي تكون فيه كافة الخبرات الحسية والحشوية للأورجانزم، متمثلة (مستوعبة)، أو يمكن تمثيلها (استيعابها) على مستوى رمزي، ضمن علاقة متناغمة مع مفهوم الذات.

■ عندما يدرك الفرد ويتقبل كافة خبراته الحسية والحشوية، ضمن نسق واحد متسق ومتكامل، فإنه يصبح أكثر فهماً للآخرين، وأكثر تقبلاً لهم كأفراد مستقلين .

■ عندما يدرك الفرد ويتقبل المزيد من خبراته العضوية، ضمن بنيان-الذات لديه، فإنه يكون بذلك قد استبدل النسق القيمي الكائن لديه- والمبنى في الجانب الأعظم منه على أساس المستدخلات التي تم ترميزها بشكل مُحرف- " بعملية تقييم أورجانزمية متواصلة".

(حمدان فضة، ١٩٩٥، ص ١٩-٢١)

وهكذا/ يمكن القول أن شخصية المعاق سمعياً تتأثر بالإعاقة السمعية لما لها من أثر مباشر على توافقه الاجتماعي، وذلك لأن المعاق سمعياً عليه أن يفهم ما يريده منه الآخرين من تعبيرات وجوههم فقط، حيث يفتقد ما يمكن اعتباره من أهم مصادر تكوين العلاقات الاجتماعية وهو سماع صوت المتحدث. كما أن المعاق سمعياً يجد صعوبة ومشقة في الاتصال الفكري بالآخرين، لأنه مضطر أن

يعبر عن أفكاره بواسطة الإشارة أو التلميح. وبذلك يتضح أن عجز الأصم عن التعبير اللفظي يؤدي إلى تراجع في مستوى النضج الاجتماعي، وعجزه عن تكوين علاقات جديدة بالمحيطين به.

القسم الثالث: التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع :

يختلف ضعاف السمع فيما بينهم في مختلف الجوانب الشخصية، فهؤلاء لا يمثلون فئة متجانسة، بل لكل شخص خصائصه التي تميزه عن غيره، والتي تختلف باختلاف نوع الإعاقة السمعية، وعمر الشخص عند حدوث الإعاقة، والقدرات السمعية المتبقية، وكيفية استثمارها، والوضع السمعي للوالدين، والفئة الاجتماعية الاقتصادية التي ينتمي إليها. وقد أجمعت نتائج الدراسات في هذا الصدد على أن ضعف السمع يؤثر تأثيراً واضحاً على خصائص نموه وتكوينه النفسي.

فعلى سبيل المثال لا الحصر يؤكد *كاترين Kattryn* على أن التغييرات التي تحدث للطفل تحت وطأة الإعاقة السمعية (الصمم أو ضعف السمع) تشمل كافة جوانب النمو العقلي المعرفي، واللغوي، والاجتماعي، والانفعالي.

(*Kattryn, 1980, p. 1*)

ويؤكد أيضاً *فاروق الروسان* على أن فقدان السمع يؤثر بشكل فعال على القدرة اللغوية وما يتعلق بها من مظاهر أخرى لدى الفرد، مثل المظاهر الاجتماعية، والانفعالية، والعقلية؛ حيث لا يمكن فصل اللغة عن تلك المظاهر من الشخصية. وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات والبحوث إلى أن آثار فقدان السمع على الفرد تكون أشد ضرراً من آثار فقد البصر؛ إذ يعوق فقدان السمع النمو اللغوي، والاجتماعي، والانفعالي، والمعرفي.

(*فاروق الروسان، ١٩٩٦، ص ١٤٥-١٤٦*)

ويضيف *محمد النوبي* موضحاً أن فقدان السمع بدرجاته المختلفة، قد يؤدي بضعاف السمع إلى عدم التوافق وعدم الاتزان الانفعالي مع ذواتهم. فتفسيراتهم لنظرات الآخرين من العاديين تحمل أبعاداً غير مألوفة، فهي إما عالية

جداً أي مفرطة الموجبة، أو منخفضة جداً كنتيجة للانطواء والاكتئاب الناجمين عن عدم نجاحهم في فهم الآخرين بسهولة. (محمد النوبي، ٢٠٠٠، ص ٥١ - ٥٢)

مما سبق يتضح أن ضعف السمع لديه عدم اتزان عاطفي بدرجة كبيرة إذا ما قورن بقريته عاديي السمع. إذ يبدو أكثر انطواء وعزلة، وأقل حياً للسيطرة، وأكثر استغراقاً في أحلام اليقظة. كما يتصف ببعض الصلابة والجمود.

وتؤكد معظم البحوث والدراسات النفسية الحديثة على أن المعاقين سمعياً يتصفون بالصلب والجمود، وعدم الاتزان الانفعالي، والتمركز حول ذاتهم، وضعف النشاط العقلي، كما تظهر لديهم الاستجابات العصبائية بوضوح مقارنة بعادي السمع، فضلاً عن معاناتهم من الشعور بالنقص، وكونهم أقل اعتمادية على أنفسهم. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٠، ص ١١٤)

وتشير وايناند Wynand إلى أن ضعاف السمع يعانون من مشكلات سلوكية عديدة، منها: التواصل الفقير *Poor Communication*، أي صعوبة ومعاونة التواصل مع الآخرين، والاعتمادية *Depend on*، والاندفاعية *Impulsivity*، وحدة الطبع *Irritablitty*، والشعور بالوحدة النفسية *Lonliness*، والتقدير المنخفض للذات *Poor Self-Esteem*. وتري وايناند أيضاً أن العلاج النفسي يعتبر من أفضل العلاجات التي يمكن استخدامها مع المعاقين سمعياً، ممن يعانون من مشكلات سلوكية عديدة؛ حيث إن العلاج النفسي يساعدهم على التخلص من مشاعر العزلة، ويعمق لديهم مشاعر الأمان، ويساعدهم على الاندماج بالتفاعل والتواصل مع الآخرين .

(Wynand, 1994, pp. 4034 - 4035)

وتوضح زينب شقير أن المعاقين سمعياً يظهرون عجزاً واضحاً في تحمل المسؤولية، ويعانون من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي، وعدم الخضوع

للقواعد والأوامر الصادرة من السلطة، وانخفاض مستوى الطموح لديهم، وميلهم إلى العزلة عن المجتمع العادي. (زينب شقير، ١٩٩٩، ص ٩٣)

فالإعاقة السمعية تحجب الطفل عن المشاركة الموجبة الفعالة مع من حوله في الجماعة الإنسانية، حيث إن عملية اكتساب الكلام تعتمد في بداية نموها على قدرة الطفل على التقليد، سواء كان ذاتياً في مرحلة المناغاة، أو تقليداً لآخرين في مرحلة متقدمة عن ذلك.

ويشير هالهان وكوفمان *Halhan&Kauffman* إلى أن النمو الاجتماعي ونمو الشخصية لدى مجتمع السامعين يعتمد بشكل كبير على التواصل، ولا يختلف الموقف عن ذلك بالنسبة للأفراد المعاقين سمعياً. هذا ويجد الشخص المعاق سمعياً بعض الصعوبة في وجود أولئك الأفراد الذين يتواصل معهم، حيث قد يواجه بعض المشكلات في إيجاد الآخرين الذين يمكنه أن يجري المحادثات معهم. كما يشير جوستاد وكلوين *Gaustad&Kluwin* إلى أنه لا يوجد سوى قدر ضئيل من التفاعل بين الأفراد المعاقين سمعياً وأقرانهم السامعين. كما أن المعاقين سمعياً يشعرون في مثل هذه المواقف بأنهم أكثر أماناً من الناحية الانفعالية إذا ما وجدوا أفراداً آخرين من المعاقين سمعياً يمكنهم التواصل معهم.

(هالهان وكوفمان، مترجم، ٢٠٠١، ص ٥٥٠)

وهكذا، يتضح أن ذوي الإعاقة السمعية يعانون من الانطواء أو العزلة عن المجتمع، هذا بالإضافة إلى وجود مشكلات سلوكية عديدة، وأن للإعاقة أثراً سالباً كبيراً على مظاهر النمو، وعلى شخصية الفرد. لذلك يجب إعداد برامج التأهيل والعلاج بهدف مساعدة الطفل على التكيف بحسب حالته أو قدرته على السمع، مع محاولة تغيير اتجاهات المجتمع نحو الأطفال الصم وضعاف السمع، وإتاحة فرص الاهتمام بهم في المجتمع والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية ومجابهة حقيقة قصور السمع والاعتراف بها. هذا بالإضافة إلى ضرورة التوجيه المهني المناسب لدرجة ضعف السمع، فضلاً عن النظر إلى المعاق سمعياً كأبي

طفل عادي له حاجاته البدنية والنفسية والاجتماعية، ويحتاج إلى تلبية هذه الحاجات بصورة تتلاءم مع حالة سمعه. كما أنه كالطفل العادي في حاجة إلى التقدير وإلى اللعب والأمن، والشعور بالانتماء إلى جماعة، ولا بد للأباء والأمهات من مساعدته على إشباع هذه الحاجات بالطرق المناسبة، حتى تنمو شخصية الطفل بشكل سوي يحقق له التوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي.

إن الاهتمام بالمعاق سمعياً بهذه الصورة، وإلى هذه الدرجة، على المستوى التربوي والمجتمعي، يؤدي إلى نشأة شخصية سوية متزنة انفعالياً واجتماعياً، شخصية قادرة على التواصل مع الآخرين، ومن ثم شخصية تحظى بالتقبل الاجتماعي من الآخرين، بل وتدرك هذا التقبل؛ مما يدعو الباحث إلى تناول هذا المتغير المهم وهو التقبل الاجتماعي

ويرى **حامد الفقي** أن توافق المراهق في المرحلة التي يمر بها، وقدرته على تحقيق مطالبها ومسئولياتها المتعددة، في حاجة ماسة إلى شعوره بالتقبل ممن حوله في الأسرة أو في المدرسة أو في المجتمع الذي يعيش فيه بصفة عامة. إذ يعتبر شعور المراهق بتقبل الأسرة له، وبخاصة الوالدين، من أهم عوامل النجاح، بينما يعتبر شعوره بالنبذ والكرهية من أهم أسباب الفشل .

(حامد الفقي ، ١٩٩٣ ، ص ٣٧٠)

والطفل المعاق سمعياً في محاولته للتوافق مع العالم الذي يعيش فيه، قد يتخذ تكيفه إحدى الصور الآتية: فقد يقبل أن يعيش كفرد معاق، أو ينعزل عن أفراد المجتمع متجنباً التفاعل الشخصي مع الآخرين. فإذا اختار لنفسه الأسلوب الأول من أساليب التكيف، فمعنى ذلك أنه لزاماً عليه أن يواجه المجتمع وهو محروم من بعض الوسائل التي تيسر له التواصل، ويحدث نتيجة لذلك أن يعيش الفرد الأصم على هامش الجماعة، وفي هذه الحالة يواجه الطفل الأصم الكثير من مواقف الشعور بعدم الأمن عندما يحاول الاختلاط بالغير، فهو في حيرة دائمة لأنه لا يعرف ما إذا كان كلامه مفهوماً، أو أن ما يقال له قد فهمه على حقيقته. أما إذا

اختار لنفسه الأسلوب الثاني (العزلة)؛ فسوف يعيش طوال حياته في فراغ صامت، لا يشعر فيه بمتعة الحياة. إن الفرد المعاق سمعياً يكون في حالة توتر مستمر عندما يكون مع الناس، ولذا يفضل الانطواء، والعيش منعزلاً عنهم، فهو يتسم بالعجز عن إقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أقاربه. إلا أنه يقوم بدوره الاجتماعي وسط جماعة المعاقين سمعياً التي يجد فيها الحب والصدقة والترويح، مما يساعده على تأكيد ذاته، والحفاظ على استقرار شخصيته واتزانها، ويقضي على حالة العزلة التي يعيش فيها.

ويؤكد ذلك ما توصل إليه عبد العزيز الشخص من أن انخفاض مستوى السلوك التكيفي لدى المعاقين سمعياً لا يرجع إلى الإعاقة في حد ذاتها، وإنما يرجع إلى فشل المحيطين بالطفل في التواصل معه بفاعلية، وإخفاقهم في إشعاره بالأمن والطمأنينة، وفشلهم في مساعدته على النمو واكتساب المهارات الأساسية في الحياة. (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٢، ص ١٠٤٠)

ويذكر فاروق الروسان أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية يعانون من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي والمهني، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء كان ذلك في مجال الأسرة، أو العمل والمحيط الاجتماعي بشكل عام. ولذا يبدو الفرد الأصم، وكأنه يعيش في عزلة عن الأفراد عاديي السمع الذين لا يستطيعون فهمه، مما يؤدي إلى تعرضهم لكثير من مواقف الإحباط التي تترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد عاديي السمع والصم.

(فاروق الروسان، ١٩٩٦، ص ١٤٩)

كما يضيف جابر عبد الحميد أن عدم القدرة على تكوين علاقات ودية بالآخرين يؤدي إلى الشعور بالخواء الاجتماعي والعزلة، وهناك نوع آخر من العزلة يؤدي إلى إحساس الفرد بالوحدة النفسية وهي عزلة قسرية أو جبرية لا

إرادية تحدث ، حينما يجبر الفرد على العزلة عن المجتمع، مثل حجب الوالدين طفلهما المعاق عن الظهور في المجتمع خجلاً منه ، ومن إعاقته .

(جابر عبد الحميد ، ١٩٩٠، ص ٣٥)

ويشير عمرو رفعت إلى أن التوافق العام للمعاق سمعياً يقل عن قرينه عادي السمع، وذلك لتأخر تكوين بعض المفاهيم الأساسية في حياة المعاق سمعياً، مثل عملية التوحد مع والده، ومع أقرانه من نفس جنسه، وذلك بسبب إعاقته السمعية. كذلك تلعب التنشئة الاجتماعية دوراً مهماً في تكوين الشخصية، ولكن بسبب الإعاقة السمعية، فإن المعاق سمعياً قد يتسم بالانعزالية والاكنتاب والنكوص والعدوان. ويسهم في الوصول إلى هذه الأعراض وتعميقها في نفس المعاق سمعياً الدور الاجتماعي المحدود الذي يحظى به مع أفراد أسرته، ومن المتعاملين معهم في المدرسة، ومختلف المؤسسات التي يتعامل معها بالمقارنة إلى أقرانه عاديي السمع. (عمرو رفعت، ٢٠٠٥، ص ٤٨)

مما سبق يتضح لنا أن الصحة النفسية تهدف إلى بناء الشخصية المتكاملة وبناء الإنسان الصحيح نفسياً في جميع مؤسسات المجتمع، ليقبل على تحمل المسؤولية الاجتماعية، ويعطى بقدر ما يأخذ، بل وأكثر، استثماراً لطاقتها إلى أقصى حد ممكن. ولكي يحدث هذا يجب تحقيق مستوى معين من التوافق الشخصي الاجتماعي، وتقبل الواقع، وتكوين قيم واتجاهات موجبة. لذلك تعتبر دراسة التوافق النفسي للمعاق الخطوة الأولى في مساعدته على التخلص مما يعانيه من مشكلات باعدت بينه وبين التوافق السليم في الوسط الذي يعيش فيه، حيث إن القصور في بعض الحواس يؤثر بشكل ما على الاتزان الانفعالي للفرد، الأمر الذي يؤدي إلى تباعده وشعوره بالعزلة، وبالتالي يؤثر في تقبله الاجتماعي على نحو سلبي.

وتمثل المراهقة مرحلة مهمة من مراحل نمو الإنسان، حيث إنها تمثل مرحلة انتقال نفسي واجتماعي للفرد من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب والاستقلال الذاتي وتحمل المسؤولية؛ حيث تسير هذه المرحلة بالمراهق نحو اكتمال

الفصل الثاني ————— ٢٦ م ————— الإطار النظري

النضج (محمد أبو العلا، ١٩٨٨، ص ٧٢ - ٧٣)، ومع بداية مرحلة المراهقة تنمو لدى الفرد القدرة على التفكير باستخدام العمليات الصورية أو الشكلية *Formal Operations* كما يسميها "بياجيه". أي أنه يستطيع بعد ذلك أن يفكر بدرجة كافية من المرونة حول العالم الذي يعيش فيه، وكذلك العمليات الحياتية التي ترتبط بالموقف الراهن، والخصائص المحسوسة في البيئة. كما تعتمد جوانب أخرى كثيرة من نمو المراهق على التقدم المعرفي الذي يحرزه في هذه المرحلة. فالتغيرات في علاقات المراهق بوالديه، وفي سمات الشخصية وغيرها، كلها تتأثر بالتغيرات العقلية والمعرفية في هذه المرحلة .

(فؤاد أبو حطب و أمال صادق، ١٩٩٩، ص ٢٩٨)

وتعتمد هذه المرحلة على الظروف الاجتماعية السائدة. وقد يطول أمدها أو يقصر في هذا المجتمع أو ذلك، وقد تتحول هذه الفترة إلى أزمة اجتماعية يعيشها المراهق ويواجه فيها مصاعب وتحديات يتحتم على المراهق التغلب عليها. والمراهق ضعيف السمع أكثر تأثراً بهذه المرحلة، وتمثل أزمة حقيقية بالنسبة له، وذلك لنقص المعلومات التي يسمعها من الأصدقاء أو من الأسرة مما قد تساعده على اجتياز هذه المرحلة. ولذلك فهم يشعرون بصعوبة في التكيف. وكذلك فهم أكثر جموداً، وأقل انزاناً انفعالياً من الآخرين، وكذلك فهم يشعرون بتدني لتقدير الذات ناتج عن الظروف السابقة. (إبراهيم قشقوش، ١٩٨٩، ص ٧)

ويلاحظ في مرحلة المراهقة اتساع نطاق التواصل الشخصي والاجتماعي، حيث يسعد المراهق بمشاركة الآخرين في الخبرات والمشاعر والاتجاهات والأفكار. والكثير من المراهقين يتألمون، إذا شعروا بالعزلة عن أصدقائهم. (حامد زهران، ١٩٨٤، ص ٢٧٩)

ولذلك تتطلب تربية المراهق الصحيحة أسرة سوية تسودها العلاقات الاجتماعية الفعالة التي توفر للمراهق الإشباع العاطفي والشعور بالانتماء وتقدير الذات، وتدعم وتقوي العلاقة بين المراهق ووالديه، مما ينعكس على اعتزازه

الفصل الثاني _____ . ٧٢ م _____ الإطار النظري

بشخصيته واطمئنانه لحب والديه له. (انتصار يونس، ١٩٨٦، ص ١٩٢ ؛ نوال عطية، ٢٠٠١، ص ٢٢)

كما أشار أحمد عزت إلى أن على الوالدين في هذه المرحلة (المراهقة) أن يفسحا صدرهما إلى ما يدور في نفس المراهق الأصم من شكوك وشبهات وأسئلة محيرة، بدلاً من أن يصدوهم عنها. ومما يزيد الثقة لدى المراهق الأصم، ويساعده على تكوين أفكار صحيحة عن الحياة التي يعيشها، تواصله مع عاديي السمع، وتشجيعه على الإفصاح عن آرائه ومناقشتها.

(أحمد عزت، ١٩٩٩، ص ٦٣٠)

هذا، ويواجه المراهق المعاق سمعياً نقصاً صارخاً في إشباع وتحقيق الكثير من حاجاته الأساسية المرتبطة بمرحلة المراهقة، ومن ذلك ما يلي:

- حاجته إلى الاستقلالية وعدم التبعية، ولكن حالة العجز تجعله في احتياج للآخرين وخاصة أفراد أسرته التي يحاول الاستقلال عنهم .

- حاجته للأقران الذين يستطيع من خلالهم أن يتدرب على المهارات الاجتماعية قبل مواجهة العالم الواسع (عالم السامعين) في مرحلة الرشد. ولكن للأسف نجد أن حلقة الأقران هذه محدودة .

- تظهر في مرحلة المراهقة القدرات الطائفية العقلية، وما يصاحبها من ميول أكاديمية تعده لمهنة معينة. ولكن للأسف بسبب هذه الإعاقة، فإن المجال الأكاديمي محدود أمام المراهق ضعيف السمع، مما يصيبه بالإحباط واليأس تجاه حاجته لتحقيق ذاته.

- تعتبر مرحلة المراهقة من أكثر مراحل النمو النفسي التي يشوبها التوتر ، فإذا أضفنا إلى ذلك التوتر والإحباط الناتجين عن الشعور بالعجز من جراء الإصابة، لتصورنا مدى المعاناة المضاعفة التي يعاني منها المراهق ضعيف السمع مقارنة بالمراهق العادي.

من هنا يرى الباحث أن المراهق ضعيف السمع ينشأ لديه الشعور بالنقص والعجز بسبب إعاقته، أو بسبب الاتجاهات السالبة نحو إعاقته، من جانبه ومن جانب الآخرين من عاديي السمع نتيجة لفشله في إشباع الحاجات الأساسية له، مما يؤدي إلى اضطراب في نمو شخصيته، وعدم وصوله إلى مرحلة النضج. كما ينتج شعور المراهق بالنقص نتيجة لتكرار الفشل. ولذلك، يجب تدريب المراهق ضعيف السمع على تنمية القدرة على إشباع حاجاته، للتغلب على الشعور بالنقص، ومن أجل بلوغه تحقيق الذات، بعد تخطي الصعوبات والعقبات التي يعاني منها المراهقون ضعاف السمع.

ولكي ينجح المراهق المعاق سمعياً في المرحلة التي يمر بها، وفي تحقيق مطالبها ومسؤولياتها المتعددة، فإنه يحتاج إلى الشعور بالتقبل ممن حوله في المنزل، أو في المدرسة، أو في المجتمع الذي يعيش فيه بصفة عامة. ويعتبر شعور المراهق بتقبل الوالدين والأسرة له من أهم عوامل النجاح، ومما يساعده على ذلك:

* انخراطه واكتسابه للهوية داخل نظام الجماعة، مما يحقق له الأمان النفسي، ويساعده على التوازن الانفعالي في جميع مراحل النمو.

* تحقيق الذات عن طريق اكتشاف الطاقات والقدرات، وحسن استغلالها.

* التأكيد على تنمية العلاقات البناءة مع الآخرين من الأقران والراشدين، والتشبع بقيم الحياة.

ومما لا شك فيه، أن تحقيق كل هذه الأمور للمراهق المعاق سمعياً، في حاجة إلى جهد عظيم من جانب الأسرة، وبيئة المدرسة، والمجتمع. فإن قصرت الأسرة والمدرسة والمجتمع في بذل هذا الجهد، فإن المراهق المعاق سمعياً يكون في أمس الحاجة إلى علاج نفسي معرفي سلوكي، يساعده على تحسين أفكاره وانفعالاته وسلوكياته، حتى يصبح أكثر تقبلاً لدى الآخرين، ومن هنا ينتقل الباحث إلى تناول هذا الجانب المهم من الإطار النظري، وهو العلاج المعرفي السلوكي.

القسم الرابع: العلاج المعرفي - السلوكي:

بالرغم من أن البدايات الأولى للعلاج السلوكي، والتي يعتبرها البعض الثورة الأولى في العلاج النفسي التي بدأت عام "١٩٥٩" على يد كرازير *Kraiser*، والتي جاءت مرتبطة بتطور نظريات المثير والاستجابة، وكان من روادها الأوائل *بافلوف وواطسون Pavlov & Watson*، ومن بعدهم *سكينر Skinner*، إلا أنه ظهرت بعد ذلك تطورات معاصرة بهذه الحركة، وسعت من القاعدة الرئيسية التي تركز عليها مسلماتها، وهي ما يسميها كرازير الموجة الثانية أو الثورة الثانية *Second Wave* في حركة العلاج السلوكي. وبدأت هذه الموجة تقريباً عام "١٩٧٥"، وجاءت مصاحبة للتطورات الجديدة في نظرية التعلم، أي بظهور نظريات التعلم الاجتماعي *Social learning*، والتعلم المعرفي *Cognitive Learning*. (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ص ٤٠ - ٤١)

فقد أشار *ميثينباوم Meichenbaum* (١٩٧٩) إلى أن دور العوامل المعرفية في تغيير السلوك قد لاقت اهتماماً كبيراً في منتصف السبعينيات، وكان الاهتمام من خلال إسهامات بيك *Beck* (١٩٧١)، و *ماهوني Mahoney* (١٩٧٤)، و *جولدفريد و دافيسون Goldfried & Davison* (١٩٧٦)، و *ميثينباوم* (١٩٧٧)، وظهر هذا الاهتمام واضحاً من خلال دراسات العلاج المعرفي. (*Meichenbaum, 1979, P.55*)

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يقوم على أساس الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد. إذ يتعامل معها معرفياً و انفعالياً وسلوكياً، بحيث يستخدم العديد من الفنيات، سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض، تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفياً، تعد هي

المسئولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض، وما يترتب عليها من ضيق وكرب. وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي، من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية، وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية. (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٧)

وقد أكد محمد محروس على أن العلاج المعرفي السلوكي بدأ كرد فعل على الانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية، فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل، والاهتمام فقط بتغيير السلوك. كما انتقدها البعض من زاوية أن "التخلص التدريجي والمنظم من الحساسية" (*) ليس أسلوباً سلوكياً بحثاً، ولكنه يتطلب الاستبطان، أي فحص المسترشد لأفكاره ودوافعه ومشاعره، وتحكمه في أفكاره وصورته العقلية، وخاصة أن رأى سكونر في هذا الصدد غير صامد تماماً للمقاومة، وهو ما يعد اتجاهاً توفيقياً بين السلوكية ومعارضيتها. (محمد محروس، ١٩٩٤، ص ٢١١)

وقد شهد العلاج المعرفي السلوكي منذ بدايته وحتى الثمانينيات العديد من التطورات. فمع تقديم "بيك" لنموذجه المعرفي في العلاج خلال الستينيات، كان العلاج السلوكي هو المفضل للعديد من الاضطرابات النفسية، إلى أن أوضح باندورا Bandura، أنه من خلال التعلم بالملاحظة فإن الجانب المعرفي يلعب دوراً مهماً في التعلم. وقدم كل من كانفر وكارولي Kanfer & Karoly نموذجاً علاجياً لضبط الذات وضبط النفس، يقوم على مراقبة الذات Self-Monitoring، والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي. كما قدم ميتشيناوم مفهوم ما وراء المعرفة Meta cognition، أي المعرفة عن المعرفة كيف تعرف Knowing about Knowing how to Know، أو المعرفة الذاتية للعمليات المعرفية Self control about

* (وهو ما يسميه بعض العلماء "التحصين التدريجي" Systematic Desinsitization).

cognitive processes ، وظهرت أساليب عديدة لحل المشكلات. ومن ثم ازدهر العلاج المعرفي السلوكي واتسع نطاق تطبيقاته الإكلينيكية خلال الثمانينيات.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٥٤)

ويعرض الباحث لمفهوم العلاج المعرفي السلوكي بالشكل العام الذي يحدده إطاره من حيث: أهدافه ، ومبادئه، والعلاقة بين المعالج والعميل، وأخطاء التفكير، ثم يقدم نبذة عن بعض النماذج والاتجاهات العلاجية المعرفية السلوكية، وأهم الاستراتيجيات والفنيات العلاجية بها، وذلك على النحو التالي:

أولاً : مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف بيك العلاج المعرفي السلوكي على أنه عبارة عن مجموعة من

المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك. وتتمثل هذه المبادئ في:-

١- أن العوامل المعرفية (التفكير - التخيل - التذكر) ذات علاقة بالسلوك المضطرب وظيفياً .

٢- أن تعديل هذه العوامل يكون شرطاً أساسياً لإحداث أي تغيير في

السلوك. فالسلوك المضطرب ناتج عن نماذج تفكير منحرفة تم الإبقاء عليها. ويقدم بيك في هذا السياق ثلاثة مفاهيم أساسية هي :-

أ- الأحداث المعرفية *Cognitive Events* .

ب- العمليات المعرفية *Cognitive Processes* .

ج- الأبنية المعرفية *Cognitive Structures* . (Beck, 1976, P.157)

وعرّف لويس مليكة العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد مناهج العلاج

النفسي، الذي يهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير

لدى العميل ، عن طريق :

* التدريب على مهارات المواجهة.

* التحكم في القلق .

* صورة الذات المثالية .

* التحصين ضد الضغوط.

* التدرب على حل المشكلات.

* التدرب على التعلم الذاتي .

* وقف الأفكار السالبة .

ويحدث التعديل السلوكي من خلال تغيير المعارف (الاتجاهات - الأفكار - مفهوم الذات). (لويس مليكة، ١٩٩٠، ص ١٧٤)

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي في موسوعة علم النفس المختصر لكوزونى (١٩٨٧) علي أنه طريقة لتغيير نماذج التخيلات والأفكار العقلية، لمساعدة الفرد على التغلب على مشكلاته الانفعالية والسلوكية. ويقوم على نظرية مؤداها أن المسالك والانفعالات تتسبب جزئياً عن العمليات المعرفية التي يمكن إخضاعها للتغيير. فالعلاجات النفسية التقليدية دائماً تعترف بأن المعارف تلعب دوراً مهماً في السلوك والانفعالات، ومع ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي يتميز عن علاجات الاستبصار السابقة بأنه يتعامل فقط مع معارف "هنا والآن"، وهو أيضاً يتعامل مع هذه المعارف بطريقة منهجية أكثر من العلاجات الأخرى، ليكشف عن معارف المريض، التي قد تكون سبب اضطرابه. ثم تستخدم الفنيات المتنوعة لتصحيح المعارف غير المرغوبة، واقتراح معارف جديدة وطرق تفكير جديدة حول المشكلة، لتعزيز وتدعيم هذه المعارف الجديدة.

(عن : صلاح الدين عراقي، ١٩٩١، ص ٢١)

ويؤكد عادل عبد الله على ما سبق، حيث يشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية. ويختلف هذا الأسلوب العلاجي عن علاج الاستبصار التقليدي في أن معارف الـ "هنا والآن" النوعية تكون هي الهدف في التغيير، من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية. وتشتمل المعارف على الاعتقادات ونظم الاعتقادات، والتفكير والتخيلات. وتشتمل العمليات

المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشكلات أو حل المشكلات وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها. (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٢٣)

ويمكن للباحث تعريف العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً في هذه الدراسة على أنه "وسيلة من وسائل العلاج النفسي التي يمكن عن طريقها تحسين مستوى التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع، ومساعدة هؤلاء المراهقين على التوافق الشخصي والاجتماعي، وتدريبهم على أداء السلوكيات الجيدة والصحيحة. ويتم ذلك من خلال تعديل الأفكار الخاطئة لديهم، مع الاسترشاد بنظرية "الحدث-المعتقد-النتيجة" ABC - ليس، وبعض الأساليب والفنيات المعرفية والسلوكية مثل: الحوار والمناقشة، والمحاضرة، والحوار الذاتي، ومراقبة الذات -Self Monitoring، والنمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتعزيز، والواجب المنزلي.

ثانياً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

يتجه العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة الفرد على النمو وتطوير المهارات المعرفية من خلال أساليب حل المشكلات، والنموذج المعرفي، وتصحيح المعتقدات الخاطئة، ومن خلال إعادة البناء المعرفي، بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح، الذي تم تعديله من خلال الأساليب والفنيات السلوكية المتنوعة وبذلك فهو يهدف إلى التعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد.

ويمكن تحديد أهداف العلاج المعرفي السلوكي فيما يلي :

- ١- تعليم الأفراد فحص وتحديد وتقييم أفكارهم واتجاهاتهم.
- ٢- تعليم الأفراد استراتيجيات سلوكية تساعدهم على التخلص من مشكلاتهم.

٣-مساعدة الأفراد على زيادة الدافعية للأداء، وزيادة وعيهم بذواتهم، وتنمية مهاراتهم، وكذلك رؤية أكثر موضوعية للمواقف أو المشكلة.

(طارق النجار، ٢٠٠٥، ص ١٦٠)

ثالثاً: مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يرى كروين *Curwen* أن المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار، والانفعالات، والسلوكيات، يعتبر كل منها جانباً من نظام موحد؛ بحيث أن التغيير الحادث في أي جانب منها يكون مصحوباً بتغيرات في الجوانب الأخرى (*Crwen, 2000, p.8*).

ويوضح عادل عبد الله أن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي تشمل :

- * أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- * أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- * أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
- * أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- * أن العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية .

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٢٣)

كما أوضح " بريسل " *Bresle* (١٩٧٩) أن هناك عدداً من المبادئ

الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، تتمثل في :

- * أنه يركز على التغيير الذي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي إلى نجاح العلاج .
- * التركيز على فهم الفرد للجانب المراد تعديله .
- * التأكيد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية وتنظيم وتعزيز السلوك المكتسب .

* التركيز على التفاعل مع بيئة الفرد .

(عن : طارق النجار ، ٢٠٠٥ ، ص ١٦١)

مما سبق يمكن للباحث بلورة وإيجاز مبادئ العلاج المعرفي السلوكي،

فيما يلي:

* أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على النموذج المعرفي للاضطرابات

الانفعالية.

* أن العلاقة الطيبة بين المعالج والعميل تكون شرطاً ضرورياً للعلاج الفعال؛

حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي مجهوداً تعاونياً بين كليهما، كما يعتبر علاجاً بنائياً موجهاً يقوم على نموذج تعليمي.

* أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على الطريقة الاستقرائية .

* أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على تكوين مصداقية وثيقة بين المعالج

والعميل، وخفض أو اختزال المشكلة، والوضوح ، والواجبات المنزلية بشكل أساسي .

رابعاً : العلاقة بين المعالج والعميل :

وهي بحسب بيك، تقوم على دعائم ثلاث هي:

١- التعاون العلاجي: من المسلم به أن التعاون الوثيق بين المعالج والمريض هو مكون أساسي لأي علاج فعال. فحين يتخبط الطرفان في اتجاهات مختلفة، كما يحدث أحياناً، فإن ذلك يصيب المعالج بالإحباط، ويشعر المريض بالكذب. ولذا يتعين على كل من المعالج والمريض أن يصلوا إلى اتفاق في الرأي بصدد المشكلات التي تتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج؟ وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف؟ حيث إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم في تحديد نتائجه. كما يتعين على المعالج أن يلتفت إلى التقلبات التي تعترض مشكلات المريض من فترة إلى أخرى. ومن المفيد أن ننظر إلى علاقة المريض/المعالج

بوصفها جهداً مشتركاً، فليست مهمة المعالج أن يحاول حل جميع مشكلات المريض، بل أن يتحالف معه ضدها، أي ضد مشكلات المريض

٢- تأسيس الصداقة: لا تبرا الاقتراحات والصياغات التي يقدمها المعالج في كثير من الأحيان من أن تكون مصدراً لبعض المشكلات ، فحين ينظر المرضى إلى المعالج على أنه يتمتع بقدرات خارقة، فإنهم يكونون أميل إلى قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها كمنطوقات مقدسة. وهناك مشكلة من نوع آخر تتعلق بالمرضى الذين يستجيبون ألياً لتصريحات المعالج بالشك والريبة، ويظهر ذلك في أبلغ صورة عند مريض البارانونيا والاكئاب الشديد؛ فحين يعمد المعالج إلى كشف التحريفات التي يقوم بها المريض لصورة الواقع، قد يجد نفسه متورطاً في المنظومة الاعتقادية الراسخة لذلك المريض. لذا يتحتم على المعالج أن يؤسس أرضية عامة بشكل ما، أو يجد نقطة التقاء بينه وبين المريض، فيشرع عندئذ في توسيع دائرة الاتفاق بدءاً من هذه النقطة. ولذا فمن الحكمة بوجه عام ألا يعمد المعالج إلى مهاجمة الأفكار المحرفة مباشرة، فإن لم ينجح المعالج في أن يتحدى الأفكار المحرفة ذاتها، فبوسعه أن يعين المريض على احتمالها .

٣- اختزال المشكلة: كثير من المرضى يأتون إلى المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات، قد تستلزم عمراً بأكمله إذا هو عمد إلى حل كل مشكلة منها بمعزل عن باقي المشكلات. فقد يلتبس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاضطرابات مثل الأرق والقلق وألوان من الصراع بالإضافة إلى مشكلات بينشخصية. حينئذ لا مفر من اختزال المشكلة، أي تحديد المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معاً، وحينئذ يكون بوسع المعالج أن يتخير الفنيات المناسبة لكل مجموعة منها. مثال حالة المريض الذي يعاني من رهابات متعددة. فالمرأة التي كانت تعاني بشكل موعق من خواف الطائرة والسباحة والمشي والجري والرياح الشديدة والطقس الحار الرطب، في مثل هذه الحالة فإن علاج كل رهاب على حدة عن طريق "خفض الحساسية المنظم" قد يتطلب عدداً من الجلسات لا حصر لها.

(آرون بيك، مترجم ، ٢٠٠٠، ص ١٧٧-١٨٠)

ويؤكد بيك أيضاً على أن العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل لا بد أن يراعى فيها ما يلي:-

- وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض، تجعل المريض يثق في المعالج. ويتطلب ذلك قدرة من المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض ، وكذلك على الاحترام الواجب له، وحسن الاستماع، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية .

- التأكيد على أهمية التعاون والمشاركة النشطة، والعمل كشريكين في إعداد جداول عمل للجلسات، وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات. (Beck,1996,P.5)

خامساً: أخطاء التفكير

يقوم الباحث في الدراسة الحالية بعرض مختصر للأفكار العقلانية واللاعقلانية في سياق عرضه للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند "إيس". ونظراً لأن هذا العلاج يقوم أساساً على تعديل السلوك والانفعالات، من خلال التأثير على عمليات التفكير لدى العميل، فقد رأى الباحث أن يقدم بشئ من التفصيل في هذا الجزء أهم هذه الأساليب المعرفية الخاطئة، التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية لدى البالغين والأطفال، ومنها، ما ذكره عبد الستار إبراهيم وآخرون، فيما يلي:-

- ١- التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة أو حمقاء .
- ٢- التوقعات الكارثية: مثال ذلك الفرد الذي يتجنب الدخول في مواقف، خوفاً من أن يرتكب خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته .
- ٣- الكل أو لا شئ: يتصرف الفرد باضطراب إذا كانت تصوراتهِ للأمر قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع. والتطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد، عندما يتعرض الفرد لأي إحباط أو توتر مهما كان تافهاً .

٤- قراءة أفكار الآخرين بشكل سلبي : كالفرد الذي يردد بينه وبين نفسه، عندما يوشك على الدخول في تفاعلات اجتماعية، عبارات مثل: "سيجعلونني موضوعاً لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك"، أو "إنهم يظنون أنني أقل منهم"، أو "أعتقد أنهم يضحكون علىّ الآن"، فمثل هذا الفرد من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الاضطراب والانحراف بما فيها تعاطي مواد ضارة، أو العدوان، أو القلق الاجتماعي والانسحاب .

٥- المقارنة: كالفرد الذي يسرف في استخدام عبارات مثل: "إنهم أكثر قدرة مني"، أو "إن هناك شيئاً ما خاطئاً فيّ بالمقارنة بهم"، أو "إنني لست كذا مثله" وكنتيجة لذلك تتأثر كثير من الأدوار الاجتماعية والعقلية، وتتعطّل قدرة الفرد على النشاط والدافعية، مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالاكتئاب أو القلق .

٦- تجريد موجبات الشخصية من مزاياها: من قبيل: "إنني لا أستحق هذا الإطار"، أو "إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية"، أو "هذا الاهتمام نوع من العطف، فلا يوجد في شخصيتي شيء يستحق ذلك" .

٧- التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية: كالفرد الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً، سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعي الفعال، وسيجد نفسه غالباً عرضه لكثير من المخاوف الاجتماعية والوساوس والاضطرابات العضوية. ومن ثم فإن مهمة المعالج المعرفي السلوكي في هذه الحالات هي تجنيب الفرد أفكاراً مثل: "التراجع عن الرأي يعني الضعف"، أو "القبول بالنصيحة امتهان للكرامة".

٨- تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل: توضح لنا ملاحظات المعالجين المعرفيين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية — بين البالغين والأطفال — تتميز في بعض الحالات بتفكير ينسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه، مثلاً " فشل هذه المجموعة في المسابقة كان بسببي وبسبب كسلي " .

٩- الاتجاهات الكمالية - المطلقة : فالفرد الذي يجد نفسه - ربما نتيجة لتربية خاطئة - يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة، يصبح كشخص يسبح في محيط ليست له معالم محددة، أو كجواد يعدو في خطوط لا نهاية لها. ولذلك يحذر المعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين المضطربين: "يجب ألا يكون فيّ أو في عملي أي ثغرة أو خطأ"، أو "يجب ألا أترك بالمرّة أي شيء للصدفة"، أو "إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل لكل ما فعلت". والتفكير الكمالي المسرف يختلف عن التفكير الإكمالي، فلا بأس بالطبع أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة وفي أوقات ملائمة، إلا أن المشكلة التي تثير قلق الإخصائيين النفسيين تكمن في أن يتحول هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للاضطراب والجزع بسبب جوانب نقص غير معلومة، ومخاوف من العجز عن الوصول إلى الكمال.

١٠- إطلاقاً وحتماً: تنتشر في عبارات الأفراد في حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير، مثل هذه العبارات على سبيل المثال: "لن أزوره ولن اتصل به إلا إذا بدأ هو ذلك"، أو "يجب أن أكون محبوباً من الجميع"، أو "مستحيل عليّ أن أتحمّل نقده"، أو "لن أسمح لنفسي إطلاقاً أن أوجد حيث يوجد". حيث إن ترديد مثل هذه العبارات، وإيمان الفرد بمحتواها، سيحجم كثيراً من جوانب الفاعلية في سلوكه الاجتماعي والشخصي، وسيجعله عرضة لانفعالات الغضب وما يرتبط بها من اضطرابات العدوان، أو الانسحاب والتجنب، وما ترتبط بهما من اضطرابات القلق الاجتماعي والاكتئاب .

١١- ربط الاحترام الشخصي وتقدير الفرد لنفسه بعوامل خارجية: يتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل خارجية لكي يشعر الفرد بقيمته، مثلاً " إذا لم يتصل أحد، أو لم يدعني زملائي لهذا الحفل، فأنا شخص باهت (غير مهم)". (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ص ١٢٤-١٢٦)

سادساً : النماذج أو التوجهات العلاجية المعرفية السلوكية:

يعد موضوع تأثير الأفكار في الانفعالات والسلوك موضوعاً أساسياً في جميع النماذج والتوجهات العلاجية المعرفية السلوكية. وهناك عدد من هذه التوجهات التي قد تختلف في مفهومها، ومبادئها، وأساليبها، وفنيتها التي يتم بها التغيير. فقدم **آرون بيك** (١٩٦٠) العلاج المعرفي *Cognitive Therapy (C T)*، وقدم **إليس** (١٩٥٥ - ١٩٩٣) العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي *Rational Emotive Behavior Therapy (R E B T)*، وقدم **ميثنباوم** (١٩٧٧ - ١٩٨٨) التعديل المعرفي السلوكي *Cognitive Behavior Modification (CBM)*.

وبالرغم من وجود اختلافات نظرية بين هذه التوجهات العلاجية المعرفية السلوكية الثلاثة، إلا أنه تشترك في بعض النقاط التي سبق أن ذكرها الباحث في أثناء عرضه للعلاج المعرفي السلوكي، ومجملها ما يلي :-

- ١- العلاقة العلاجية المشتركة بين المريض والمعالج .
- ٢- افتراض أن الضيق النفسي ما هو إلا دلالة على وجود التشويش والتحريف في العمليات المعرفية.
- ٣- التركيز على تغيير المعارف، من أجل إنتاج تغييرات مأمولة التأثير في السلوك .
- ٤- التركيز على العلاج التعليمي، وتحديد الوقت بناءً على المشكلات الخاصة بالعميل، مع التأكيد على الواجب المنزلي . (Corey,1996,P.319)

وفيما يلي يعرض الباحث فكرة مختصرة عن الأطر النظرية لهذه النماذج والتوجهات العلاجية المعرفية السلوكية الثلاثة، وذلك من خلال تناول الأهداف، والخطوات العلاجية، والأساليب والفنيات العلاجية. وذلك فيما يلي:

أ- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ " إليس "

Rational Emotive Behavior Therapy (Ellis)

يشير كوري Corey إلى أن إليس ، في عام ١٩٥٠ ، أقام توجهه العلاجي الذي سماه بالعلاج العقلاني *Rational Therapy* ، والذي سرعان ما قام عام ١٩٥٥ بتغيير مصطلحه إلى العلاج العقلاني الانفعالي (*RET*) - *Rational- Emotive Therapy* ، ثم أعلن عام ١٩٩٣ تغيير اسم المصطلح مرة أخرى إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (*REBT*) - *Rational- Emotive Behavior Therapy* ، والذي يؤكد فيه على التداخل والتكامل بين الأفكار والانفعالات والسلوك ، لأن هذا المنهج دائماً يركز على التفاعلات المتبادلة بين الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية. (Corey, 1996, p.318)

وكما ذكر درايدن Dryden (١٩٩٥) فقد كان هناك إصرار من إليس على تغيير علاجه إلى مسمى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (*REBT*) " ١٩٩٣ ، وذلك نتيجة لنقده الفاحص لعلاج (*RET*) ، وفي نفس الوقت ليبين الطبيعة المعرفية الانفعالية لهذا العلاج ، وليؤكد وجهته السلوكية المعرفية. وكان انتقال إليس لإضافة مصطلح السلوكي إلى علاجه تطوراً طبيعياً ، نتيجة اتفاه مع العلاج السلوكي في كثير من فنياته ومصطلحاته ، من قبيل أن كلاً من العلاجين يهدف إلى تعديل الاتجاهات التي تؤدي بدورها إلى تغيير انفعالي ، بالإضافة إلى استخدام العلاجين للفنيات التالية. توفير البدائل ، والتعريض ، والواجبات المنزلية ، والاسترخاء ، وتنمية المهارات ، وتحسين فاعلية الذات ، والتدريب على المهارات الاجتماعية. (صلاح الدين عبد القادر ، ١٩٩٩ ، ص ١٦٥)

* أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

يشير أشرف عبد القادر إلى أن الافتراض الأساسي للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو أن الأفكار غير العقلانية ، والمشاعر غير المناسبة وغير الوظيفية ، يسببها الأوامر المطلقة ، وبدون هذا النوع من التفكير المعمم ، فإن معظم

ما نسميه بالاضطراب الانفعالي لن يحدث إطلاقاً. فإذا ما اختار الناس أن يظلوا على قيد الحياة، وأن يستمتعوا بحياتهم، فإن هناك أهدافاً عدة تساعدنا لتحقيق ذلك، فالمعالج العقلاني الانفعالي السلوكي يساعد الفرد على تحقيق هذه الأهداف:

- ١- الاهتمام بالذات. ٢- التوجيه الذاتي. ٣- التحمل المرتفع للإحباط.
- ٤- المرونة. ٤ - الالتزام بالأهداف الخلاقة. ٥- التفكير العلمي.
- ٦- قبول تقلبات الحياة ٧- قبول الذات. ٨- قبول المخاطرة.
- ٩- عدم تبني المثالية المسرفة.
- ١٠- تحمل المسؤولية الذاتية عن الاضطرابات الانفعالية.

(أشرف عبد القادر، ٢٠٠١، ص ١١-١٢)

* الخطوات العلاجية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

حدد إليس ثلاث خطوات رئيسية تستخدم بشكل متتابع في دحض المعتقدات، والأفكار اللاعقلانية المسببة للاضطراب، وهي كالتالي :

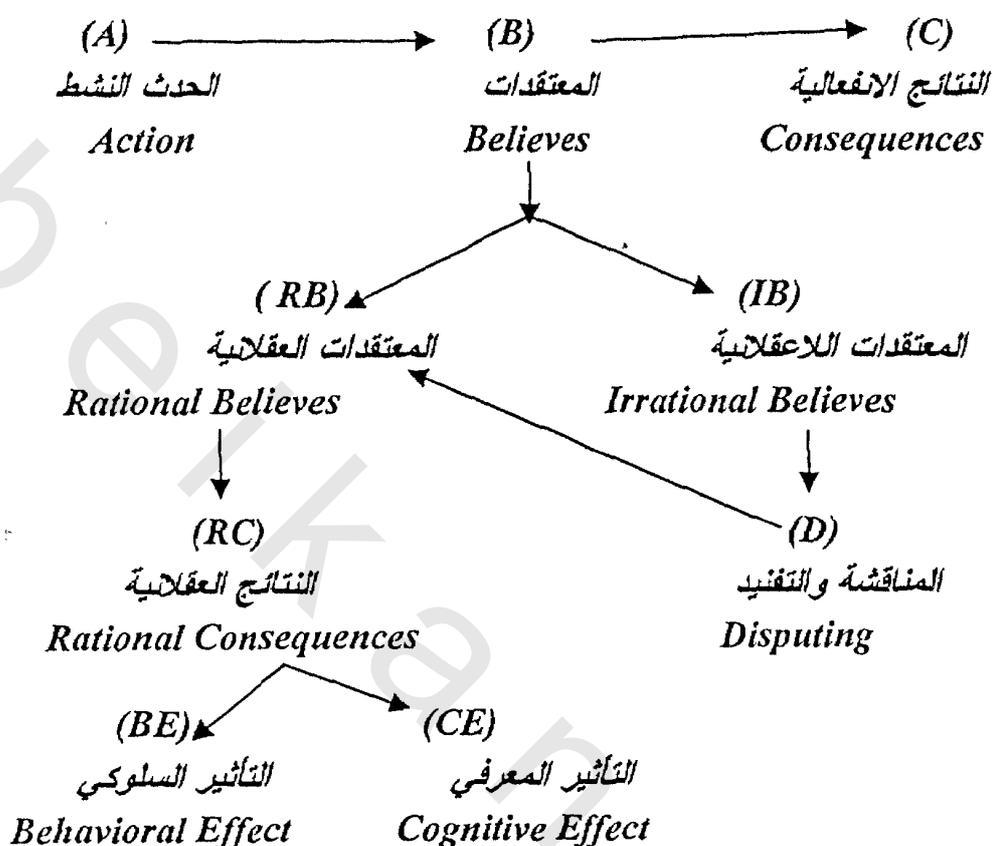
- ١- رصد وضبط واكتشاف *Detecting* الأفكار اللاعقلانية.
- ٢- مناقشة وتفنيد *Debating* هذه الأفكار اللاعقلانية بقوة .
- ٣- التفرقة والتمييز *Discriminating* بين هذه المعتقدات اللاعقلانية والمعتقدات العقلانية السوية، وإحلال المعتقدات العقلانية السوية محل المعتقدات اللاعقلانية. ومن هنا فإن العميل يتم تدريبه بشكل متتابع على الكشف أولاً عن هذه المعتقدات اللاعقلانية (خاصة الينبغيات *Shouds*) ورصدها، ثم يتعلم العميل المناقشة المنطقية لهذه المعتقدات والتساؤل الأميريقي حول مصداقياتها وتفنيدها بقوة. وفي النهاية يتعلم العميل كيف يفرق بين هذه المعتقدات اللاعقلانية الأنهزامية وبين المعتقدات العقلانية البناءة، ودحض الأولى والتخلي عنها.

* نظرية إيس "الحدث- المعتقد- النتيجة": *ABC Theory*

يقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ إيس على نظريته المشهورة "الحدث - المعتقد- النتيجة"، *Action- Believes- Consequences(ABC)* التي تفترض أن الاضطرابات النفسية إنما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو أفكار غير منطقية (لا عقلانية). ويرى إيس أن الناس يشتركون في غايتين أساسيتين هما: المحافظة على الحياة، والإحساس بالسعادة النسبية المصحوبة بالتححرر من الألم. وتسهم العقلانية في إيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين، في حين أن عدم العقلانية توجد نمطاً من التفكير يقف حجر عثرة في سبيل عدم تحقيقها. (محمد السيد ، ١٩٩٩ ، ص ٤٨٠)

ويرى أشرف عبد القادر أن نظرية "الحدث- المعتقد- النتيجة" "ABC" تعتبر من النظريات المهمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ "إيس". ويتم فيها تدريب أفراد العينة العلاجية على استخدام فنيات هذه النظرية؛ وذلك من خلال معرفة أن النشاط الذي يحدث "A" يسهم في الانفعال "C"، ولكن من خلال المعتقد المسبب للانفعال "B". ومن خلال هذه النظرية يتعرف المرضى على الفرق بين الأفكار والمعتقدات العقلانية *Rational Believes(RB)* والأفكار والمعتقدات اللاعقلانية *Irrational Believes(IB)*، وأن يعرفوا أن هذه الأخيرة هي سبب اضطرابهم. ويمكن مناقشة وتفنيد كل فكرة على حدة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، وإحلال أفكار ومعتقدات أكثر عقلانية محلها، وذلك من خلال فنية التفنيد *(Disputing (D)*، حتى يصلوا إلى سلوكيات جديدة وفعالة *Effective(E)*.

وفيما يلي شكل تخطيطي يوضح نظرية "الحدث- المعتقد- النتيجة ABC" :



شكل " ٢ "

وصف متغيرات نظرية إليس "الحدث- المعتقد- النتيجة ABC"

(أشرف عبد القادر، ٢٠٠١، ص ١٥٢)

* الأفكار العقلانية واللاعقلانية

يرى إليس أن البشر لديهم استعداد فطري، وميل مكتسب، لأن يكونوا عقلانيين، وكذلك لأن يكونوا غير عقلانيين.

(محمد محروس ومحمد السيد، ١٩٩٨، ص ٢١٥)

ويعتمد هذا النوع من العلاج على التأثير الواضح الذي يمارسه الفكر في تشكيل ملامح الانفعال ومن ثم السلوك. فالاضطراب النفسي في أساسه اضطراب معرفي قبل أن يكون اضطراباً انفعالياً أو سلوكياً، فالفكر والانفعال يرتبطان معاً تأثراً وتأثيراً، فالأفكار العقلانية يترتب عليها انفعالات متزنة، مما يظهر في النهاية على صورة سلوك متزن. والعكس يبدو صحيحاً في هذا السياق.

والتفكير سواء كان عقلانياً أو غير عقلاني يتم تعلمه من خلال الوسط الاجتماعي، عن طريق عمليات التعلم المباشرة وغير المباشرة، عبر التفاعلات العديدة المتنوعة من الجماعات الكثيرة، كالأسرة والأصدقاء والمؤسسات التربوية. فإذا أخذنا في الاعتبار أن الاضطراب الانفعالي أو الاضطراب السلوكي ما هو إلا اضطراب معرفي في أساسه، فإنه يمكننا حينئذ وضع تصورات علاجية، تستهدف تحويل لتلك الأفكار من إطار عدم عقلانيتها إلى إطار العقلانية.

(فتحي الشرقاوي، ٢٠٠٣، ص ١٥٩ - ١٦٠)

ولذلك بين إليس (١٩٨٧) أن العلاج الانفعالي يركز على أهمية

العناصر المعرفية في إحداث التغيير الوجداني والسلوكي، مما يتضح من خلال:

- * أن هناك تكاملاً بين المعرفة والانفعال والسلوك في إحداث الاضطراب .
- * أن المعارف الأولية ذات أهمية في إحداث الخلل الوظيفي السلوكي والانفعالي .
- * أن الإلحاحات المطلقة (الينبغيات) *Musts* والمتطلبات التي تقع ضمن الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية، يكون لها الأسبقية في إحداث القلق والاكتئاب .
- * أن التمييز بين المشاعر الصحيحة والخاطئة عملية في غاية الأهمية بالنسبة للعميل في العلاج.
- * أن تعليم العملاء عدم إصدار أحكام عامة على أنفسهم، عملية مهمة في العلاج.
- * أن تعليم العملاء استخدام الطرق العلمية في التغلب على المشكلات العصبية، عملية مهمة في العلاج. كما يفترض العلاج العقلاني الانفعالي أن الناس يقودون أنفسهم للاضطراب، من خلال التفكير في عجز الذات اللامنطقية، والطريقة غير الواقعية، خصوصاً عندما يرفع الفرد الرغبات والتفضيلات الواقعية الخاصة به إلى حد أن تكون متطلبات وضرورات ملحة ومتصلبة . وتكون بعض المعتقدات اللاعقلانية واضحة وصريحة، بينما يكون بعضها مائلاً وخادعاً *Subtle and Tricky* ومن المفترض أن هذا النوع من الأفكار عندما يعمل مع

الجمود والتفكير الاجتراري والإفراط في التشاؤم، فإنه يجعل الناس أكثر عرضة للاضطراب، وأقل مقاومة للتخلص منه . (سامي موسى، ١٩٩٧، ص ٤١ - ٦٧)

وفي عام ١٩٦٢، عرض إليس نماذج للأفكار اللاعقلانية، تضمنت "إحدى عشر" فكرة لاعقلانية، توصل إليها من خلال خبراته الإرشادية والعلاجية مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عصبية مختلفة. وذلك في بداية صياغته لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي؛ ورأى أن هذه الأفكار هي المسئولة عن الاضطرابات العصبية. وهذه الأفكار هي:

- ١- يجب أن أكون محبوباً من قبل الناس .
- ٢- يجب أن أنجز ما أقوم به بطريقة قريبة من الكمال .
- ٣- بعض الناس مخادعون وأشرار ويستحقون العقاب بسبب ذلك.
- ٤- من أكبر المصائب سير الأمور بعكس ما يتمنى الإنسان.
- ٥- أسباب المصائب خارجية ولا يستطيع الفرد عمل أي شيء حيالها.
- ٦- يجب على الإنسان أن يكون دائماً حذراً، لكي يتجنب الإخاطر التي من المتوقع أن تحدث له في أية لحظة.
- ٧- من الأفضل أن يعتمد الإنسان على الآخرين، ويجب عليه أن يحرص دائماً على وجود شخص أقوى منه لمساعدته.
- ٨- التخلي عن المسؤوليات، وتحاشي التعامل مع الصعوبات، أسهل من مواجهتها.
- ٩- ما يحدث في الماضي هو أساس السلوك الحاضر ، وهذا شيء لا يمكن تبديله .
- ١٠- يجب أن يعاني الإنسان ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات.

١١ - لكل مشكلة حل، وعلى الفرد التوصل إلى الحل ، حيث بدونه لا يمكن أن تسير الأمور بطريقة حسنة.(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، ص ٢٩٨-٣٠١؛ أشرف عبد القادر، ٢٠٠١، ص ٢١-٢٩؛ علاء فرغلي، ٢٠٠٧، ص ٢٩-٣٠)

ويمكن أن يعرض الباحث من خلال دراسته الميدانية لأهم "الأفكار الخاطئة" لدى المعاق سمعياً، والتي ترتبط بالإعاقة السمعية عنده، وينتج عنها العديد من الاضطرابات المعرفية والنفسية والسلوكية، مما تؤثر سلباً على تقبلهم الاجتماعي لدى الآخرين، ومن ثم يجب تعديلها، ومنها: -

- تجعلني الإعاقة موضع سخريه من جانب الآخرين .
- يختلف شكلي عن الأشخاص السامعين.
- يتجاهلني الآخرون نظراً لإعاقتي .
- أشعر أن مستقبلي بائس.
- من الصعب عليّ فهم المحيطين بي .
- لا فائدة من الحياة بالنسبة لي.
- عليّ أن أخفي إعاقتي عن أعين الناس .
- لست محبوباً كغيري من الأفراد عاديي السمع.
- من الصعب عليّ أداء عمل يقوم به عاديو السمع.
- أشعر بأنني أترقب حدوث كارثة.
- أنا فاشل في الدراسة .
- مهما حاولت فلن أنال ثقة عاديي السمع المحيطين بي.
- من الصعب علي الاستمرار في أداء عمل ما للنهاية.

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد وصياغة هذه الأفكار السالبة، والتركيز على هذه الأفكار من خلال استخدام أسلوب مراقبة الذات، والاسترشاد بنظرية "الحدث- المعتقد-النتيجة" "ABC" لتبصير المعاق سمعياً بمدى سالب تلك الأفكار التي يعتقدونها، وإتاحة الفرصة للفرد المعاق سمعياً للمشاركة من خلال المناقشة التي تعقب المواقف السلوكية المختلفة، مع دحض الأفكار السالبة من خلال تقديم المعلومات والأفكار الصحيحة للفرد، مع تكليفه بواجبات منزلية تساعده على توظيف ما تم اكتسابه من أفكار صحيحة، وما يرتبط بها من جوانب انفعالية وسلوكية وإحلال مواقف حياتية جديدة.

* فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي" (*):

أشار إليس (١٩٧٧) إلى بعض الفنيات التي يستخدمها ضمن عرضه لفروض نظريته، وهناك بعض الفنيات الأخرى التي أشار إليها إليس وغيره من الباحثين من خلال ممارستهم للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، وهي كما يلي :-

* **فنيات معرفية** : وأهمها ما اشتملت عليه نظرية " الحدث- المعتقد- النتيجة" "ABC" ، وهي:

- ١- المناقشة والعمل بقوة .
- ٢- الدحض والإقناع.
- ٣- التخلي عن عدم الواقعية وعدم المنطقية والوجوبية .
- ٤- تنمية القدرة على حل المشكلات. ٥- استخدام الدعابة .

* **فنيات انفعالية** : وتشمل :

- ١- تقبل العميل .
- ٢- الحث والتشجيع .
- ٣- الحوار الذاتي .
- ٤- المرح .

* (يكفي الباحث هنا بسرد الفنيات فقط، ويرجى تفصيلها ضمن فنيات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بالفصل الرابع.

٥- التنفيس الانفعالي. ٦- التمييز بين المشاعر المناسبة وغير المناسبة .

٧- تبسيط أثر الإهانة.

* **فنيات سلوكية** : تستخدم في هذا التوجه العلاجي أغلب الفنيات

السلوكية ، ومنها: ١- الواجبات المنزلية. ٢- لعب الدور.

٣- الاشتراط الإجرائي.

٤- الاسترخاء. (أشرف احمد عبد القادر، ٢٠٠١، ص٤٨ - ٥٩)

مما سبق يتضح أن هناك نوعين من المعتقدات والأفكار التي يجب على كل فرد أن يدركهما، أولهما : المعتقدات العقلانية ؛ وهي مجموعة من المعتقدات التي تشجع الفرد على البقاء والسعادة، حيث تجد دعماً واقعياً في البيئة المحيطة به، وتعبّر عن التفضيلات التي تقود الفرد إلى النضج الانفعالي، والخبرة والعمل البناء. وثانيهما: المعتقدات اللاعقلانية وهي مجموعة من المعتقدات والأفكار الخاطئة، وغير المنطقية، التي يعتقدونها الفرد، بالرغم من اتسامها بعدم موضوعيتها، لأنها تكون مبنية على التوقعات السالبة للذات والآخرين، وعلى المبالغة والتعميم.

ولقد أفاد الباحث من عرض فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لإليس، في الاعتماد على بعضها بشكل أساسي في برنامج الدراسة الحالية ، كما اعتمد الباحث على نظرية " الحدث- المعتقدات- النتيجة" *ABC* — إليس بشكل واضح في جلسات برنامج الدراسة الحالية.

ب- **العلاج المعرفي** — " بيك " *Cognitive Therapy (Beck)*

* **فلسفة العلاج المعرفي:**

يقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر فيه الناس ، وما يقولونه حول أنفسهم واتجاهاتهم وإرادتهم ومثلهم، إنما هي أمور مهمة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح . ولقد ظهر علاج **بيك** " (١٩٦٧ — ١٩٧٦) كعلاج

للاكتئاب، ولكنه الآن يمثل جانباً أساسياً من التوجهات السلوكية المعرفية لتفهم الضغوط. و "بيك" مثله مثل "إليس" فكلاهما أوضح أهمية التفكير غير المنطقي. ومع ذلك فقد وضع "بيك" أهمية كبرى على إمكانية تكيف المعتقدات من عدمه، وعلى اختبار المعتقدات والواقع من خلال الخبرة الشخصية، وعلى النقيض من ذلك، أكد "إليس" على الإقناع .

يرى بيك أن الاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها هذا الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها. وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد، بل من جانب نفس الفرد الواحد أيضاً في أوقات مختلفة. كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث. فإذا كان الإدراك مشوشاً، أي يشتمل على تشويش للواقع وتشويه ما به من حقائق، تكون النتيجة المنطقية هي حدوث الاضطرابات النفسية، وهي تعكس من وجهة نظر بيك عدم الاتساق. ولذا فإن هذا التشويش للواقع من جانب الفرد، حالة حدوث الاضطراب، يؤدي إلى حدوث درجة معينة من اضطراب التفكير، وينتج من مثل هذا التشويش أفكاراً أتوماتيكية أو تلقائية تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض، ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له. وتعد تلك الأفكار المشوهة بمثابة أفكار سالبة، تؤثر سلباً في قدرة الفرد على مواجهة مواقف وأحداث الحياة، ومن ثم في قدرته على التكيف، مما يؤدي إلى ردود أفعال انفعالية زائدة لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث. وقد لا يكون الفرد على وعى بهذه الأفكار، حتى يستطيع تحديدها، وبالتالي التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها. ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه أن يقوم بذلك بدرجة معقولة (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٦٧ - ٦٩)

ويرى بيك أن فاعلية العلاج تنشأ من التغييرات في الاتجاهات والمعارف، ولهذا اهتم بصفة خاصة بالأفكار التلقائية، وهي أفكار تقييميه مستمرة تضع الأساس لتفسير المثيرات، وهذه الأفكار يدركها الفرد بشكل ضئيل جداً، كما تخضع تفسيرات معنى الحدث أيضاً للفروق الفردية. فعلى سبيل المثال عندما يطلب شخص من أحد أصدقائه أن يتناول معه طعام الغداء، ويعتذر الآخر عن قبول الدعوة لأنه مشغول، فربما تفسر هذه الاستجابة على أنها رفض، ويستنتج صاحب الدعوة بتقييمه التلقائي أنه شخص غير مرغوب فيه، وغير جدير بالاحترام، وقد ينتهي به الحال إلى الشعور بالغضب والاكنتاب، والشعور بالعجز والنقص تجاه الشخص الآخر. فمع أن كون المرء مشغولاً يعتبر عذراً جيداً لعدم قبول الدعوة، إلا أن تفسير الموقف من منظور آخر، واعتماداً على استنتاج عشوائي، يؤدي إلى استنتاجات خاطئة. وفي هذا المثال يتبين لنا أن جوهر العلاج المعرفي هو تفسير الفرد للأحداث الدافعة، بدلاً من تفسير الأحداث نفسها التي تسبق السلوك، مما يؤدي إلى سوء التوافق .

(In:Edward, 1980, P.195)

فنحن في الحقيقة لا نستطيع أن نعزل الاضطرابات التي تصيب الأفراد عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها.

(جمعة يوسف، ٢٠٠١، ص ٩٩-١٠٠)

ويركز المعالج في معظم الحالات على الحاضر، وعلى المشكلات الحالية، وعلى مواقف معينة من تلك التي تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي، في حالة رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك. وعندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض. (Beck,1996,P.8)

هذا، وقد شهدت فترة الثمانينيات، وخصوصاً السنوات الأخيرة منها، تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه على عدد كبير من الاضطرابات، بدءاً من

العمل مع كبار السن، وحتى العمل مع مشكلات الأطفال، وهو ما لم يكن موجوداً من قبل . (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٩٩)

* أهداف العلاج المعرفي:-

- من أهم الأهداف التي يرمي إلى تحقيقها العلاج المعرفي "بيك" ما يلي :
 - تدريب العملاء على فحص أو كشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
 - تدريب العملاء على كيفية تحديد الأفكار بصورة نقدية .
 - تدريب العملاء على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السالبة، بمعتقدات صحيحة وتصورات موجبة.
 - تدريب العملاء على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السالبة، وإخراجها إلى حيز التفكير .
 - تدريب العملاء على القيام بكل ما سبق دون اللجوء إلى معالج .
- (Beck,1996,P.12)

* الخطوات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

أكد بيك على أن هناك خطوات علاجية، أهمها:

- الخطوة الأولى: صياغة مشكلة المريض، ثم تنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور المعرفي. ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عدة عوامل منها :

أ- تحديد الأفكار السالبة الحالية للمريض (من قبيل: أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شئ كما ينبغي).

ب - تحديد الأفكار التي تسهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض.

ج - التعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها(من قبيل: العزلة الاجتماعية، والتزدد، والسلوكيات التي تتفاعل مع الأفكار وتدعمها).

د- التعرف على العوامل المرسبة، والتي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض (مثلاً: حادثة محزنة).

هـ- التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر المريض من خلاله الحوادث التي يتعرض لها (مثلاً: عزو النجاح للحظ ، أو لوم النفس على الفشل).

ويقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى، ولكنه يستمر في

إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة . (Beck,1996,P.7)

- الخطوة الثانية : التعرف على الافتراضات السالبة المؤدية إلى حالة مزاجية سالبة، والتي من شأنها أن تزيد احتمالية توارد الأفكار السالبة، ومن ثم تأخذ في تفعيل دورة فاسدة من الأفكار والمزاج.

- الخطوة الثالثة: استبدال هذه الأفكار الخاطئة السالبة بأفكار صحيحة وموجبة وموضوعية. ولتحقيق ذلك يضطر المعالج إلى استخدام طرق ذات طبيعة معرفية سلوكية، ففي الجانب السلوكي يكلف المعالج المسترشد بعدد من المهام المتدرجة، التي يسعى من خلالها إلى تزويد المسترشد بخبرات ناجحة، وكذلك بعض الواجبات المنزلية. أما في الجانب المعرفي فيقوم بتدريب المسترشد على عمليات عقلية، كالتفرقة أو التمييز مثلاً بين "أنا أظن" (وهي فكرة يمكن أن تقبل التشكيك) و "أنا أعرف" (وهي حقائق لا تحتمل الرفض)، وكذلك تدريبه على عملية الفصل، أي أن يفصل العميل ذاته عن خبرات الآخرين. (محمد السيد، ١٩٩٩، ص ٤١٣)

ويهتم بيك بالأفكار التلقائية أو الأتوماتيكية السالبة، أي التي تظهر كأنها انعكاسات آلية، وتبدو معقولة جداً من وجهة نظر المريض، وبالتالي تقاوم التغيير. وتتميز الأفكار الأتوماتيكية بأنها تعكس مضامين موضوعات معينة تؤدي إلى زملة نفسية مرضية، وتكون عند حافة الوعي، وتسبق بعض الوجدانات كالغضب أو القلق أو الحزن، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان أو ذاك، وتعد معقولة من وجهة نظر المريض الذي يحاول حبسها ولكنها تلح في الظهور.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٦٠ - ٦١)

- الخطوة الرابعة: تعليم وتدريب المسترشدين على استخدام مهارات التعايش *Coping Skills* لحل المشكلات الخاصة بهم. وإكسابهم خبرات وإدراكات بشأن العلاقات الارتباطية بين تفكيرهم والطرق التي يشعرون ويتصرفون بها. (Corey, 1996, PP.338- 339)

* فنيات العلاج المعرفي :

تعتمد فنيات العلاج المعرفي عند بيك على اتجاه عقلائي وآخر تجريبي وثالث سلوكي، وذلك من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية، وملاءم الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السالبة لدى العميل، وحمل العميل على اختبار الواقع، وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على (يجب - لابد)، وصولاً إلى رؤية واقعية موضوعية بصورة موجبة .

(حسن عبد المعطي، ١٩٩١، ص ٣٨٠)

ويشير طه عبد العظيم إلى أن العلاج المعرفي يستخدم مجموعة كبيرة من الفنيات المعرفية التي تساعد العملاء على تغيير أنماط التفكير الخاطئة، والافتراضات والمخططات غير التوافقية. وإلى جانب هذا يستخدم العلاج المعرفي الفنيات السلوكية، فالمدخل العام في العلاج المعرفي ليس تفسير الأفكار التلقائية والاعتقادات غير التوافقية فقط، بل أيضاً فحصها من خلال التجريب والتحليل المنطقي. ومن هذه الفنيات، ما يلي :

* فنيات معرفية :

- ١- فنية تفسير كيف يولد التفكير المشاعر. ٢- فنية تمييز التفكير المدرك عن الواقع .
- ٣- التعرف على الأفكار السالبة وتصحيحها. ٤- فهم المعنى الخاص للأفكار .
- ٥- تصنيف الأفكار السالبة والوصول إلى دقة الاستنتاجات.
- ٦- فنية صرف الانتباه. ٧- فنية ملء الفراغ.

* فنيات سلوكية :

- ١- جداول الأنشطة . ٢- المهام المتدرجة . ٣- الواجبات المنزلية .

٤- لعب الدور . ٥- التدريب التوكيدي . ٦- التدريب على مهارات حل المشكلات . (طه عبد العظيم، ٢٠٠٧، ص ٢٥٣)

ج- التعديل المعرفي السلوكي — "ميتشنيباوم"

Cognitive Behavior Modification (Meichenbaum)

* فلسفة التعديل المعرفي السلوكي:

يرى ميتشنيباوم *Meichenbaum* أن تعديل السلوك معرفياً يتم عن طريق تقديم التعليمات للذات، والتي تتركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والنظر والاستماع جيداً قبل صدور أية استجابة، ومساعدتهم على استخدام الحوار الذاتي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الحكم على الأمور. حيث إن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسالبة، واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة موجبة. وعندما استخدم ميتشنيباوم بعد ذلك طريقة تشتمل على التعليمات الذاتية اللفظية التي يقولها المرضى لأنفسهم، وذلك لتدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم، اشتملت هذه التعليمات اللفظية المستخدمة على ما يلي:

- * إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب .

- * تعليمات أو إرشادات بأداء المهمة ببطء، مع التفكير قبل التصرف .

- * أسلوب معرفي يتمثل في التخيل، وذلك للبحث عن حل .

- * مثال لاستجابة ضعيفة أو خاطئة، يتبعها إيضاح سبب عدم ملاءمتها .

- * عبارات تقدير الذات .

- * عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل، وكيفية الوصول إلى الاستجابة المناسبة .

- * وتقوم فكرة الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض مؤداه أن

الأشياء التي يقولها

الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها.

الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٠ ص ٧٥ - ٧٦)

وبين ميتشنيباوم أن دور العوامل المعرفية في تغيير السلوك قد لاقى اهتماماً كبيراً في منتصف السبعينيات. وكان الاهتمام من خلال إسهامات بيك (١٩٧١)، وماهوني *Mahoney* (١٩٧٤)، وجولد فريد ودافيسون *Goldfried Davison &* (١٩٧٦)، وميتشنيباوم (١٩٧٧)، وظهر هذا الاهتمام واضحاً من خلال دراسات العلاج المعرفي . (Meichenbaum, 1979, P.55)

* أهداف التعديل المعرفي السلوكي:

ظهر من الملاحظات العلاجية، أن ما يردده الفرد من أقوال لنفسه عندما يواجهه موقفاً ما، يمكن أن يكون مصدراً رئيسياً للاضطراب (Meichenbaum, 1977, p.62)، وبذلك تتجه طريقة ميتشنيباوم نحو الجوانب المعرفية بأكثر من اتجاهها نحو الجوانب السلوكية. وتهتم نظرية ميتشنيباوم بما يقوله الناس لأنفسهم، ودور ذلك في تحدي سلوكهم. وبذلك يركز محور الإرشاد على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه، أي التي يحدث بها نفسه، بشكل مباشر أو بشكل ضمني، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلاً من السلوك والانفعالات غير التكيفية. وبذلك ينصب العلاج على التعامل مع مواقف المشكلات التي يواجهونها، بالإضافة إلى إمكانية استخدام الأساليب الخاصة بمنهج ميتشنيباوم الذي يدمج الأساليب السلوكية المعروفة، مع الطرق الخاصة بإعادة البناء المعرفي . (Patterson, 1986, P.64)

وقد أوضحت رتيبة عوض أن كل جلسة علاجية معرفية سلوكية

تتكون من مزيج من أربع مكونات علاجية أساسية وهي :-

أ- تقديم معلومات عن الاضطراب النفسي، مما يساعد العملاء على فهم العمليات الباعثة المحفزة لمشاعر التوتر والقلق. فغالباً لا يدرك العملاء أن لهم دوراً في

تَعْقِيد مشكلاتهم. وبمجرد إدراك ذلك يبدأ العملاء في التغييرات الموجبة. فإن معرفة ما يحدث لدى هؤلاء الأفراد يخفف من إحساسهم بالاضطراب النفسي .

ب - **تعلم مهارات المواجهة:** وذلك بتدريب العملاء على بعض المهارات اللازمة للتحكم في الضغط النفسي، وتقليل التوتر والقلق؛ مثل تعديل بعض الأفكار الخاطئة ، مما يساعدهم على الإحساس بسيطرتهم على أعراض التوتر والقلق. وتختلف هذه المهارات التي تقوم على المواجهة عن المهارات الأخرى التي تفتقر إلى المواجهة، مثل استخدام المهدئات، أو تفادي وتجنب المواقف التي تبعث على القلق أو التوتر.

ج- **وضع بعض المهام السلوكية المنزلية:** يتم تحديد التوقعات في مرحلة مبكرة، وهي أن المعالج لا يستطيع سوى تقديم التدريب والنصيحة، وأن العميل مسئول عن تجميع وتطبيق تلك المعلومات. وبالإضافة لممارسة المساعدة الذاتية، فإن العملاء مع المعالج يضعون لأنفسهم بعض المهام المنزلية لإنجازها قبل الجلسة التالية. وبالنسبة للعملاء الذين يعانون من انخفاض مستوى التقبل الاجتماعي فإن هذه المهام تتضمن مراقبة الذات والحوار مع الذات، بالإضافة إلى مراقبة مستوى التقبل الاجتماعي، وتغيير الأفكار الخاطئة .

د - **مقابلة بعض الأفراد من أصحاب المشكلات المتشابهة:** عادة ما يشعر العميل أنه الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة ، وبمقابلة بعض الأفراد الذين يعانون من نفس المشكلة يقل شعور الفرد بالوحدة والاختلاف عن الآخرين؛ وقد يساعد ذلك على الحد من التوتر. وأيضاً تقدم الجماعة للفرد الفرصة لمشاركة الخبرات، كما توفر نظام اجتماعي سائد. (رئيقة عوض، ٢٠٠٠، ص ٦٨)

* الخطوات العلاجية في التعديل المعرفي السلوكي:

يقدم التعديل المعرفي السلوكي العديد من الطرق العلاجية، والاستراتيجيات المعرفية، ووجهات النظر المختلفة، عن الدور المعرفي في تغيير السلوك. على سبيل المثال: قائمة المعتقدات ومهارات التعامل، والتعليمات الذاتية، وأسلوب حل المشكلات. وتركز كل الإجراءات العلاجية على الاستراتيجيات المعرفية للعميل.

المشكلات. وتركز كل الإجراءات العلاجية على الاستراتيجيات المعرفية للعميل.
(Meichenbaum, 1979, P.55)

ويلخص مايكل وآخرون أهم الخطوات العلاجية للتعديل المعرفي

السلوكي في هذه الخطوات الثلاث:

١- تدريب الفرد على إدراك وتحديد الأفكار غير المنطقية (التقرير الذاتي)
٢- يشكل المعالج السلوك الملائم، ويعبر عن أساليب التكيف الفعالة التي توجه كل من الأداء والتقرير الذاتي، والتي تعزز من الكفاءة الشخصية، وتواجه الفشل والإخفاق .

٣- بعد ذلك يقوم الفرد بأداء السلوك المطلوب، أولاً أثناء تعبيره عن التعليمات الذاتية الملائمة، ثم استعادتها بشكل مستتر مرة أخرى. ويقوم المعالج في تلك المرحلة بالمساعدة. على أن يحل حديث الذات (الذي يؤدي إلى حل المشكلة) محل المعرفة التي ينتج عنها القلق، والتي كانت مصاحبة لهذا التصرف .

(Michel et al., 1990, P.25)

ويوضح كوري هذه الخطوات بشئ من الإيضاح والتفصيل، مبيناً أن

العملية العلاجية ، وفقاً لهذا التوجه العلاجي، تتضمن مراحل ثلاث هي:

١- ملاحظة الذات .

٢- توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة .

٣- تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير .

وفيما يلي عرضاً لهذه المراحل بإيجاز :

١ - ملاحظة الذات: وفي هذه المرحلة يحاول العميل تحديد ما لديه من أحاديث ذاتية

سالبة، أو تخيلات غير مناسبة، كما يركز على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفسيولوجية، وما يتصل بعلاقاته الشخصية من سلوكيات. ويساعد ذلك بطبيعة الحال على إعادة تصوره للمشكلة، وإعادة تعريفها، بما يساعده على الفهم الدقيق لتلك المشكلة، والذي يصل العميل إليه من خلال توجيهات وإرشادات المعالج.

وتعطي إعادة التصور هذه معان جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات .

٢- توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة : وبدرك العميل خلال هذه المرحلة أن ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن يعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها، على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي في الانتباه والتقدير والاستجابات الفسيولوجية، واستثارة سلوكيات جديدة تؤثر على أبنية العميل المعرفية، وتؤدي إلى تغيير سلوكياته المشكلة .

٣- تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير: وتتضمن هذه المرحلة قيام العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية. ولا يكفي التركيز على المهارات السلوكية فقط، بل يتم التركيز أيضاً على الأحاديث الداخلية الجديدة للأبنية المعرفية الجديدة، ومن ثم يحدث تطوير للجوانب المعرفية التي تتطلب التغيير. (باترسون، ١٩٩٠، ص ١٢٣-١٢٤؛ عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ص ٧٦ - ٧٧

؛ (Corey, 1996, pp. 337-338)

* فنيات التعديل المعرفي السلوكي :

أهم هذه الفنيات ما يلي:

- ١- تعليمات الحديث الذاتي .
- ٢- الفنيات المتضمنة في برنامج مهارات التعايش *Coping Skills Programm* وعلى رأسها تدريبات التحصين التدريجي ضد الضغوط *Stress Inoculation*، والتي تستخدم فنيات معرفية وسلوكية مثل:

- الحوار السقراطي.
- إعادة البناء المعرفي.
- مراقبة الذات.
- أسلوب حل المشكلة.
- تدريبات الاسترخاء المتنوعة.
- البروفة السلوكية.
- تعزيز الذات.
- المهارات الاجتماعية.
- لعب الدور
- تعليمات إدارة الوقت.

(Corey,1996,P.348)

ويرى الباحث أنه بالرغم من تعدد التوجهات الإرشادية والعلاجية المعرفية السلوكية، إلا أنها تتفق في تقديم منهج منظم في التعديل المعرفي، يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة . وقد أمكن لإسهامات النظرية المعرفية السلوكية أن تطوع بعض الأساليب الفنية، بهدف تعديل أنماط التفكير الخاطئة ، ومن ثم تعديل السلوك. وسوف يعرض الباحث لأهم الاستراتيجيات والفنيات التي استخدمها في دراسته الحالية ، والتي تنبثق من مجمل الاستراتيجيات والفنيات العلاجية التي قدمتها التوجهات الثلاثة التي تم عرضها، وهي توجهات كل من إيس، وبيك، وميتشنيباوم في العلاج المعرفي السلوكي. وسوف يتم عرض هذه الفنيات ضمن البرنامج العلاجي في الفصل الرابع.