

الفصل الثاني

obeikandi.com

مقدمة:

إن الأطفال ذوي الاحتياجات العقلية يعانون من كثير من المخاوف المرضية والتي تظهر، في صورة مشكلات سلوكية ناتجة عن هذه المخاوف ، تكون سبباً في اختلاف تفكيرهم وسوء صحتهم العقلية ، خاصة وإن الخوف قد أصبح مظهرًا من مظاهر الحياة الحديثة والطفل أو المراهق أو الراشد لا تخلو حياتهم من المخاوف المرضية ، ولكن الفرق بين كل منهم هو فرق في الدرجة وفي أسباب مثيراته ومظاهر التعبير عنه (انتصار يونس ، ١٩٤٨ ، ١٤٩). ولذلك فقد رأى الدارس أنه من الأهمية أن يتناول دراسة هذه المخاوف المرضية لدى هذه الفئة وكيفية تخفيفها من خلال برنامج تدريبي سلوكي يتمثل في مجموعة من الجلسات التي تهدف إلى التخفيف من حدة هذه المخاوف المرضية . ولكي تتضح حدود الدراسة ومعالمها ، فإننا في الفصل الحالي سوف يتناول بالشرح والتحليل ما يلي:

أولاً: المفاهيم والمصطلحات الآتية:-

١- الخوف المرضي.

٢- المعاقون عقليًا القابلين للتعلم.

٣- البرنامج التدريبي السلوكي.

الخوف المرضي:

ليس هناك من انفعال يكثر تعرض الطفل له أكثر من الخوف ، وإنه يمكن أن تثيره أسباب غامضة عسيرة التحديد ، وهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالانفعالات الأخرى ، كما إنه يلعب دوراً يبلغ من الأهمية في تكوين شخصية الطفل حدًا يتطلب أكبر قسط من العناية به وتدريب أمره (دوجلاس توم، ١٩٦٩، ١٤٢) ويلعب

الخوف المرضي دورًا قويًا في تحديد السلوك للفرد المصاب به ، ويعتبر من أكثر الاضطرابات التي تصيب الأفراد نظرًا للتطورات الانفعالية والجسدية والسيكولوجية التي يمرون بها ، والخوف المرضي خوف غير عقلائي وغير منطقي من أشياء لا تكون مضرّة أو مسببة لأي حوادث أو أضرار.

وهو خوف مفرط ، ومتواتر، وغير معقول بالنسبة للفرد الذي يقع ضحية له فهو رجح غير مناسب مع الظروف أو الموضوع الذي يسببه ، وقد لوحظ منذ أيام الطبيب اليوناني أبو قراط ، أن معظم الناس حتى الأصحاء منهم قد يعانون من بعض المخاوف المرضية غير المعقولة ، واستنبط مصطلح الخوف المرضي من الكلمة اليونانية التي تعنى الهروب أو الرعب أو الهلع.

(هارتين هيربرت ، ١٩٨٠ ، ١٨٥ ، ١٨٦).

ويرى (عبد الله السيد عسكر ، ٢٠٠٠ ، ٢٠٥) الخوف المرضي "بأنه خوف شديد من موضوعات لا تثير الخوف في الغالب مثل الخوف من الأماكن المتسعة والأماكن المزدحمة ، والحيوانات بأنواعها ، والطيور ، والمطروما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف الشديد أو الزعر الذي يصيب الفرد المصاب بالمخاوف المرضية التي يصابها حالة من القلق الشديد في محاولته لمواجهة الفوبيا ، ونظرًا للآلام الحادة التي تسببها حالة القلق المصاحب للفوبيا فإن الفرد يميل إلى تطوير إستراتيجيات التجنب مما يجعله مقيدًا ومعزولاً ويضعف من المشكلة .

ويرى فيلدمان (feLdman, 1996, 545) الخوف المرضي "بأنه عبارة عن مواقف شديدة لا عقلائية من مواقف أو أشياء غير محددة مثل الخوف من الأماكن

المغلقة ، والخوف من الأماكن المرتفعة ، والخوف من الغرباء .
(feLdman,1996,545)

ويؤكد (محمود جمال أبو العزائم ، ١٦٠ ، ١٩٩٩) الخوف المرضي بأنة "عبارة عن حالة من الخوف المستمر غير المنطقي ، وغير القابل للسيطرة عليه من شيء ما أو موقف ما أو نشاط ما .

ويعرفه (عبد الستار إبراهيم ، رضوى إبراهيم ، ٢٠٠٣ ، ٥٢٢) بأنة عبارة عن "خوف شديد ليس له ما يبرره وأن الشخص يعرف ذلك ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة بما ينتهي به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية .

ويعرف الخوف المرضي أيضا بأنه عبارة عن "خوف ورعب شديد مبالغ فيه وغير منطقي وغير معقول من موضوع أو موقف ما ، ولا يمثل في حد ذاته أي مصدر للخطر مع علم المريض وإدراكه بأن هذا الخوف ما هو إلا فكرة متسلطة ليس منة خطر أو أذى حقيقي ، ومع ذلك فإن هذا الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه ويجبره على تجنب مثل هذا الموضوع .

(عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٦٨ ، ١٣٧) (حامد عبد السلام زهران ، ١٩٧٥ ، ٣٩٢+١٩٧٨ ، ٤١٩) ، (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٢ ، ١٤٢) ، (حسن مصطفى عبد المعطى ، ١٩٩٨ ، ٣٥٤) ، (فيوليت إبراهيم ، وعبد الرحمن سليمان ، ١٩٩٨ ، ٩١) .
ويعرف بأنه خوف مرضى من موضوع ، أو شيء ، أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأسويائهم ، ومن هذا أكتسب طابعة المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة (فرج عبد القادر طه ، وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ٦٤٢)

ويعرف الخوف المرضي أيضًا بأنه خوف لا مبرر له من شيء أو عمل ما .
فصفة الخوف تعزى هنا إلى حقيقة هي إنها متأصلة في عقد الطفولة فما يخشى
منة المرء شعوريًا يرمز إلى شيء مكبوت قد يكون إما خبرة واقعية ، وإما أن يكون
في كثير من الأحيان حالة انفعالية يحس بها كخطر يهدد شخصيته كلها (يوسف
ميخائيل أسعد، ١٩٩٨، ١١١).

ويعرف الخوف المرضي أيضًا بأنه "حالات من القلق ارتبطت بموضوعات
محددة تتميز بخوف غير معقول من ذلك الموضوع كالخوف المرضي من الأماكن
المغلقة والذي هو عبارة عن الخوف من البقاء في أماكن ضيقة ومغلقة والذي يجعل
بعض الأفراد غير قادرين على البقاء في غرفة مغلقة الأبواب ومسدلة بالستائر
أو الصعود في المصاعد الكهربائية.

(عبد الرحمن عدس ، ومحى الدين توفيق ، ١٩٩٥، ٣٧٦).

ومن وجهة النظر التحليلية تعرف المخاوف المرضية "بأنها نوع من
العصاب عرضة الغالب الخوف المرضي السابق من شيء أو موقف معين يثير
رغبات مكبوتة عادة أوديبية كما يثير الدفاعات ضد هذه الرغبات .

(عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٦١٣).

واتفق كل من حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨، ٤١٧)، محمد عبد الظاهر
الطبيب (١٩٨٢، ١٤٣) في تعريفهم للخوف المرضي على إنه خوف دائم من وضع
أو موضوع شخصي ، أو شيء ، أو موقف ، أو فعل ، أو مكان غير مخيف بطبيعته
ولا يستند إلى أساس واقعي ، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه
ويكون غير واضح وغير عقلائي ولا يعرف المريض له سببًا .

وتشير آمال أباظة (٢٠٠٢، ١٨٤) إلى الخصائص العامة للتعريفات والمفاهيم العديدة التي تعرضت لتعريف المخاوف المرضية فيما يلي:

- تكثر المخاوف المرضية في الطفولة ولكنها تحدث في جميع مراحل الحياة.
- يرتبط الخوف المرضي أو الفوبيا بموقف لا يمثل خوفًا حقيقيًا وموضوعيًا أو شديدًا للشخص .
- مصدر الفوبيا أحيانًا من مثيرات بيئية خارجية وأحيانًا من تفكير الشخص وتخيالاته حول ذاته وظروفه الصحية.
- يظهر الخوف المرضي (الفوبيا) في صورة مبالغ فيها وشديدة لا تتناسب مع مصدر الخوف سواء كان داخليًا أم خارجيًا .
- يؤدي الخوف المرضي إلى تجنب الفرد لموضوع الخوف وما يتصل به من مثيرات أخرى لعجزة عن مواجهة هذه المخاوف .
- تعتبر المخاوف المرضية هي بداية حدوث الاضطرابات الوجدانية بأكملها فيما بعد طبقا ليكانيزم العزل أو التجنب الذي قدمه صلاح مخيمرورأي دروثي رو .
- تنشأ المخاوف المرضية من مفاهيم ومعتقدات وأفكار خاطئة ترتبط بموقف (مثير) الخوف وبذلك فهي مكتسبة وتعتبر هذه وجهة النظر المعرفية .
- يتم إزاحة الخبرة المخيفة من الموضوع الأصلي إلى الموضوعات البديلة التي ترمز له .
- يشعر الفرد بأن خوفه مبالغ فيه وخاطئ ولكنه يعجز عن التخلص منه أو مقاومته .

الفرق بين الخوف العادي والخوف المرضي:

الخوف العادي انفعال طبيعي في الإنسان وهو يؤدي وظيفة هامة فهو يدفعه إلى الهرب من الخطر، والحذر منه فيعيّنه ذلك على حفظ حياته غير أنه كثيرًا ما يتجاوز الخوف هذه الوظيفة الهامة فيصبح سببًا لإلحاق الضرر بحياته.

(محمد عثمان نجاتي، ١٩٧٨، ١١)

ويرى توماس أولندك أن الخوف استجابة انفعالية طبيعية للتهديد الحقيقي، أو التخيل من موقف ما، وكل طفل تعلم درجة ما من الخوف أثناء نموه من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، وتختلف هذه المخاوف في شدتها واستمراريتها، وعادة تكون هذه المخاوف معتدلة ومرتبطة بالمرحلة العمرية، كما إنها تكون وقتية، ولكنها إذا زادت في شدتها واستمراريتها فإنها تتطور إلى الفوبيا. (OLLendick,T,1979,127)

والخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضًا لدى الكائنات الأخرى، والخوف انفعال قديم وشائع بدأ مع الإنسان منذ بدء الخليقة، وكما يخاف الإنسان في طفولته وكبره تخاف بقية المخلوقات، ويظهر خوفها في مظاهر مألوفة وغير مألوفة (ذكرها أحمد الشريبي ١٩٩٤، ١١٣).

ويفرق خليل ميخائيل معوض (١٩٩٤، ٢٨٦-٢٨٧) بين المخاوف العادية الموضوعية ، والمخاوف الذاتية المرضية كالتالي :-

- المخاوف العادية هي مفيدة أحياناً في وقاية الفرد وحمايته ، ودفع الأذى عنه وتجنبه الكثير من المخاطر.
- أما المخاوف الذاتية المرضية فهي مخاوف غامضة ، وغير منطقية لا يعرف لها سبب واضح لأنها أصبحت في دائرة اللاشعور فلا نستطيع التخلص منها إلا بطرق العلاج المعروفة ، والمخاوف المرضية قد تكون نتيجة خبرات مؤلمة أو أحداث مفزعة .

ويفرق حامد زهران (١٩٧٤) بين الخوف العادي والخوف المرضي ويعرف الخوف العادي بأنه خوف غريزي بمثابة حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف من مثيرات مخيفة فعلاً مثل: حيوان مفترس حين يشعر باقترابه ينفعل، ويخاف، ويقلق، ويسلك سلوكاً ضرورياً للمحافظة على الحياة وهو الهرب.

فالخوف العادي إذن خوف موضوعي، أو حقيقي (من خطر حقيقي)، وأما الخوف (الخوف المرضي) فهو خوف شاذ ، ودائم، ومتكرر، ومتضخم، مما لا يخيف في العادة ، ولا يعرف المريض له سبباً .

وقد يكون الخوف عاماً غير محدد وهمي ، أو غير حسي : كخوف المريض من الموت أو العفاريث... إلخ، ويطلق على الخوف اسم (استجابة الخوافي) وهو خوف مرضى دائم من وضع أو موضوع (شخصي ، أو شيء ، أو موقف، أو فعل، أو مكان) غير مخيف بطبيعته ، ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه ، أو السيطرة عليه ، ويعرف المريض على إنه غير منطقي ورغم هذا

فإن هذا الخوف يتملكه ، ويحكم سلوكه ، ويصاحبه القلق ، والعصبية ، والسلوك القهري (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠٣، ٢٨٥).

والخوف هو تعرض الفرد لإحساس خاص بالتهديد ، وله أربع متغيرات تحيط به ، وتساعد على توحيده وهى :- (العناصر المعرفية - العناصر الجسمية - العناصر الانفعالية - العناصر السلوكية) ، (ألفت حقي ، ١٩٩٥ ، ٥٠)

والخوف أيضاً هو استجابة انفعالية لخطر مهدد ، ويتمثل تأثيره الفسيولوجي في تهيئة الكائن الحي للعراك أو الجري ، ويتضمن الهرب زيادة في الأدرينالين بالدم مما يعمل على ارتفاع ضغط الدم ، كما يساعد على إحداث الجلطة في حالة الإصابة بجراح ، وكذلك ينسحب الدم من سطح الجسم إلى الأعضاء الداخلية محدثاً شحوباً في اللون وينطلق السكر الكبدي المخزون بالعضلات ليوفر قدرًا أكبر من الطاقة ، أما القلب فتزداد دقاته وتشد في قوتها كما تتوقف العملية الهضمية (يوسف ميخائيل أسعد ، ١٩٩٨ ، ٥٠).

كما يعرف الخوف بأنه حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف ، ويسلك فيها سلوكا يبعده عادة عن مصدر الضرر ، وينشأ ذلك عن استعداد فطري (اشرف محمد عبد الغني ، ٢٠٠٠ ، ٦٤).

والخوف هو انفعال في النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكروه ، أو يفوت من المحبوب ، وجاء للخوف عدة معاني أخرى بأنه (خاف) - خوف ، ومخافة وخيفة : توقع حلول مكروه ، أو فوت محبوب ويقال : خاف منه ، وخاف عليه فهو خائف (المعجم الوجيز، ٢٠٠٣، ٢١٤).

والخوف عبارة عن حالة داخلية مستنبطة، ويتم تمثيلها في أغلب الأحوال بواسطة سلوك الإحجام، وله بعض الفوائد الإكلينيكية المتمثلة في وجود مظاهر سلوكية قابلة للقياس مثل التعابير الشفهية والوجهية، وكذلك تغيرات تخطيط القلب الكهربائي (EKG) (عبد المجيد سيد أحمد، وآخرون، ٢٠٠٣، ٢٥٥)

والخوف العادي هو انفعال أساسي في حياة الإنسان، وهو من أكثر الحالات الانفعالية شيوعاً فلا تخلو حياة إنسان من الإحساس بالخوف، أو القلق أو الحذر، أو الترقب، والتوقع، والتوجس، فنحن نقلق على كل شيء في حياتنا العملية تقريباً كبر هذا الشيء أم صغره (حسن مصطفى عبد المعطي، ٢٠٠٣، ٢٨٠)

والخوف هو حالة من التوجس أو الاستجابة لموقف مهدد وخطر، ومن ناحية ثانية يستخدم مصطلح الرهاب للدلالة على خوف لا عقلاني شديد ومستمر وغالباً ما يعتبر الخوف على أنه مستوى منخفض وواقعي من الاستجابة لتهديد أو خطر في حين الاستجابات الرهابية تكون غير واقعية، وكثيراً ما تكون متطرفة وشديدة (عبد المجيد سيد أحمد وآخرون، ٢٠٠٣، ٢٥٦)

ويمتاز الخوف المرضي بقدرته على أن يسبب درجة كبيرة من القلق لصاحبه مما يجعل المريض عاجزاً عن احتمال الموقف، وكذلك فإن مبلغ ما يشعر به المريض من خوف قوى يفوق مقدار ما قد يوجد في الموقف أو الحدث أو الموضوع المخيف من خطر حقيقي، أو تهديد حقيقي لحياة الإنسان أو إيدائه.

(عبد الرحمن محمد العيسوي، ٢٠٠١، ١٧٩).

ويعرف الخوف المرضي من الناحية الإجرائية: بأنه انفعال داخلي يشعر به الإنسان وتثيره المواقف الخطرة والمؤلمة ويسلك فيه سلوكاً يعتقد أنه يُنجيه

من أخطار هذا الموقف ، وقد يصاحب هذا الخوف المرضي مظاهر فسيولوجية أو جسمية مثل تصبب العرق ، والرعدة ، وسرعة خفقان القلب ، وتقلص في المعدة وإغماء ، وتبول غير إرادي .

أسباب المخاوف المرضية

إن أسباب الإصابة بالفوبيا غير معروفة على وجه الدقة بالنسبة لجميع الحالات ، هناك بعض الحالات التي تصاب بالفوبيا عقب التعرض لحادث معين تعقبه الإصابة مباشرة (عبد الرحمن محمد العيسوي ، ٢٠٠١ ، ١٧٩ ، ١٨١) وقد ترجع المخاوف المرضية إلى ثلاثة أسباب محتملة :

- خبرة مروعة ، وفي معظم الحالات يكون المريض قد نسيها .
- استجابات شرطية في موقف يؤدي إلى الخوف في الغالب في الطفولة المبكرة .
- إسقاط رمز لخوف عام أو لصراع عام في معظم الحالات ينسى المريض السبب الحقيقي .

(عبد الرحمن محمد العيسوي ، ١٩٨٤ ، ١٤٨)

وهناك أربعة ظروف تنشأ فيها الفوبيا :

- قد تنشأ الفوبيا باعتبارها خبرة اشتراطيه شديدة في الحياة المبكرة للفرد .
- وعادة ما تكون استجابة الخوف نتيجة إزاحة مخاوف عامة إلى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه .
- قد تنشأ الفوبيا لحماية المريض من الرغبات اللاشعورية المستهجنة .
- وأخيراً قد تظهر الفوبيا وبخاصة تلك التي من نوع وسواسي نتيجة للشعور بالذنب من سلوك معين يعتبره المريض سلوكاً آثماً . (والتركوفيل

وآخرون، ١٩٨٦، ١٧٦، - ١٧٧)، ويتفق مع ذلك (مصري عبد الحميد حنورة

(٣٣، ١٩٩٨

وترجع المخاوف المرضية إلى الخبرات الشرطية البغيضة في المواقف المختلفة بالإضافة إلى الخبرات المعرفية وإن الخبرات الشرطية تنتج أعراضاً فسيولوجية أكثر شدة من الخبرات المعرفية التي يكتسبها الفرد .

(Merckelbach, H. et al, 1989, 658)

ويشير (حامد عبد السلام زهران، ١٩٩٧، ٥٠٥) إلى عدة أسباب وعوامل

للمخاوف المرضية هي :-

- الظروف الأسرية المضطربة.
 - خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد .
 - القصور الجسمي ، والقصور العقلي ، والرعب من المرض.
 - الفشل المبكر في حل المشكلات .
 - الشعور بالإثم وما يرتبط به من خواف .
 - وقد يكون الخواف دفاعاً لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستهجنة جنسية أو عدوانية في الغالب.
 - وتلعب حيلة الإزاحة دوراً دينامياً فعالاً في الخواف ، حيث تزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لاشعورية .
- من خلال هذا العرض لأسباب المخاوف المرضية نستنتج أن من الأسباب

التي تؤدي إلى ظهور المخاوف المرضية لدى الفرد ما يلي :-

١. أسباب تتعلق بالبيئة المحيطة بالفرد.

٢. أسباب تتعلق بأساليب المعاملة الوالديه .

٣. أسباب تتعلق بالمخاوف المرضية نفسها .

٤. أسباب تتعلق بالمريض كوسيلة لحمايته .

انتشار المخاوف المرضية :-

من أمثلة المخاوف المرضية الشائعة والمنتشرة والتي اتفق عليها كثير من علماء النفس . الخوف من الأماكن العالية ، والأماكن المفتوحة ، والأماكن المغلقة والخوف من العواصف ، والرعد ، والبرق ، والخوف من رؤية الدم ، والخوف من التلوث ، والخوف من الظلام ، والخوف من الوحدة ، والخوف من الزحام ، والخوف من المدرسة ، والخوف من الحيوانات (حسن مصطفى عبد المعطى ، ٢٠٠٣ ، ٢٨٩ - ٢٩٠) ، ويقرر أصحاب نظريات التحليل النفسي إلى أن البيئة هي سبب المخاوف كما إنها تساعد على وجودها حيث يفترضون أن المخاوف متعلمة من المحيط البيئي ، وأن هناك بعض الأفراد يكتسب مخاوف غير واقعية ، وآخرون لا يكتسبونها على الرغم من أنهم يعيشون في نفس الظروف البيئية (DAVISON, G, Nealed, 1978, 159) . ويشير (عبد المجيد سيد أحمد وآخرون ٢٠٠٣ ، ٢٦٢ - ٢٦٣) إلى أن الدراسات التي أجريت حديثاً أكدت أن العدد الإجمالي للمخاوف يقل مع التقدم في العمر .

أعراض المخاوف المرضية :

يشير خليل ميخائيل معوض (١٩٩٤ ، ٢٨٥ - ٢٨٦) أنه عند الخوف تعبئ إمكانات الفرد الفسيولوجية بهدف الحفاظ على الذات ، بحيث يصبح الكائن الحي في حالة تأهب وتيقظ ونشاط ، ويلخص (حامد عبد السلام زهران ، ١٩٩٧ ، ٥٠٦) أعراض المخاوف المرضية في الآتي :-

- القلق والتوتر.
- الأفكار الوسواسية والسلوك القهري.
- السلوك التعويضي مثل : النقد ، والسخرية، والتحكم ، وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
- ضعف الثقة بالنفس ، والشعور بالنقص ، وعدم الشعور بالأمن، والتردد وإضاعة الوقت بعمل ألف حساب لكل أمر، والجبن وتوقع الشر، وشدة الحرص، أو التهاون والاستهتان، والانذفاع ، وسوء السلوك.
- الإجهاد، والصداع، والإغماء، وخفقان القلب، وتصبب العرق، والتقيؤ، وآلام الظهر، والارتجاف، واضطراب الكلام، والبول أحياناً .
- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي ويصبح الخواف عائقاً معجزاً .

الخصائص الإكلينيكية لأعراض الخوف:

يشير حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٣، ٢٩٠، ٢٩٤-٢٩٤) إلى الخصائص

الإكلينيكية لأعراض الخوف والتي تظهر في عدة متغيرات من أهمها :

١- التغيرات المعرفية:

تظهر القسمة العقلية المعرفية للخائف على النحو التالي:

- بالنسبة للإدراك : في حالة الخوف لاستطيع الخائف إدراك جميع ما يصل إلى حواسه من إحساسات.
- بالنسبة للتذكر : تضعف الذاكرة عند الشخص الخائف وسرعان ما ينسى الأشياء الأساسية في حياته .
- بالنسبة للتفكير : إن الشخص الخائف لا يستطيع ترتيب أفكاره أو حتى يراعى المنطق في النسق الفكري الذي يتبعه .

٢- التغيرات الوجدانية :

تتميز الحالة الوجدانية للإنسان عند الخوف بما يلي:

- التقلب الوجداني : فالشخص الخائف لا يتسم بالثبات الانفعالي .
- التذبذب بين الخوف والقلق .
- التشنجات الانفعالية .
- كثرة الأحلام المزعجة .

٣- التغيرات الجسمية والفسولوجية .

هناك تغيرات جسمية تظهر على الإنسان في حالة الخوف نلخصها فيما يلي:-

- يحدث تغير في ملامح الوجه : كاتساع العينين وإنفراج الجفون ووقوف شعر الرأس وعض اللسان.
- يحدث تغير في لون البشرة : تحول لون البشرة إلى اللون الأصفر.
- اضطراب حركات الجسم والأطراف : ضعف أطراف الخائف حيث لا يستطيع أن يحمل شيئاً أو أن يقف على رجليه .
- يحدث تغير في الصوت : ويجف لعابه ويصاب بالحبس .
- تحدث تغيرات فسيولوجية : كتغير في سرعة ضربات القلب والدورة الدموية وزيادة في ضغط الدم واضطراب التنفس وتدفق هرمون الأدرينالين وحدوث تقلصات عضلية ونشاط الجهاز العصبي.
- بالنسبة للسلوك : يميز الخائف بضعف الإرادة وعدم القدرة على أداء العمل ومواصلته ، والشك في الآخرين.

- ضعف الأداء والإنجاز: فالخوف لا يحفز على الإبداع وإنجاز الأعمال .
- ضعف العلاقات الاجتماعية: فالشخص الخائف يكون في حالة توجس وترقب وحرص عند التعامل مع الآخرين.

تصنيف المخاوف المرضية:

اتفق كل من أحمد فهمي عكاشة (١٩٩٨)، ألفت حقي (١٩٩٥)، حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨)، محمود جمال أبو العزائم (١٩٩٩) على تقسيم المخاوف المرضية من خلال تصنيفها إلى :

١- رهاب الخلاء (الساحة أو الأماكن المتسعة) (*Agoraphobia*) :

وهو مجموعة محددة نسبياً من اضطراب الرهاب وتشمل : مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر بعيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، وهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة وأغلب مرضاه من النساء ، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر .

٢- رهاب اجتماعي (*Social phobia*):

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية ، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد ، وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول .

٣- رهاب محدد (منفرد) (*Specific(isolated)phobias*):

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانات والأماكن المرتفعة ، والرعد، الظلام ، الطيران، الأماكن المغلقة، التبول أو التبرز في مراحيض عامة ، تناول مأكولات بعينها، طب الأسنان، منظر الدم أو الجروح

والخوف من التعرض لأمراض معينة ، وبالرغم من أن الموقف المثير محدد، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما في حالات رهاب الخلاء، أو الرهاب الاجتماعي وتبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها .

وقد صنف (عبد الفتاح محمد دويدار، ٢٠٠٦، ٢٠٩، ٢١٤) المخاوف المرضية إلى ثلاث هي :

١- مخاوف المثيرات الواضحة الصريحة :

إن هذا الضرب من الفوبيا هو أشبه ما يكون بالأعصاب الصدمي الذي تدفع إلى ظهوره تجربة أليمة تتضمن معنى الصدمة العاطفية أو الانفعالية البالغة الشدة والوقوع على النفس ، وهو ضرب من الأعصاب المتضمن لمعنى الاستجابة الشرطية حيث يواصل الفرد رد فعل المثيرات الحاضرة المماثلة لمثيرات الماضي وهو لا يزال متأثراً بتجربة اختبرها في الماضي .

٢- مخاوف المثيرات واضحة الرمزية :

إن مثيرات الخوف في هذا الضرب من الفوبيا هي مجرد رمز أو شعار مادي يمثل أمراً معنوياً إلا أن رمزيته واضحة المعنى وضوحاً يسهل معه نسبياً تبين ما يمكن أن تشير إليه مثيرات الخوف هذه من تجربة ماضية عاناها الفرد ، وقد خلفت فيه أثراً بليغاً .

٣- مخاوف المثيرات مبهمه الرمزية :

وهو ضرب من الفوبيا ينبعث في الخوف بفعل مثيرات رمزية غامضة معانيها لا تكشف عن رموز إليه بصورة يسهل تبينها نسبياً، فالخائف في هذه

الحالة يكون خائفاً من دوافع وميول له تتنافى مع دوافع وميول أخرى يملئها عليه ضميره ، ويحتمها المجتمع المثالي .

تصنيف المخاوف تبعاً للمراحل العمرية :

تشير (آمال عبد السميع أباطة (١)، ٢٠٠٣، ١٠٧، ١٠٨) إلى أنه ظهر اتجاه يؤلف بين آراء من يروا المخاوف المرضية لها أساس فطري ومن يروا أنها مكتسبة وذلك باختلاف المخاوف تبعاً لاختلاف وتغير المرحلة العمرية، ومن أشهر علماء هذا الاتجاه "وولمان" حيث صنفها إلى ثلاث مستويات :

- مخاوف ميلاده .

- مخاوف مرتبطة بمراحل النمو.

- مخاوف ناتجة عن خبرة صادمة (تشريطية).

وقد قسم (حسن مصطفى عبد المعطى ٢٠٢٤، ٢٨٧) الخوف إلى قسمين،

١-خوف معتدل: وهو يختلف في شدته تبعاً للمثير إذ تكون مصادره

واضحة كالخوف من النار أو الأسد غير المقيد ، أو من

سيارة مسرعة نحو الفرد وهذا الخوف وإن كانت

درجته عالية لكن عدد مرات تكراره ترجع إلى

الصدفة.

٢-خوف مرضى : قد يتمثل في انطواء الفرد وعدم جرأته أو تهته في

الكلام ومثل هذا الخوف يجهل المريض مصدره

وأسبابه الرئيسية وهو خوف شاذ يعجز الفرد عن

التخلص منه أو التحكم فيه

٢- المعاقون عقلياً القابلين للتعلم :

مقدمة ،

يشكل المعاقون عقلياً ظاهرة اجتماعية مهمة ، سواء في المجتمعات المتحضرة أو في المجتمعات النامية، وذلك لتوفير أكبر فرص للتوافق الاجتماعي وحتى لا يصبح المعاق عقلياً عبئاً على الأسرة والدولة، وقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقاً إنسانياً تقننه التشريعات والقوانين والعمل على استثمار إمكاناتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي يعيشون فيه بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج مطلبا اجتماعيا أساسياً في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج مع الآخرين في البيئة المحيطة (أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود ، ٢٠٠٢) وقد أشار عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٦ ، ٣٧ - ٣٨) لأهداف التربية الخاصة فيما يلي،

١- تحقيق الكفاءة الشخصية.

٢- تحقيق الكفاءة المهنية.

٣- تحقيق الكفاءة الاجتماعية.

مفهوم المعاقين عقلياً القابلين للتعلم :-

ليس من السهل تعريف الإعاقة العقلية ، وذلك لأسباب ترجع إلى طبيعة هذه الإعاقة العقلية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب ، فالإعاقة العقلية مشكلة طبية ، وتربوية ، واجتماعية ، وعلمية أيضاً .

(أشرف عبد الغني شريت، ٢٠٠٩، ٤٩، - ٥٠)

وقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)

مفهوم التأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقته على كل من يقل

مستوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسى، ١٩٩٦، ٢٠٩).

وهناك مجموعة من التعريفات ظهرت لمفهوم الإعاقة العقلية لا تزال تستخدم على

نطاق واسع أذكر منها بإيجاز فيما يلي :-

أ-التعريف التربوي :

يعرف الطفل المعاق عقليا من الناحية التربوية بأنه الطفل الذي يكون لديه

قصور في القدرة على التعلم والتكيف لمطالب المجتمع (محمد محروس الشناوي

١٩٩٧، ٣٧).

وتعرف (آمال عبد السلام أباطة، ٢٠٠٩، ١٥) المعاقين عقليًا القابلين للتعلم

بأنهم فئة لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة

بطيئة ، ويحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك الاجتماعي

ليصبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضًا في تحسين العمليات المعرفية

لديهم والمهنية ، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع

والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية أي المهارات

الأولية للتعلم.

ب- التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم، ١٩٨٨، ١١٥) إلى أن التخلف العقلي من الوجهة

الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين .

وقد وضع الاتحاد الأمريكي للتخلف العقلي تعريفاً يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ، ولذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكيفية بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكداً على الشخص وعلاقاته التفاعلية مع البيئة، والذي نص على أن التخلف العقلي هو قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا القصور عائقان أو أكثر في إحدى مهارات التكيف التالية: الاتصال والعناية بالذات، والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية ، والتعامل مع المجتمع المحلي ، وتوجيه الذات، والصحة والأمان ، والمهارات الأكاديمية الوظيفية ووقت الفراغ والعمل ، ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشر (Kevini 1995 p713).

ج-التعريف النفسي:

يعرف (حامد عبد السلام زهران ، ١٩٩٨، ٤٣٢) الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز أو قصور أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد وتحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو مرضية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد ، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتتضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج ، والتعلم، والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحراف معيارين سالبين.

د- التعريف الطبي:

تشير لوريا (1983) Luria إلى أن التخلف عقلياً هو ذلك الشخص الذي يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية (Luria:1983,10)، وتشير (آمال عبد السلام أباطة، ٢٠٠٩) في التعريف

الطبي للإعاقة العقلية بأنه يعتبر أقدم التعريفات ، ويعرف التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه ، إما بالإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها.

ونعرف المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من الناحية الإجرائية:

بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٧٠ - ٥٠) درجة ، ويصاحب ذلك ضعف درجة توافقهم مع الآخرين ، وتحمل المسؤولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي، والاجتماعي، والمهني بدرجة تتناسب وقدرات ، وإمكانيات كل منهم.

تصنيف المعاقين عقلياً :-

يشير(كمال مرسي ، ٢٠٠٠ ، ٢٥) إلى أنه لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المتخصصون في هذا المجال لأن الإعاقة العقلية ليست درجة واحدة أو نمطاً واحداً . كما إن أسبابها كثيرة جداً ، ويقوم الباحث بالتعرض لبعض هذه التصنيفات المختلفة .

أ-التصنيف التربوي للإعاقة العقلية :

استند علماء التربية الخاصة في تصنيفهم التربوي للإعاقة العقلية إلى أربعة

فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (١)

بوضع التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوي الاحتياجات العقلية

م	الفترة	نسبة الذكاء تتراوح من
١	بطيء التعلم . <i>Slow learner</i>	٩٠-٧٥
٢	القابلون للتعلم <i>Educable mentally retarded</i>	٧٥-٥٠
٣	القابلون للتدريب <i>(TMR) Trainable mentally retarded</i>	٥٠-٣٠
٤	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادية) <i>The totally dependent child(Untrainable)</i>	٣٠- فما دون

(نادر فهمي الزيود، ١٩٩٥، ١٨)

ب- التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفسي)
للإعاقة العقلية :

يعتمد هذا التصنيف في ضوء معيار نسبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية
لستانفورد بينيه على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (٢)

بوضع التصنيف السلوكي (من وجهة نظر العباس النفسي) لذوى الاحتياجات العقلية

نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه	الفئة
من ٧٥-٥١	المأفون
من ٥٠-٢٦	الأبله
من ٢٥ فأقل	المعتوه

(حسام إسماعيل هيبه، ١٩٩٧، ٥٢)

ج- التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية:

يعتمد هذا التصنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي، وقد
صنف حالات التخلف العقلي بما يتفق مع تصنيف الجمعية الأمريكية للمتخلفين
عقليًا والذي جاء على النحو التالي:

جدول رقم (٣)

بوضع التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية

نسب الذكاء		فئة الانحراف المعياري لنسب الذكاء	درجة التخلف	الفئات
وكسلر- بلفيو	ستانفورد- بينيه			
٧٤-٥٥	٧٠-٥٢	٣- إلى ٢٠	١	تخلف عقلي بسيط
٥٤-٤٠	٥١-٣٦	٤- إلى ٣٠	٢	تخلف عقلي متوسط
٣٩-٢٥	٣٥-٢٠	٥- إلى ٤٠	٣	تخلف عقلي شديد
أقل من ٢٥	أقل من ٢٠	٥- فأقل	٤	تخلف عقلي عميق

(يوسف القريوتي، وآخرون، ١٩٩٥، ١٠٩)

د- التصنيف الطبى الإكلينيكى لذوى الاحتياجات العقلية :

يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصاحب بعض

حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (٤)

بوضوح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية

الفئات	أهم أسبابها
١- المنغولية أو عرض داون <i>Mongolian Or/Dawn's syndrome</i>	تشير الدراسات إلى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية لدم الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هرمونات الغدة الصماء وكبر سن الأم عند الحمل (أكثر من ٤٠ سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
٢- القزم <i>Cretins</i>	ترجع أسباب القماء أو القصاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتتحسن حالتهم الجسمية ونموهم ودرجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكرًا خلال السنة الأولى.
٣- صغر الجمجمة <i>Microcephalies</i>	ترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية. وحدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث (جين) متنحى مسئول عن الحالة، أو التحام عظم الجمجمة مبكرًا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموًا طبيعيًا.
٤- كبير الجمجمة <i>Macrocephalies</i>	ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق الوراثة (الجينات) أدى إلى نموشاذ في أنسجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذه الحالة بالذات إن نمو حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود التخلف العقلي لأن حدوث التخلف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.
٥- حالات عامل الريزيسى في الدم <i>R.H. Factor</i>	تنشأ هذه الحالة عن اختلاف دم الزوجين فإذا كانت الأم - R H أى لا يوجد بها هذا العامل، والأب + R H أى يوجد لديه هذا العامل وورث الجنين من أبيه نوع دمه RH+ حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبيًا على خلايا المخ ووظائفه.

(سهيير كامل أحمد، ١٩٩٨، ٨٧-٩١)

أسباب الإعاقة العقلية :

ترجع أسباب الإعاقة العقلية إلى عوامل ثلاثة عامة هي:-

أولاً: العوامل الجينية الوراثية :

تعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسؤولة عن الإعاقة العقلية بالأطفال ذوي الأمهات أو الآباء المتخلفين عقلياً يولدوا متخلفين عقلياً ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر. ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنغوليين والقصاع (القرزم) وكبر الدماغ. ويتعاون مع الجين الوراثي المنقول.

ثانياً: العوامل الجينية الولادية :

وتحدث في فترة الحمل. أي بعد عملية الإخصاب وبداية انقسام الخلايا الجينية في رحم الأم. ومنها إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو تسمم البلازما أو تعرض الأم للإشعاع أو تعاطي المهدئات أو الأدوية التي تعمل على التدخل في كفاءة الجهاز العصبي المركزي وخصوصاً في الأشهر الثلاثة الأولى ويظهر أثر ذلك في حالات استسقاء الدماغ وصغر حجم الجمجمة

ثالثاً: العوامل البيئية :

ويقصد بالعوامل البيئية أو المتغيرات التي لأدخل للجينات الوراثية فيها وترجع إلى عملية الولادة أو التعرض للإصابات و الرضوض والعدوى والأمراض الفيروسية وغيرها. ومنها الولادة المتعسرة أو المتسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ.

(آمال عبد السميع أباضه، ٢٠٠٩، ٢١).

ويوضح (عبد العظيم شحاتة مرسى، ١٩٩٠، ٢٧) إلى أنه قد أبرزت الدراسات والبحوث المختلفة على وجود وجهات نظر متعددة بين العلماء، وخاصة

عند تحديدهم للعوامل المسببة لحالات الإعاقة العقلية ، فذكر يانت *Yant* أن هناك أكثر من مائة عامل ذكرت فيما كُتب عن العوامل المؤدية للإعاقة العقلية ، إلا أن كثيراً منها نادر الحدوث ، وقد أرجع العلماء معظم حالات الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ)، وقد تحدث الأسباب قبل وأثناء أو بعد الولادة ، هذا بالإضافة إلى وجود بعض العوامل النفسية المساعدة على حدوث الإعاقة العقلية، ويشير (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٥، ٩٩) إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية . إذ يمكن أن تكون تحت سبع فئات وهي:-

- ١-أسباب تتعلق بنواة البلازما.
- ٢-أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .
- ٣-أسباب ترتبط بزراعة الجنين .
- ٤-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى .
- ٥-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .
- ٦-أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة .
- ٧-أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

ويشير *Colleen & Edward (1995)* لأسباب الإعاقة العقلية النفسية والاجتماعية بأن الكثير من الأطفال المعاقين عقلياً يأتي من بيئات غير متكاملة اقتصادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ، ونقص الدافعية والاضطراب النفسي في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ، وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافي .
(*Colleen&Edward 1995,307*) .

خصائص الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم :

من الصعب أن نصل إلى خصائص مميزة تتصف بالدقة لذوي الإعاقة العقلية وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصدر الإصابة بالإعاقة وذلك لارتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قسم علماء النفس والتربية صفات المعاقين عقلياً على أساس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعلم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط . وسيقتصر مُعد البحث على وصف خصائص عينة الدراسة وهم المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بإيجاز فيما يلي :

١. الخصائص الجسمية :

تؤكد (علاء عبد الباقي، ١٩٩٢) أنه على الرغم من تشابه هذه الفئة في الخصائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا إن هذه المظاهر النمائية تكون متأخرة عند المتخلفين عقلياً، حيث يتأخر الطفل في الجلوس والحبو والوقوف والمشي، كما يتأخر في المهارات الحركية كالقدرة على الجري والقفز التي تكون أقل من العادي ، ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرة الحركية بصفة عامة .

ويشير هاوكنز (1994) *Hawkins* إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين (Hawkins,1994,15).

ويؤكد (كمال إبراهيم مرسى، ١٩٩٦، ٢٧٧) إن كثيراً من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لدى المتخلفين عقلياً أكثر مما

يوجد لدى العاديين ، فقد قدرت نسبة القصور السمعي ما بين ١٣ - ١٤ ٪ لدى المتخلفين عقليًا، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى ٤٠ ٪ ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

ب- الخصائص العقلية المعرفية :

تشير (آمال عبد السميع أباطة ، ٢٠٠٩ ، ٢٤) أنه من محددات وتعريف الطفل المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (٧٠) وكذلك تتراجع مستوى العمليات العقلية لديه عما لدى الطفل العادي من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم والإدراك . فتضعف القدرة على تركيز الانتباه والتذكر ولا يستطيع التفكير المجرد بل يقف عند التفكير الحسي فقط . وتقل دافعية الإنجاز والأداء لديهم بدرجة ملحوظة عما هو لدى الأطفال العاديين .

ج- الخصائص الانفعالية :

يتميز الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

١- **عدم الثبات الانفعالي** : عادة ما يُظهر الأطفال المعاقين عقليًا انفعالات

غير ثابتة ومضطربة ومتغيرة من وقت لآخر، فهم يميلون إلى التبلد

الانفعالي والامبالاة . (عبد المطلب أمين القريطي ، ٢٠٠٥ ، ٢٢٣)

٢- **اضطراب مفهوم الذات** : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم

يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من

العاديين، (كمال إبراهيم مرسى ، ٢٠٠٠ ، ٢٨٩)

٣-الانسحاب : يلاحظ على الطفل المتخلف عقليًا ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سنًا في أنشطتهم وألعابهم ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي إبراهيم، ٢٠٠٠، ٩٠).

٤-السلوك العدواني: تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليًا في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي ، وتدمير الممتلكات ، وإعاقة الآخرين ، (سهي أحمد أمين، ١٩٩٩، ٦١-٦٤) **دالخصائص الاجتماعية:**

لا يستطيع الطفل المعاق عقليًا إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانيًا. ويشارك الأصغر سنًا في اللعب أو يميل إلى الانعزال والانتواء. وسريع الغضب وسريع الاستثارة، والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعى كافي.(آمال عبد السلام أباطه، ٢٠٠٩، ٢٣).

٣. البرنامج التدريبي السلوكي:

يعرف البرنامج في قاموس التربية بأنه "تنظيم الأنشطة والخبرات التعليمية وأنماط التعليم حول موضوع أو مشكلة تُطرح أو تُناقش بين مجموعة من التلاميذ تحت قيادة المعلم (Good, 1973, 329).

ويعرف حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٣) البرنامج بأنه: برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية، يقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديًا وجماعيًا لجميع من تضمهم المؤسسة أو المدرسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقوي بالاختيار الواعي والمتعقل ، ولتحقيق التوافق داخل المدرسة أو المؤسسة أو خارجها.

ونعرف البرنامج التدريبي السلوكي من الناحية الإجرائية:

بأنه مجموعة من الأنشطة، والألعاب، والممارسات العلمية والزيارات، والرحلات الخارجية التي يقوم بها الطفل من خلال أسلوب تدريبي معين يهدف إلى تحسين سلوكه، وتفاعله الاجتماعي، ويخفف من مخاوفه المرضية.

أهمية البرنامج:

تكمن أهمية البرنامج في كونه يهتم بذوي الاحتياجات الخاصة من فئة المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وذلك لتنمية توافقهم الشخصي، والاجتماعي والمهني، ومساعدتهم في التغلب على الاضطرابات الانفعالية المتمثلة في مخاوفهم المرضية، وأيضًا للتخفيف من سلوكيات الخوف وتحسين مستوى الإحساس بالثقة بالنفس لديهم.

هدف البرنامج:

يهدف البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية إلى تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وذلك من خلال تصحيح الأفكار والمفاهيم الخاطئة المرتبطة بأفكارهم، ويتم ذلك من خلال مجموعة من التدريبات السلوكية التي تتناسب مع قدراتهم، والتي تعتمد على العديد من الفنيات العلاجية المألوفة في بيئاتهم وحياتهم اليومية والتي بنيت على التشخيص السليم والتقييم الدقيق لقدراتهم كاستخدام إستراتيجيات اللعب من خلال لعب الأدوار الاجتماعية المألوفة، والأنشطة اليومية البارزة، والتركيز على الجانب النفسي أيضًا من خلال القيام بالرحلات، والزيارات الترفيهية، واستخدام أنواع التعزيز المختلفة، وتقديم المثيرات المرتبطة بالخبرات السارة وذلك من أجل تصحيح معتقداتهم.

أسس اختيار محتوى البرنامج:

يتضمن محتوى البرنامج التدريبي السلوكي الحالي مجموعة من الأنشطة تتمثل في صورة تدريبات سلوكية ، وقد تم تنظيم هذا البرنامج في صورة وحدات أساسية يُكون كل منها إطار لمجموعة من المهارات ، والخبرات التربوية منظمة وفق تسلسل معين بحيث تسمح للطفل بتعديل سلوكه وتهيئته لمواجهة مخاوفه المرضية ، وقد تم تحديد محتوى البرنامج الحالي على أساس مجموعة من الاعتبارات النظرية في بعض المحاور التالية:-

١. الاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة .
 ٢. حضور معد البحث للدورات التدريبية في مجال الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .
 ٣. الإطلاع على البحوث والكتب والبرامج الخاصة بتدريب الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .
- ونعرض بإيجاز لإسهامات المدرسة السلوكية في تعديل السلوك لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .
- = إسهامات المدرسة السلوكية في تعديل السلوك لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .

وجدت حديثًا أساليب وإجراءات تربوية تدعمها الأسس العلمية التي أحدثت تطورات ملموسة في ميدان التربية الخاصة على صعيد تربية الأطفال المعاقين ، ومن بينهم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، وتعرف بأساليب تعديل السلوك، ويشير "جمال الخطيب" إلى أنه قد تبين في البحوث العلمية أن هؤلاء

الأطفال قادرون على التعلم إذا ما تضمنت عملية تعليمهم توظيف الأساليب الفعالة (سهي أحمد أمين، ١٩٩٩).

وأصحاب النظرية السلوكية لا يؤيدون فكرة تصنيف حالات الإعاقة العقلية ولا يركزون على الأسباب التي أدت إليها ، فإنهم ينظرون إلى حالات الإعاقة العقلية على إنها حالات تمثل ذلك السلوك المحدود أو الأداء الضعيف بسبب الخطأ في التعلم السابق للشخص أو النقص في التعلم (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧). بمعنى أن الفرق في الأداء بين الطفل العادي والطفل المعاق عقلياً يرجع إلى ذلك النقص في كل من التعلم والخبرة ،وقد فسرت هذه النظرية ذلك النقص بصعوبة لبطء الطفل المعاق عقلياً بين الأحداث البيئية (المثيرات) والاستجابات المناسبة في المواقف المناسبة ، ولذا فحسب هذه النظرية يلعب التعزيز دوراً مهماً في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً ، وبالتالي زيادة فرص التعلم والخبرة لديهم (فاروق الروسان، ٢٠٠٠).

ويعد تعديل السلوك من الأمور شديدة الأهمية في مجال التربية الخاصة على وجه العموم إذ أن الجهود التي يتم بذلها مع الأطفال من تلك الفئات التي تعرف بذوي الاحتياجات الخاصة تعتمد في أساسها على تعديل سلوكهم وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة تساعدهم على أن يأتوا بالسلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة ، أو الحد من سلوكيات غير مناسبة تصدر عنهم في مختلف المواقف ، ويعرف تعديل السلوك *Behavior modification* بأنه أي إجراء يمكن اللجوء إليه في سبيل الحد من مشكلات السلوك عامة.

(عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٣، ٩)

ويشير (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥، ٢٣٧) إلى أن العلاج السلوكي يعتبر أسلوباً حديثاً نسبياً في مجال العلاج النفسي ومن ناحية أخرى يمكن القول بأن العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي ، ولقد سار تقدم وتطور العلاج السلوكي كمجموعة من القواعد العملية سيراً بطيئاً بالنسبة لتاريخ التوصل إلى هذه القواعد والمبادئ والقوانين في التعلم ، وبصفة خاصة التعلم الشرطي ، وربما يرجع ذلك إلى عوامل منها الفصل بين النظرية والتطبيق، والإحجام عن استخدام العيادة كنماذج مرتضاة للعلاج النفسي، ويأخذ العلاج السلوكي أشكالاً كثيرة فيوجد الاقتران الذي يعتمد أساساً على مبادئ الاشتراط الكلاسيكي ، ويشار إليه عادة كعلاج سلوكي . أما طريقة الاشتراط الإجرائي ، فتسمى عادة بتعديل السلوك أما العلاج السلوكي الذي يعتمد على تغيير نماذج التفكير وكذلك السلوكيات الواضحة ، فيسمى بالعلاج السلوكي المعرفي.

(حسين فايد، ٢٠٠٥، ٢٨٥).

وتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم يعتمد على تصميم برامج وأنشطة تعليمية متنوعة، ومتسمة بالابتكار والفاعلية ، كما يجب ألا تدرس المهارات الأساسية الضرورية منفردة بل يجب تصميم البرنامج التدريبي بحيث يتضمن الأنشطة والمهارات التي تخدم أكثر من هدف تعليمي ، والتي تعتبر مطلباً سابقاً لتقديم مهارات أخرى أكثر تقدماً . كما أن المناهج الدراسية للمتخلفين عقلياً يجب أن تركز على تنمية المهارات الضرورية اللازمة للاندماج في المجتمع ، فقدرة الفرد على التفاعل باستقلالية في المجتمع ترتبط بكفاءته

الشخصية ، والاجتماعية أكثر من ارتباطها بمهاراته الأكاديمية ، وتتضمن البرمجة الشاملة للمعوقين سلسلة متكاملة من الخدمات في مجالات الصحة والرعاية النفسية ، كما يجب أن تركز مناهج المتخلفين عقليًا على مجالات العناية بالذات ومهارات التفاعل الاجتماعي (مواهب عياد، ونعمة رقبان، ١٩٩٥، ٣٣-٣٦).

وضرورة الاهتمام بتعليم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وتدريبهم على المهارات غير الأكاديمية ، تكون مخرجًا لهم من جو الفشل الذي يحيط بهم في مجال التعليم الأكاديمي ، وهكذا تتضح حاجة الأطفال المعاقين بصفة عامة ، والأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بصفة خاصة ، إلى مهارات السلوك التوافقي والاستقلالي، ومدى إمكانية استفادتهم من البرامج التربوية ، والأكاديمية بهدف تحقيق قدر من الاستقلال الذاتي، والتوافق الشخصي والاجتماعي (فاروق صادق، ١٩٨٢).

ونظرًا لما تلعبه العوامل البيئية الاجتماعية من دور في حدوث هذا الاضطراب - إلى جانب تسليمنا بأثر العوامل البيولوجية - فإن استخدام التدخل السلوكي في سبيل تعليم مثل هؤلاء الأطفال مهارات معينة ، خلال تعديل بيئاتهم وتوفير الفرص المناسبة لذلك قد يساهم إلى حد كبير في إكسابهم العديد من السلوكيات المقبولة ، والحد من سلوكياتهم غير الملائمة مما قد يساعد بدرجة كبيرة في تسهيل عملية دمجهم مع أقرانهم العاديين ، ومن ثم اندماجهم في المجتمع (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٣، ١١٧).

إستراتيجيات تعديل السلوك:

وتعديل السلوك يشير إلى شكل من أشكال العلاج النفسي ، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون موضوع الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ (خولة أحمد يحيى، ٢٠٠٠، ١٦٤-١٦٥). وتنطوي عملية تعديل السلوك على تركيبة تضم بعض التوجهات النفسية التربوية، وبعض فنيات تعديل السلوك الحديثة وإستراتيجيات تعديل السلوك ، وبذلك توجد علاقة بين تدريب المهارات الاجتماعية ، وبرامج أخرى مثل التربية الوجدانية ، والتربية الأخلاقية ، فمنهج المهارات الاجتماعية تميل إلى التأكيد على تعليم الطفل السلوك الذي يمكن أن يتقبله الآخرون ويعززونه (جوزيف ف وروبرت ه، ١٩٩٩، ١٢٨-١٢٩).

وتشير "خولة أحمد يحيى" أن من بين الإستراتيجيات التي تسير وفقها عملية تعديل السلوك ما يلي،

- تحديد السلوك الحالي المرغوب فيه أو غير المرغوب فيه.
- تحديد السلوك النهائي المرغوب فيه.
- تحديد أساليب جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الحالي والسلوك النهائي.
- تحديد أسلوب أو أساليب تعديل السلوك .
- تقويم اكتساب الطفل للسلوك (خولة أحمد يحيى، ٢٠٠٠).

=إسهامات المدرسة السلوكية في علاج الخوف المرضي:

تقوم الأهداف على المجال السلوكي ، التي ترى التعلم باعتباره الأساس للشخصية السوية ، وكذلك لمعظم اضطرابات السلوك ، وحقاً فطبقاً لهذا المنظور

فإن السلوك والتفكير المضطربين هما مثلان للأفكار والتصرفات سيئة التكيف التي قد تعلمها العميل. (حسين فايد، ٢٠٠٥، ٢٨٤)، والمدرسة السلوكية – والاتجاه السلوكي يعتبرون الخوف المرضي عبارة عن استجابة متعلمة – مكتسبة – تم تعليمها عن طريق عملية الإشراف *Conditioning*.

(فيصل محمد خير الزراد، ٢٠٠٥، ٤٧).

ويستخدم اختصاصيو علاج الحساسية في هذه الأيام كثيرًا من أفكار واطسون التي استخدمها لأول مرة ماري كفرجونز. وكانت تطبيق إجراءاتها على مواقف حياتية فعلية. ففي أثناء معالجتها للأطفال المصابين بالخوف (الفوبيا) كانت تقوم بتقريب مسببات الخوف من الأطفال بصورة تدريجية أثناء تناولهم الطعام. ومن نموذج الإشراف المضاد لهذا يمكن لنا أن نتبين أن العلاقة الأصلية بين المثير والاستجابة يتم إطفائها وإحلال علاقة جديدة تحدث خوفًا أقل محلها وعلى حد الافتراض الكامن القائم على تعدد الإشارات ربما كانت الإشارات التي يوحى بها الطعام أكثر أهمية للأطفال الجائعين ولذلك كانت تكف عمل الإشارات المثيرة للخوف (مصطفى ناصف، وعطية محمود هنا، ١٩٨٣، ١١٢).

ويتوقف السلوك الذي يُقلد على العواقب الملحوظة للنموذج. فمثلًا إذا لاحظ طفل زميلًا له في الدراسة أكبر سنًا وأكثر احترامًا، ينخرط في أعمال عدوانية ويعاقب عليها بشدة، فإن الفرصة تكون قليلة لتقليد هذا النموذج، وكذلك وجد ياندورا أن الاتجاهات والتوقعات وحتى الاستجابات الانفعالية يمكن تعلمها دون حاجة إلى أن يخبر الملاحظ أي عواقب مباشرة، وهكذا يسهل فهم كيف تنشأ لدى

الطفل مخاوف مرضية إذا كان أبوه يعاني منها من غير حاجة حتى إلى خبرة العواقب ذاتها (لويس مليكه، ١٩٩٠، ٢٢).

وقد أعجب واطسون بأبحاث بافلوف لأنها تعطى أسلوباً موضوعياً لتقويم السلوك دون الاعتماد على التحليل الاستنباطي أو العقلي. وقد أجرى واطسون وريبنر تجربة على طفل يبلغ عمره أحد عشر شهراً وأطلقا عليه اسم ألبرت الصغير (*Little Albert*) تعد من أشهر التجارب في علم النفس قاطبة. وتتخلص التجربة في أنهما أعطيا الطفل في بادئ الأمر سلسلة من الأشياء: فأراً أبيض وأرنباً وكلباً ومعطفاً من الفرو وكرة من القطن وبعض الأقنعة. وكان رد فعل ألبرت على هذه الأشياء يتمثل في محاولاته الوصول إليها، واللعب بها، وإظهار الاهتمام بها ثم قام الباحثان بعد ذلك بمفاجأة ألبرت بصوت عالي بطرق قضيب فولانز خلفه، وعندما بدأ ألبرت في الصراخ. وبعد ذلك قاما بأجراء اقتران بين الفأر الأبيض وصوت طرق الفولانز. إذ عندما بدأ ألبرت يحاول الوصول إلى الفأر كانا يسمعه صوت الفولانز العالي. وتكرر هذا الإجراء مرتين، وبعد ذلك بأسبوع أعادا تقديم الفأر الأبيض للطفل. وقد ظهر أنه تم إشرط الطفل إلى الحد الذي جعله يستجيب استجابة سلبية قوية للفأر. إذ بدأ يصرخ ويدير ظهره للفأر ويزحف بعيداً عنه بأقصى سرعة ممكنة، وبعد ذلك بأسبوع كان خوف الطفل من الفأر الأبيض قد عمم على الأرنب الوديح الذي يعرفه، وكذلك الأشياء ذات الفرو الأبيض مثل الكلب ومعطف الفرو إذ أخذت هذه الأشياء تخيفه كذلك. بل أن الطفل أخذ يخاف كذلك من كرة القطن وقناع "بابا نويل" الأبيض مع أنه لم يكن يبدي أي خوف من هذه الأشياء قبل عملية الإشرط. ويستخدم علماء التعلم في

الفنيات العلاجية المستخدمة :

قامت الدراسة الحالية بتناول العديد من الفنيات والأساليب المعرفية التدريبية السلوكية والتي تهدف إلى تعديل الجانب المعرفي والجانب السلوكي للطفل وذلك للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم . ومن هذه الفنيات ما يلي :-

١- النمذجة المعرفية :

يعرف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣) النمذجة المعرفية "على أنها عبارة عن تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك".

ويعرفها مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٤) بأنها التعلم الناتج عن ملاحظة استجابات نموذج بشري لمجموعة من الخصائص حيث يعطى للأعضاء الفرصة لملاحظة تلك الاستجابات، ثم يطلب منهم أداء نفس الاستجابات التي قام بها النموذج على موقف أو مشكلة، ويستدل على آثار التعلم بالنموذج من خلال التغيير الحادث في الاستجابات قبل عملية الملاحظة وبعدها .

ويرى "بانديورا" *Bandura* (١٩٧٧) أن هناك مصادر مختلفة لاكتساب السلوك، ومن أهم هذه المصادر التعلم بالملاحظة، أي أن السلوك يمكن أن يكتسب من ملاحظة الفرد لسلوك الآخرين، وهذا ما يعرف بالتعلم بالنمذجة . فمن خلال التعلم بالملاحظة يمكن تفسير العديد من أشكال التعلم المهمة مثل تعلم اللغة والقواعد الثقافية، والاتجاهات، وكثير من الاضطرابات الانفعالية .

(Bandura, 1977, 191-215).

ويضيف كل من محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) أن مداخل النمذجة بصفة عامة لها مميزات في تدعيم فعالية الذات، ومن

ثم إزالة المخاوف المترتبة على الخلل الوظيفي، فبالإضافة إلى إزالة التعرض للإثارة التنفيرية، فإن تلك المداخل تعلم المفحوصين مهارات فعالة للمواجهة عن طريق توضيح طرق ماهرة وبارعة في التعامل مع مواقف التهديد .

ويضيف جابر عبد الحميد (١٩٩٠): إن ملاحظة الآخرين وهم ينجحون يؤدي إلى رفع الفعالية، وملاحظة شخص آخر بنفس الكفاءة وهو يخفق في عمله يؤدي إلى خفض فعالية الذات ، وأن آثار النمذجة بصفة عامة ليست في قوة الأداء من حيث تأثيرها في رفع مستويات الفعالية وقد يكون لها آثار قوية في إنقاص الفعالية.

وترى أمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٢): انه لكي تتم النمذجة بصورة ناجحة لابد من وجود أربع عمليات أساسية:

١- عملية الانتباه.

٢- عملية الاحتفاظ

٣- عملية الإدراك الحركي

٤- الدافعية.

ويشير لويس كامل مليكة (١٩٩٠): إن النمذجة تتضمن تغيير سلوك العميل نتيجة ملاحظته سلوك شخص آخر وهو النموذج المعروض عليه .

٢- أسلوب لعب الدور:

هو تكتيك مرن يمكن أن يستخدم في أي من المواقف التي يواجه فيها الفرد أو الجماعة بعض الصعوبات أو الصراعات والمخاوف، أو تلك المواقف

التي يحتاجون فيها إلى التدريب على أدوار وسلوكيات ومهارات جديدة .
(Beson, Darlath, F.,1998,208) .

وتُعرف إجلال محمد سرى (١٩٩٠) لعب الدور بأنه أسلوب يتم من خلاله علاج أو تناول المشكلات التي تحدث في حياة الأفراد. ولتقليل مشاعر العزلة لدى الأفراد من خلال تمثيل المواقف التي تعبر عن بعض المشكلات الناتجة عنها
(Dwivedi,Kedar Nath,1995,175) .

ويعتبر حامد عبد السلام زهران (١٩٩٤) : أن لعب الدور أحد التقنيات القائمة على نشاط الأعضاء ويهدف هذا التكنيك إلى إتاحة الفرصة للتنفيس الانفعالي وتحقيق التوافق والتفاعل السليم، ويهتم لعب الدور بتمثيل مشكلات يعاني منها معظم أعضاء الجماعة. ويقسم عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) :
خطوات إجراء أسلوب لعب الدور كما يلي ،

- عرض السلوك المطلوب تعليمه أو التدريب عليه من خلال النموذج أو المعالج.
 - تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو طفل آخر.
 - تصحيح الأداء وتدعيم الجانِب الإيجابي منه
 - إعادة الأداء حتى يتم إتقان الطفل له.
 - الممارسة الفعلية في مواقف حية جديدة.
- ويستخدم المعالجون السلوكيون فنية تمثيل الدور قبل حدوثه مع الشخص بغرض زيادة قدرته على مواجهه الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية الحاسمة .
(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢١٦-٢١٧) .

٣- التعزيز :

هو التدعيم لأي فعل يؤدي إلى زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية، ويشير التدعيم إلى أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة شيوع السلوك المرغوب. (عبد الستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم، ٢٠٠٣، ٥٧٤).

ويشير التدعيم الموجب إلى أي فعل أو قول يرتبط تقديمه للفرد للزيادة في السلوك المرغوب لديه، وحث المشاركين، ودفعهم لإتقان السلوك المرغوب. (آمال إبراهيم الفقي، ٢٠٠١، ١٥٠).

٤- إعادة البناء المعرفي :

ويعرفه محمد محروس الشناوي (١٩٩٤) بأنه تصحيح نمط التفكير لدى العضو بحيث تصبح صورة الواقع في نظره ويصحح تفكيره فيصبح منطقيًا ويركز على حل المشكلات. ويشير أسامة سعد أبو سريع (١٩٩٣): إلى أن الهدف من لعب الدور هو تعديل الأفكار التي تعوق الأداء الاجتماعي الجيد، حيث أشار جونز Jones وزملاؤه إلى ظهور التدخلات التي يمكن بها تعديل الأفكار والمعتقدات وإستراتيجيات حل المشكلات وقد أطلق البعض على تكنيك أو فنية إعادة البنية المعرفية العلاج الموجه بالاستبصار.

ويرى محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٦): إن مهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات من خلال توضيح أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم إلى حد كبير من إدراكهم المشوه وتفكيرهم الغير منطقي، وإن هناك طريقة لإعادة وتنظيم تفكيرهم وهذه الطريقة تتم باستخدام إعادة البناء المعرفي .

وتعرض آمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٢) لخطوات إعادة البناء

المعرفي كما يلي :

- التعرف على المواقف السلبية والمعتقدات الخاطئة .
- تحديد الأفكار والمعتقدات المشوهة معرفيًا .
- التدعيم الإيجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح.
- المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي. ويرى لويس كامل ملكه (١٩٩٠):

إن خطوات إعادة البناء المعرفي هي :

- ١- التعرف على ما يحمله الفرد من اعتقادات خاطئة ومعارف سلبية وأفكار خاطئة مرتبطة بالمشكلة.
- ٢- محاولة نقد هذه الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمشكلة .
- ٣- تقديم الأفكار الصحيحة وممارستها خلال المواقف الجماعية الملائمة.
- ٤- التدعيم الإيجابي للمريض بهدف الاستمرار في ممارسة السلوك الصحيح.

٥- فنية حل المشكلة :

تُعرف ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠) فنية حل المشكلة بأنها قدرة الطفل على حل الصراعات أو المشكلات عبر مواقف الحياة الطبيعية من خلال الاستجابات السلوكية الظاهرة متمثلة في العمليات المعرفية والانفعالية.

ويرى لويس كامل ملكه (١٩٩٠) إن الطفل يكتسب العديد من المهارات عن طريق حل المشكلة، يستطيع بعدها التفكير المنطقي الصحيح ويعد هذا

الأسلوب أفضل متنبأ عن سلوك الطفل داخل المدرسة، وقد قام العديد من الباحثين بتصميم برامج لتعليم هذه المهارات لآباء وأمهات الأطفال من خلال الألعاب والتمارين التي تهدف لتنمية مكونين حاسمين من هذه المهارات. والتفكير من خلال الحلول البديلة ، والتفكير من خلال العواقب، ويعد أسلوب حل المشكلات من أهم الأساليب المستخدمة لتعديل البناء المعرفي .

وترى سهير كامل احمد (١٩٩٨) إن الإجراءات التي تراعى عند استخدام فنية حل المشكلة هي :

- ١- محاولة التقليل من حدة الأمور المترتبة على المشكلة .
- ٢- استعادة قدرات وإمكانات الأعضاء بالتشجيع والتعبير عن النجاح في تحقيق الإنجازات .
- ٣- ضرورة التأكد من انتهاء الآثار المترتبة على حدوث المشكلة وتقييم مدى الاستفادة هل اكتساب معلومة أم خبرة أم مهارة تساعد في مواجهة إلى مشكلات مستقبلية .
- ٤- تشجيع الأعضاء على التعبير عن مشاكلهم ويمكن استخدام الأسئلة ودراسة الحالات لكل عضو.

٦- الواجب المنزلي:

يرى عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) إن الواجب المنزلي أحد الأساليب الهامة التي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره ويهدف إلى مشاركة الطفل في خطة علاجه وعند استخدام الواجب المنزلي يجب أن نضع في الاعتبار مجموعة من النقاط -،

١- إن ترتبط الواجبات بالهدف الذي يريد تحقيقه المعالج فيعمل على تقوية وتعميق اقتناع المريض بالأفكار العقلانية وإضعاف إقناعه بالأفكار اللاعقلانية .

٢- إن يتم مناقشة الواجب بين المعالج والطفل.

ويضيف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣) انه لابد أن ترتبط الواجبات بموضوع الجلسة وأهدافها وأن تشمل ممارسات معرفية مثل ممارسة بعض المهارات المعرفية مثل الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتوى انفعالي ملائم. ويرى أبو بكر مرسى محمد مرسى (٢٠٠٢) أنه لكي يتم استفادة المريض من الواجبات المنزلية لابد من توجيهه وتشجيعه على تنفيذ هذه الواجبات والتي تتمثل في مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في كل جلسة وتقييمها في الجلسة التالية مع مراعاة أن تتناسب هذه الواجبات المنزلية مع هدف العلاج.

ويشير أحمد متولي عمر (١٩٩٣) إلي أن استخدام الواجبات المنزلية يسهل انتقال أثر التدريب إلي الممارسات اليومية ، ففي نهاية كل جلسة يعطى كل فرد واجباً منزلياً محدداً يقيم فيه بممارسة المهارات التي تعلمها ، ويجب أن تُعطى تعليمات الواجبات المنزلية محددة ودقيقة وواضحة.

٧- المحاضرة والمناقشة :

تعمل هذه الفنية على مساعدة العميل كي يواجه أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقي يعمل على تنفيذها متبعاً طرقاً جدلية وتعليمية يتعامل من خلالها مع تلك الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية في مختلف السياقات

التي يمكن أن تظهر فيها ، كما يتعلم أيضًا من خلال تلك الفنية أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار اللاعقلانية . إلي أن يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة أفكار واعتقادات العميل التي تتسم باللاعقلانية واللامنطقية والعمل على إعادة بناء اعتقادات جديدة تتسم بالعقلانية والمنطقية تحل محلها (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ ، ٩٥).

٨. الاسترخاء:

يعرف الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، ويستخدم في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانًا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية، وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية، كما أن نجاح الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي يؤدي إلي تغيرات شاملة في الشخصية وإلي مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة وأزماتها الاجتماعية والنفسية (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ ، ١٥٤ - ١٩٧).

obeikandi.com

الفصل الثالث

obekandi.com

مقدمة

سوف نقوم في هذا الجزء بعرض لأهم الدراسات التي تناولت البرامج التدريبية السلوكية لتعديل سلوكيات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فئة المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، والذين يعانون من المخاوف المرضية، والذين هم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج علاجية تدريبية سلوكية، وذلك لتخفيف الاضطرابات النفسية، والسلوكية لديهم، والتي تتمثل في سوء توافقهم مع الآخرين في المجتمع.

قمنا بتصنيف الدراسات السابقة إلى عدة محاور بناءً على متغيرات الدراسة الحالية ، مع التعليق عليها بغرض الاستفادة منها ، وصياغة فروض الدراسة .

المحور الأول:

دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق الذي يتضمن المخاوف لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .
انطلاقاً من الخاصية التراكمية للعلم ، يتضح أن أي بحث علمي يتم إجراؤه يعتمد أساساً على تجارب الآخرين والاستفادة من خبراتهم التي تتمثل في دراساتهم وبحوثهم السابقة ، وفي هذا الإطار نعرض مجموعة من الدراسات ومنها:

دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): بعنوان: فاعلية برنامج لتعديل

سلوك الأطفال المتخلفين عقليًا المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم .
وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال

المتخلفين عقليًا المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعليم" ، وتكونت العينة من (٢٤) طفلًا وتتراوح نسب ذكائهم بين (٥٠-٧٠) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء - قائمة الصحة العالمية المقننة - مقياس السلوك التوافقي إعداد/ صفوت فرج وناهد رمزي، ١٩٥٨م - برنامج تعديل السلوك) وقد استخدم البرنامج فنيات المنحي السلوكي والنمذجة لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي، وأسفرت نتائج الدراسة عن: ((لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق وبعده وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد

فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم)).

دراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي

لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا، وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب عض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكرًا، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلًا تتراوح أعمارهم بين (٦ - ٩) سنوات من المعاقين عقليًا بمركز رعاية وتأهيل المعاقين في إمارة أبو ظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المتاهات، ومقياس السلوك التكيفي إلى جانب استمارة ملاحظة السلوك، والبرنامج التدريبي، وأكدت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في إكساب أفراد العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها.

دراسة جوميل (1994), Gumpel: بعنوان: فاعلية نموذج سلوكي

للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. واستهدفت الدراسة تطوير نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقليًا قابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى

المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (٦-١٨) سنة، واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باستخدام فنيات النمذجة والتدعيم باستخدام الحلوى إلى جانب التدعيم الاجتماعي، وأسفرت النتائج عن أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقلياً أظهرت نتائج إيجابية في البداية واستمرارية التفاعل مع الأقران، وأن المجموعة التي استخدمت فنيقي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

دراسة سهير شاش (٢٠٠١): بعنوان: فعالية برنامج لتنمية بعض

المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ومن بعض هذه المهارات مهارة التواصل، العلاقات الاجتماعية، مهارات احترام المعايير الاجتماعية وذلك في نظام دمج للأطفال المتخلفين مع الأطفال الأسوياء في المدارس العادية، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (٨٠) طفلاً) ومنهم (٥٠ طفلاً) متخلف عقلياً، و(٣٠) طفلاً من العاديين كعينة استطلاعية، وقد استخدمت النمذجة في تصميم البرنامج، واستغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين وقد أثبتت النتائج فعالية البرنامج المعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في مجموعة الدمج وانتكاسه في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج، وذلك في المهارات الاجتماعية

التي تم التدريب عليها، وقد يرجع ذلك إلى أن مجموعة الدمج مع الأطفال العاديين قد استفادوا من فعاليات أنشطة البرنامج واستطاعوا توظيف وتعميم المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها واكتسابها في حياتهم اليومية.

دراسة العربي محمد زايد (٢٠٠٣): بعنوان: فاعلية التدريب على

استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم باستخدام جداول النشاط المصور وأثرها في خفض السلوك الانسحابي، فقد سعى الباحث إلى إعداد برنامج يوفر الحد الأدنى من إعدادهم للحياة وذلك من خلال تدريب الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم على أنشطة واقعية وعملية ذلك لتحقيق نوعًا من الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي، وقد شمل البرنامج جداول النشاط المصورة، هذا وقد ضم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عدة أبعاد هي: التعاون والمشاركة، التفاعل الاجتماعي - مهارة تكوين الأصدقاء - إتباع القواعد والتعليمات - التعبير الانفعالي - مهارة حل المشكلات والمهارات الاجتماعية المدرسية، وتألقت عينة الدراسة من (١٠) أطفال معاقين عقليًا (٥) مجموعة تجريبية (٥) مجموعة ضابطة ممن تتراوح أعمارهم (٩-١٢) عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر، وأسفرت نتائج الدراسة: عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والمتماثلة في أبعاد البرنامج الذي حددته الدراسة والذي من شأنه أن يحقق قدرًا معقولاً من التوافق مع الآخرين في

البيئة المحيطة وبالتالي قل السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال واستمرار التحسن بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

دراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (٢٠٠٤): بعنوان: فعالية برنامج

سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ومتجانستين من حيث العمر والجنس ودرجات الذكاء ودرجات المهارات الاجتماعية وتتكون كل مجموعة من (٨) أطفال، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن: ((وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة التجريبية" قبل وبعد البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة الضابطة" على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية

داخل حجرة الدراسة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية)).

دراسة ميادة محمد علي أكبر (٢٠٠٦): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي

لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون". وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" وذلك من خلال برنامج تدريبي، وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) طفلًا وطفلة من المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" وتراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٢) عامًا، ونسب ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) درجة وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن، والذكاء، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي، والجنس، واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، ومقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم. إلى جانب مقياس الذكاء، ومقياس لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، واستمارة جمع البيانات الأولية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل

اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

دراسة ريمين جوتن (Remington, 2007): بعنوان: فعالية التدخل

المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) لتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على مجموعة تجريبية قوامها (٢٣) طفلًا من أطفال ما قبل المدرسة من المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وتم التدريب على بعض المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) وذلك على مدى عام دراسي، وقد أشارت نتائج الدراسة أن هناك فروقًا دالة إحصائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة سيفرز (Seevers, 2008): بعنوان: فعالية برنامج سلوكي

قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على (٨) أطفال من المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ولديهم قصور واضح في المهارات الاجتماعية وتم تدريب عينة الدراسة على بعض المهارات الاجتماعية وذلك من خلال برنامج تدريبي، وقد

أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار وتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم.

تعليق عام على دراسات المحور الأول:

انتهت معظم الدراسات السابقة في المحور الأول على دور البرامج السلوكية العامة في تعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم من خلال تخفيف الاضطرابات السلوكية والنفسية لتحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج مع الآخرين، ومن هذه الدراسات دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): بعنوان: فاعلية برنامج تعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليًا المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس السلوك التوافقي المستخدم بعد تطبيق البرنامج وأيضاً وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين بعد المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، ودراسة أمال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكرًا، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك، وأكدت النتائج على فاعلية البرنامج في إكساب أفراد

العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها، ودراسة جومبل (1994)، *Gumpel*: بعنوان: فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية، وأسفرت النتائج على أن التدريبات السلوكية أظهرت نتائج إيجابية، واستمرار في التفاعل مع الأقران، ودراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (٢٠٠٤): بعنوان: فاعلية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل جرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة، وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ودراسة سيفرز (2008)، *Seevers*: بعنوان: فاعلية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أثر التدريب السلوكي للأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ومشاركتهم لأقرانهم العاديين في اللعب على تحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج معهم، ومن هذه الدراسات دراسة سهير شاش (٢٠٠١): بعنوان: فاعلية برنامج لتنمية بعض

المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية في مجموعة الدمج وانتكاسه في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج وقدمت دراسة ميادة محمد علي أكبر (٢٠٠٦): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وتحديد أثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون"، وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية ودراسة ريمين جوتن (2007) *Remington*: بعنوان: فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية.

كما درب العربي محمد زايد (٢٠٠٣): الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي، وأسفرت النتائج عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية.

المحور الثاني :

دراسات تناولت تخفيف حدة الخوف المرضي لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

دراسة السيد كامل الشربيني منصور (٢٠٠٠): بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين

عقليًا القابلين للتعلم ، واستخدمت الدراسة برنامج إرشادي للعلاج ومقياس المخاوف المرضية ، ومقياس القلق ، وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلًا وطفلة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، الذين لديهم مخاوف مرضية شائعة مقسمة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انتشار المخاوف المرضية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا مع وجود فروق بين الجنسين في هذه المخاوف ، وكان أبرزها المخاوف المرضية من الظلام - لا توجد فروق بين الجنسين في القياس البعدي والتتبعي مع وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في المخاوف المرضية من الظلام.

دراسة ديف وآندرو (2006) Dave , Andrew : بعنوان : التدخل

المعرفي السلوكي للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية لتخفيف حدة اضطرابات القلق و الفوبيا الاجتماعية. واستهدفت الدراسة إعادة هيكلة المعرفة وتعديل السلوك لتخفيف حدة اضطرابات القلق و الفوبيا الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) فردًا من الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ، وتوصلت الدراسة إلى تطوير نماذج متميزة من العلاج المعرفي السلوكي للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية مع مجموعة واسعة من اضطرابات القلق والفوبيا الاجتماعية ، حيث أن العلاج المعرفي السلوكي للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية لا يميز بين مظاهر مختلفة من القلق والفوبيا الاجتماعية ، إلا أن هذا البرنامج كان له إفادة في علاج الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية.

دراسة ديفيس، طومسون وآكرون ، Davis, Thompson, et al.,

(2007) بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج اضطرابات القلق والخوف

لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، واستهدفت الدراسة الكشف عن مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تعديل السلوك بإعادة الهيكلة المعرفية وخفض اضطرابات القلق والخوف لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، وتكونت عينة الدراسة من (٧) أطفال من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الاضطرابات السلوكية ، وأعراض الخوف من الماء في وقت الحمام ، وخفض الألفاظ السلبية خلال التدريب على البرنامج المعرفي السلوكي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، وتشير النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن تكون له فعالية لعلاج المخاوف لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم .

دراسة الغانو كاندكا وآخرون (2009) : Alfano, Candica, et al.,

بعنوان : فاعلية العلاج السلوكي لتخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم . واستهدفت الدراسة مدى فاعلية العلاج السلوكي لتخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وذلك من خلال تطبيق الوسيطاء والمشرفين للعلاج السلوكي على عينة الدراسة وتكونت عينة الدراسة من (٨٨) طفلًا من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج للأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم للرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي، واستمرارية الأداء العام بعد العلاج للأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم مما يدل على فعالية الإرشاد في تعديل السلوك وتحسن الأنماط النفسية.

دراسة أحمد عمر أحمد المدخلي (١٩٩٦): بعنوان: فعالية العلاج

العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين. واستهدفت الدراسة تصميم برنامج علاجي جمعي خاص بإعادة البنية المعرفية للفرد، يستند على مبادئ أليس في العلاج العقلاني الانفعالي، وتكونت عينة الدراسة من عشرين طالبًا من طلاب المرحلة الثانوية الذين يعانون من إرهاب التحدث أمام الآخرين، وكان متوسط أعمارهم (١٨) سنة بانحراف معياري (٢.٥) سنة، وكان متوسط درجاتهم على مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين (٢٢.١٥٪) وبانحراف معياري (٣.٤١)، وتوصلت الدراسة إلى ((توجد فروق دالة عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (٦.٣٥) ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة (١٤.٦٥) بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة وهذا يعني أن برنامج العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي له فعالية في خفض إرهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة التجريبية في حين لم ينخفض إرهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة الضابطة. - هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي)).

دراسة أمال إبراهيم الفقي (٢٠٠١): بعنوان: فعالية السيكودراما

في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال. واستهدفت الدراسة الكشف عن مدى فعالية برنامج قائم على السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال، وتكونت العينة من (٢٤) تلميذ وتلميذة مما يعانون من مخاوف اجتماعية مرتفعة، وتراوح متوسط أعمار عينة الدراسة ما بين (٩-١٢) عاما وتم

تقسيمها إلى أربع مجموعات على النحو التالي (مجموعة تجريبية ذكور وعددها "٦" تلاميذ - مجموعة تجريبية إناث وعددها "٦" تلاميذ - مجموعة ضابطة ذكور وعددها "٦" تلاميذ - مجموعة ضابطة إناث وعددها "٦" تلاميذ). وتوصلت الدراسة إلى فعالية برنامج قائم على السيكدوراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال.

دراسة عبد الله محمد عبد الظاهر خليل (٢٠٠٤): بعنوان: مدى فاعلية

العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط. وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٦٧) طالب وطالبة بكلية التربية بالفرقة الثالثة جميع الشعب (١٩٢ طالبًا ، ٢٧٥ طالبة) وقد اشتملت العينة الإكلينيكية على ٣٦ طالبًا وطالبة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة، واستخدمت الدراسة أدوات هي مقياس الفوبيا الاجتماعية ، ومقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الفوبيا الاجتماعية، ومقياس المهارات التوكيدية (طريف شوقي فرج، ١٩٩٨)، وبرنامجًا للعلاج العقلاني الانفعالي والتدريب على المهارات التوكيدية ، وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أبرزها: وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيًا بين الفوبيا الاجتماعية والأفكار اللاعقلانية، كما أظهرت ارتباطًا سالبًا بين الفوبيا الاجتماعية والمهارات التوكيدية كما أظهر الإناث فوبيا اجتماعية أعلى من الذكور، وأثبتت الدراسة فعالية كل من برنامج العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض

الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة ولم تظهر الدراسة وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبيتين ، كما أظهرت نتائج المتابعة وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلاني على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد العلاج ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج كما أظهرت أيضًا نتائج المتابعة وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية بعد العلاج مباشرة ، ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج في مقياس الفوبيا الاجتماعية.

دراسة باير سوزان وغارلاند (2005) & Baer, Susan Garland

بعنوان: فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الخوف المرضي للمراهقين. واستهدفت الدراسة تقييم فعالية برنامج مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الخوف المرضي للمراهقين، سواء من حيث الوقت وكثافة العمالة من برنامج درس سابقا (الخدمة الاجتماعية فعالية العلاج للأطفال والمراهقين) لتكون أكثر ملائمة لمجتمع العيادات الخارجية للطب النفسي واستخدمت الدراسة عينة عشوائية (١٢) مراهقًا لديهم خوف مرضي والأعمار (١٣-١٨) سنة، وقسمت إلى مجموعة تجريبية (ن=١٠) أشخاص ومجموعة ضابطة (ن=١٠) أشخاص، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الخوف المرضي والاكتئاب والقلق الاجتماعي للمراهقين.

دراسة سانتا كروز وآخرون (2006) et al., Santacruz

فعالية برنامج والدي لتحسين الخوف المرضي لدى الأطفال. واستهدفت الدراسة

مقارنة العلاج المطبق من قبل الآباء للأطفال ذوي الخوف من الظلام، وتكونت عينة الدراسة من (٧٨) طفلاً وتتراوح أعمارهم ما بين (٤-٨) سنة من (٢٧) مدرسة وقسمت على مجموعتين ضابطة وتجريبية طبق عليها العلاج باللعب والعرض المثير للمشاعر والعلاج في المنزل من قبل الآباء الذين سبق تدريبهم، واستمر التدريب لمدة خمسة أسابيع وقعت في ثلاث دورات لمدة ٢٠ دقيقة أسبوعياً ، وأسفرت نتائج الدراسة إلى تحسن كبير في الخوف من الظلام لدي الأطفال.

دراسة بوتيللا، كريستينا وآخرون (2007) Botella Cristina, et al. :

بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي لمعالجة الخوف من التحدث أمام العامة باستخدام الإنترنت. واستهدفت الدراسة تقديم المساعدة الذاتية والمساندة النفسية إلى مرضي المخاوف من التحدث أمام الجمهور من خلال الإنترنت، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) مريضاً لديهم فوبيا اجتماعية من التحدث أمام الجمهور وتوصلت الدراسة إلى فعالية التدريب على البرنامج المعرفي السلوكي ، وذلك لعلاج الخوف من التحدث أمام الجمهور.

دراسة أمير، نذر وآخرون (2009) Amir, Nader, et al. , :

بعنوان: تدريب انتباه الأشخاص الذين يعانون من الخوف المرضي. وتهدف الدراسة إلى فعالية تدريب الأشخاص الذين يعانون من خواف متعممة وتكونت عينة الدراسة من (٤٤) فرداً لديهم خوفي مرضي، واستغرق البرنامج فترة زمنية حوالي (٤) شهور، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط بين الخوف المرضي والقلق الاجتماعي، كما أن التدريب على البرنامج له نتائج واضحة في تخفيف الخوف المرضي.

دراسة ريج رونالد وآخرون (2009) *Rapee, Ronald, et al.* : بعنوان:

فعالية تحسين الخوف المرضي المستمد من تحسين النموذج النظري. واستهدفت الدراسة فعالية علاج الخوف المرضي باستخدام برامج قائمة على المهارات وتكونت عينة الدراسة من (١٩٥) شخصاً لديهم خوف مرضي، واستخدم في هذه الدراسة فنيات ومن أهمها فنية التعزيز وإعادة التدريب، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية أسلوب التعزيز في علاج الخوف المرضي والقلق أثناء الكلام، وأن التغييرات التي طرأت على عينة الدراسة كانت بواسطة استخدام برامج قائمة على المهارات.

دراسة ايلينا اهنو (2005) *Oumano, Elena* : بعنوان: فعالية برنامج

معرفي سلوكي نموذجي لتخفيف القلق والخوف المستمد من تحسين النموذج النظري والتدريب على استراتيجيات فن الخطابة. واستهدفت الدراسة بحث مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي نموذجي لتخفيف القلق والخوف في التحدث علناً في الأماكن العامة ، واستمر التدريب فترة زمنية حوالي ستة عشر أسبوعاً ، وأسفرت الدراسة عن فعالية التدريب على برنامج للتكيف مع التجربة المعرفية السلوكية النموذجية للمرضى طول الوقت ، واستخدام الإستراتيجيات التدريبية مثل : "الواجبات ، والاشترك في المجموعات " .

تعليق عام على دراسات المحور الثاني:

وضع من الدراسات والبحوث التي تم عرضها أن الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج علاجية وتدريبية لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ، فقدمت مجموعة من هذه الدراسات

والبحوث برامج لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، وبصفة عامة أثبتت فعاليتها في تخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ، كما أثبتت فعاليتها في تحسين الاندماج في المجتمع والتعامل مع الآخرين بمخاوف مرضية أقل في حداثها عن سابقتها لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، ومن هذه الدراسات دراسة السيد كامل الشربيني منصور (٢٠٠٠): بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انتشار المخاوف المرضية لدى هؤلاء الأطفال مع وجود فروق بين الجنسين في هذه المخاوف، ودراسة ديف وأندرو (Dave, Andrew (2009): بعنوان: التدخل المعرفي السلوكي للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية لتخفيف حدة اضطراب القلق والفوبيا الاجتماعية قامت على التدخل المعرفي السلوكي للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية لتخفيف حدة اضطرابات القلق والفوبيا الاجتماعية ، وأسفرت النتائج عن فائدة البرنامج في علاج الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية ، ودراسة ديفيس، طومسون وآخرون (Davis, Thompson, et al., (2007): بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج اضطرابات القلق والخوف لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن تكون له فعالية لعلاج المخاوف لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، ودراسة ألفانو كانديكا وآخرون (Alfano, Candica, et al., (2009): بعنوان: فاعلية العلاج السلوكي لتخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج لهؤلاء الأطفال.

كما قدمت دراسة أحمد عمر أحمد المدخلي (١٩٩٦) برنامج علاجي جمعي خاص بإعادة البنية المعرفية للفرد، يستند على مبادئ أليس في العلاج العقلاني الانفعالي في خفض إرهاب التحدث أمام الآخرين، ودراسة أمال إبراهيم الفقي (٢٠٠١) استهدفت الكشف عن مدي فعالية برنامج قائم على السيكوودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدي الأطفال، ودراسة عبد الله محمد عبد الظاهر خليل (٢٠٠٤) هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين وذلك من خلال البرنامج التدريبي، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية كل من برنامج العلاج العقلاني الإنفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة.

كما قدمت دراسة باير سوزان وغارلاند (2005) &Baer, Garland

Susan: برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الخوف المرضي للمراهقين وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الخوف المرضي والاكتئاب والقلق الاجتماعي للمراهقين. ودراسة بوتيللا كريستينا وآخرون (2007) *et al., Botella, Cristina*، استهدفت تقديم المساعدة الذاتية والمساعدة النفسية إلى مرضي المخاوف من التحدث أمام الجمهور من خلال برنامج معرفي سلوكي للمعالجة بالإنترنت، وتوصلت الدراسة إلى فعالية التدريب على البرنامج المعرفي السلوكي، وذلك لعلاج الخوف من التحدث أمام الجمهور. ودراسة أمير، ندر وآخرون (2009) *et al. Amir, Nader* : واستهدفت الدراسة الكشف عن مدي فعالية تدريب الأشخاص الذين يعانون من الخوف

المرضي وذلك من خلال التدريب علي برنامج سلوكي، وأسفرت النتائج إلى أن التدريب على البرنامج له نتائج واضحة في تخفيف الخوف المرضي، ودراسة رونالد وآخرون (Rapee, Ronald, et al., 2009): التي استهدفت فعالية علاج الخوف المرضي باستخدام برامج قائمة على المهارات، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية أسلوب التعزيز في علاج الخوف المرضي، والقلق أثناء الكلام.

تعقيب عام:

انطلاقاً من الخاصية التراكمية للعلم يتضح أن أي بحث علمي يتم إجراؤه يعتمد على تجارب الآخرين والاستفادة من خبراتهم التي تتمثل في دراساتهم وبحوثهم السابقة، وفي هذا الصدد نجد أن الدراسات والبحوث الأجنبية اهتمت بالمخاوف المرضية وتنمية السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والتواصل والاندماج السوي في المجتمع لدى الأطفال المتخلفين عقلياً للانتقال بهم من واقعهم كمتخلفين عقلياً إلى قابلين للتعلم والتدريب، ومن كونهم عالية على أسرهم إلى كونهم أطفالاً قادرين على الاعتماد على أنفسهم ليس ذلك فحسب بل يتخطى ذلك اعتماد أسرهم عليهم مما يؤدي إلى تنمية توافقهم النفسي والاجتماعي فهم يتعلموا الكثير من الخبرات بأنفسهم إلا أن الطفل المتخلف عقلياً في حاجة إلى جهد كبير لأنه لا يتعلم إلا إذا وجد من يعلمه كل صغيرة وكبيرة في حياته بما يتناسب مع قدراته العقلية فيحتاج إلى وقت طويل في التعليم والتدريب، وتبين الآتي:

١- أجمعت دراسات المحور الأول على قدرة البرامج التدريبية السلوكية في تعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم وذلك من خلال التدريب على البرامج التدريبية السلوكية لتخفيف الاضطرابات

السلوكية والنفسية لتحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج مع الآخرين، كما أشارت بعض الدراسات إلى أثر التدريب السلوكي للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ومشاركتهم لأقرانهم العاديين في اللعب على تحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج معهم.

٢- أجمعت دراسات المحور الثاني على أن الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج علاجية وتدريبية لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، فقدمت مجموعة من هذه الدراسات والبحوث برامج لتخفيف المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وبصفة عامة أنها أثبتت فعاليتها في تخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية كما أثبتت فعاليتها في تحسين الاندماج في المجتمع والتعامل مع الآخرين بمخاوف مرضية أقل في حداثتها عن سابقتها لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، كما أجمعت أيضاً دراسات هذا المحور على أن المخاوف المرضية للفرد تنعكس بالسلب على توافقه الاجتماعي حيث يكون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والسلوكية، فقدمت مجموعة من هذه الدراسات والبحوث برامج لتخفيف المخاوف المرضية لدى الأطفال، كما يتضح من الدراسات السابقة لهذا المحور معرفة وفحص العلاقة بين المخاوف المرضية وبعض الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين.

٣- هناك علاقة عكسية بين التدريب السلوكي على المخاوف المرضية والاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وكلما زادت فرص التدريب السلوكي كلما انخفضت حدة المخاوف المرضية والاضطرابات النفسية والسلوكية).

وتتمثل أوجه الاستفادة في الآتي:

- ١- تحديد حجم عينة الدراسة والأساليب والفنيات التي تستخدم مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وكذلك محتوى الجلسات التي يتم تدريب الأطفال من خلالها وكيفية إعداد برنامج تدريبي لهذه الفئة من المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بما يناسب طبيعة المجتمع المصري وخصائص الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم به.
- ٢- تحديد أدوات الدراسة وإعداد مقياس المخاوف المرضية ومعرفة مخاوف الأطفال لدي الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ومعرفة مدى تأثير البرنامج على عينة الدراسة.

obeikandi.com

المراجع

obeyikhandal.com

obeikandi.com

أولاً:- المراجع العربية :-

- ١- أبو بكر مرسي محمد (٢٠٠٢): أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للإرشاد النفسي، القاهرة، النهضة المصرية.
- ٢- إجلال محمد سرى (١٩٩٠): علم النفس العلاجي ، القاهرة، عالم الكتاب.
- ٣- أحمد أحمد متولي عمر (١٩٩٣): مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة . رسالة دكتوراه ، كلية التربية : جامعة طنطا.
- ٤- أحمد عمر أحمد المدخلي (١٩٩٦) فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
- ٥- أحمد فهمى عكاشة (١٩٨٨): الطب النفسي المعاصر. ط٤ ، القاهرة الأنجلو المصرية .
- ٦- أسامة سعد أبو سريع (١٩٩٣) : الصداقة من منظور علم النفس ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت، عالم المعرفة ، العدد ١٧٩.
- ٧- أسماء السرسى ، وأماني عبد المقصود (٢٠٠٢): التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة "بين التشخيص والتحسين "، مجلة كلية التربية "التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ، الجزء الثاني.

٨- أسماء عبد الله العطية (٢٠٠٧): تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال من ذوى الإعاقات العقلية، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية.

٩- أشرف محمد عبد الغنى شريت (٢٠٠٠): مخاوف الأطفال المعاقين عقليًا. المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، توزيع الإبراهيمية.

١٠- أشرف محمد عبد الغنى شريت (٢٠٠٩): الطفل المعاق عقليًا "سلوكه . مخاوفه" الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية.

١١- أشرف محمد عبد الغنى شريت ورحاب محمود محمد صديق (٢٠٠٧) "برنامج التفاعل الاجتماعي للأطفال المعاقين عقليًا مفرطي النشاط، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية.

١٢- ألفت حقي (١٩٩٥): الاضطراب النفسي، الجزء الأول "التشخيص والعلاج والوقاية"، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

١٣- آمال إبراهيم الفقي (٢٠٠١): فعالية السيكوDRAMا في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، فرع بنها.

١٤- آمال عبد السميع أباطلة (٢٠٠٢): سيكولوجية غير العاديين "ذوى الاحتياجات الخاصة" القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٥- آمال عبد السميع أباطلة (٢٠٠٣) (١): الأطفال والمراهقون المعرضون للخطر القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٦- آمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٥) (١): مقياس المخاوف الشامل. القاهرة
الأنجلو المصرية

١٧- آمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٩) سيكولوجية غير العاديين "ذوى
الاحتياجات الخاصة" القاهرة، الأنجلو المصرية.

١٨- أموال عبد الكريم (١٩٩٤): فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك
في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً
رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية: جامعة عين شمس.

١٩- انتصار يونس (١٩٨٤): السلوك الإنساني، الإسكندرية، دار المعارف.

٢٠- إيمان فؤاد الكاشف (٢٠٠١): الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه
القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٢١- ب ب وولان (١٩٩٥): مخاوف الأطفال. تقديم: عبد العزيز القوصي، ترجمة
محمد عبد الظاهر الطيب، القاهرة، دار المعارف.

٢٢- جابر عبد الحميد جابر (١٩٩٠): نظريات الشخصية (البناء، الديناميات،
النمو، طرق البحث، التقويم). القاهرة، النهضة المصرية.

٢٣- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٥): علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة".
القاهرة، عالم الكتاب.

٢٤- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٢، .
القاهرة، عالم الكتاب.

٢٥- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٤): الصحة النفسية والعلاج النفسي.
القاهرة، عالم الكتاب.

- ٢٦- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ط٣، القاهرة، عالم الكتاب.
- ٢٧- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة، الطبعة الخامسة. القاهرة :عالم الكتاب .
- ٢٨- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٣) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ط٢، القاهرة، عالم الكتاب.
- ٢٩- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ط٤، القاهرة: عالم الكتاب.
- ٣٠- حسام إسماعيل هيبة (١٩٩٧) : سيكولوجية غير العاديين ،الإعاقة العقلية الحسية ، القاهرة ،كلية التربية . جامعة عين شمس .
- ٣١- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨) : موسوعة علم النفس العيادي (١) "علم النفس الإكلينيكي" . القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٣٢- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٣) : موسوعة علم النفس العيادي (٤) الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة " الأسباب — التشخيص . العلاج " القاهرة ، دار القاهرة .
- ٣٣- حسين على فايد (٢٠٠٥) : علم النفس الإكلينيكي . الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- ٣٤- خليل ميخائيل معوض (١٩٩٤) : سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة) . ط٣ ، الإسكندرية ، دار الفكر الجامعي .

٣٥- خوله أحمد يحيى (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٦- دوجلاس توم (١٩٦٩): مشكلات الأطفال اليومية، ط٥، القاهرة، دار المعارف.

٣٧- زكريا احمد الشرييني (١٩٩٤): المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة دار الفكر العربي .

٣٨- زينب محمود شقير (٢٠٠٥): مقياس المخاوف، القاهرة الأنجلو المصرية .

٣٩- سعدية محمد على بهادر (١٩٩٤): المرجع في برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة، ط١ المؤسسة السعودية بمصر، مطبعة المدني .

٤٠- سمير السيد شحاتة (٢٠٠٦): فاعلية برنامج لتنمية فعالية الذات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين والمراهقات المكفوفين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، كفر الشيخ جامعة طنطا.

٤١- سهير كامل أحمد (١٩٩٨): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة، مركز الإسكندرية للكتاب .

٤٢- سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠١): فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٤٣- السيد كامل الشربيني منصور (٢٠٠٠): فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق.

٤٤- عادل صادق (١٩٨٧): كتابات القاهرة، دار المعارف.

٤٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات القاهرة، دار الرشاد.

٤٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣): تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليًا باستخدام جداول النشاط المصورة. دراسات تطبيقية، القاهرة، دار الرشاد للنشر.

٤٧- عبد الرحمن عدس ، محي الدين توفيق (١٩٩٥): المدخل إلى علم النفس . طه القاهرة ، دار الفكر للنشر والتوزيع.

٤٨- عبد الرحمن محمد العيسوي (١٩٨٤): أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية) . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٤٩- عبد الرحمن محمد العيسوي (١٩٨٦): أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية) . الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٥٠- عبد الرحمن محمد العيسوي (٢٠٠١): الجديد في الصحة النفسية . الإسكندرية ، منشأة المعارف .

٥١- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣) : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت، عالم المعرفة.

- ٥٢- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث
أساليب ومبادئ تطبيقه، القاهرة، الدار العربية للنشر،
- ٥٣- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، الكويت،
عالم المعرفة.
- ٥٤- عبد الستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم (٢٠٠٣): علم النفس "أسسه ومعالم
دراسته" ط٢، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- ٥٥- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦): مقياس المستوى الاجتماعي
الاقتصادي للأسرة، ط٢ المعدلة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٥٦- عبد العزيز القوصي (١٩٨١): أسس الصحة النفسية. القاهرة، النهضة
المصرية.
- ٥٧- عبد العظيم شحاته مرسى (١٩٩٠): التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً
القاهرة، النهضة المصرية.
- ٥٨- عبد الله السيد عسكر (٢٠٠٠): مدخل في التحليل النفسي اللاكاتى.
القاهرة، الأنجلو المصرية.
- ٥٩- عبد الله محمد عبد الظاهر خليل (٢٠٠٤): مدى فاعلية العلاج العقلاني
والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى
الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط، رسالة ماجستير غير
منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- ٦٠- عبد المجيد سيد احمد منصور، زكريا احمد الشربيني، نيسرية صادق.
(٢٠٠٣): موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية

والتربوية والاجتماعية- الأسباب وطرق العلاج". الجزء الأول

الطفل العادي. القاهرة، دار قباء للطباعة والتوزيع والنشر.

٦١- عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٦): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة

وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي .

٦٢- عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٩): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة

وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي.

٦٣- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة

وتربيتهم. القاهرة. دار الفكر العربي .

٦٤- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٦): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة

وتربيتهم. القاهرة. دار الفكر العربي.

٦٥- عبد المنعم الحفني (١٩٩٤): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط٤

القاهرة، مكتبة مدبولي.

٦٦- عدنان الشريف (١٩٨٧): علم النفس القرآني، لبنان: دار العلم للملايين.

٦٧- العربي محمد على زايد (٢٠٠٣):فاعلية التدريب على استخدام جداول

النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها

في خفض السلوك الإنسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً

،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة الزقازيق.

٦٨- علا عبد الباقي إبراهيم (٢٠٠٠): التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها

وإجراءات الوقاية منها ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات

إعاقاة الطفولة، الكتيب الثاني، القاهرة، مطبعة الطوبجي
التجارية

٦٩- فاروق الروسان (١٩٩٨): أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة
الأردن، عمان، دار الفكر والنشر.

٧٠- فاروق الروسان (٢٠٠٠): تعديل وبناء السلوك الإنساني، الأردن: دار الفكر
للطباعة والنشر والتوزيع.

٧١- فاروق محمد صادق (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي، الرياض:
جامعة الملك سعود.

٧٢- فرج عبد القادر طه، شاكر عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، مصطفى
كامل عبد الفتاح (٢٠٠٥): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.
ط٣، القاهرة، المكتبات الكبرى.

٧٣- فرماوي محمد (١٩٩٢): "تخطيط البرامج التربوية" القاهرة، الأنجلو المصرية.

٧٤- فيصل محمد خير الزباد (٢٠٠٥): العلاج النفسي السلوكي، بيروت، لبنان دار
العلم للملايين.

٧٥- فيوليت فؤاد إبراهيم، عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٨): دراسات
في سيكولوجية النمو "الطفولة والمراهقة". القاهرة، زهراء الشرق.

٧٦- فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): "مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال
المتخلفين عقليا المصابين بأمراض داون من فئة القابلين للتعلم"
بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني).

مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس، ٢٨-٣٠ ابريل ١٩٩٢
ص ٩٨٣-١٠٢٢.

٧٧- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي، ط١، الكويت،
دار القلم.

٧٨- كمال إبراهيم مرسي (٢٠٠٠): مرجع في التخلف العقلي، القاهرة، دار النشر
للجامعات المصرية.

٧٩- كمال سالم (١٩٨٨): الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين . تقديم
فاروق محمد صادق، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية .

٨٠- كمال محمد الدسوقي (١٩٩٠): ذخيرة علم النفس، القاهرة، الدار الدولية
للنشر والتوزيع.

٨١- لويس كامل مليكة (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار
القلم.

٨٢- ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة :مدخل
إلى التربية الخاصة، عمان: الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

٨٣- مجدي محمد محمد الدسوقي (١٩٩٤): مدى فاعلية لعب الدور في التعلم
بالنموذج في تنمية مستوى النضج الخلقي لدى عينة من الأطفال
رسالة دكتوراه، كلية التربية :عين شمس.

٨٤- محمد جاسم ولي (٢٠٠٦): الخوف ومفهومه السيكولوجي وأنواعه ودور
الأسرة والثقافة في إنشائه. المؤتمر الدولي الحادي عشر، عن الأمن
والديمقراطية ابتداء من ٢٤-٢٦-٤-٢٠٠٦، جامعة فيلادلفيا الأردن.

٨٥- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٢): التلميذ في التعليم الأساسي .
الإسكندرية ، منشأة المعارف .

٨٦- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٦) : مشكلات الأبناء ، الإسكندرية، دار
المعرفة الجامعية.

٨٧- محمد عبد المؤمن حسين (١٩٩٢): الخوف المرضي وعلاقته بصعوبات التعلم
والمختلفين عقليًا. العدد (٢٢) مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة
المصرية العامة للكتاب.

٨٨- محمد عثمان نجاتي (١٩٨٧): علم النفس في حياتنا اليومية ،كتاب
في مبادئ الصحة النفسية. القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٨٩- محمد محروس الشناوي (١٩٩٤) : نظريات الإرشاد والعلاج، القاهرة، دار
قباء.

٩٠- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي: الأسباب ،التشخيص
البرامج ، القاهرة ، مكتبة غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٩١- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : العلاج السلوكي
الحديث، أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر
والتوزيع.

٩٢- محمود جمال أبو العزائم (١٩٩٩): القلق النفسي ،مجلة الطب النفسي
الإسلامي "النفس مطمئنة" ، السنة (١٤) ، العدد (٦٠) . أكتوبر ، ط
١٦.١٤ ، القاهرة ، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية

٩٣- مصري عبد الحميد حنورة (١٩٩٨): الشخصية والصحة النفسية . القاهرة .
الأنجلو المصرية .

٩٤- مصري عبد الحميد حنورة (٢٠٠٢) : مقياس بينيه العرب للذكاء ، الطبعة
الرابعة(المرشد العلمي للتطبيق حساب الدرجات وكتابة
التقارير)، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

٩٥- مصطفى ناصف ، وعطية محمود هنا (١٩٨٣): نظريات التعلم دراسة
مقارنة، الكويت، عالم المعرفة.

٩٦- جوزيف رينزو(١٩٩٩): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا بين
النظرية والتطبيق ، الجزء الثاني، ترجمة: عبد العزيز السيد
الشخص وزيدان أحمد السرطاوى ، دار الكتاب الجامعي
الإمارات العربية المتحدة.

٩٧- مجمع اللغة العربية (٢٠٠٣): المعجم الوجيز . القاهرة ، وزارة التربية والتعليم
المطابع الأميرية .

٩٨- موسى صالح شرف (٢٠٠٠): القلق مرض العصر (كيف عالجه الإسلام) .
مجلة "منار الإسلام" ، العدد (١) ، السنة (٢٦) ، ط ط ١٠٤ - ١٠٩
الأمارات العربية المتحدة ، وزارة العدل والشئون الإسلامية
والأوقاف .

٩٩- نادر فهمي الزيود (١٩٩٥): تعليم الأطفال المتخلفين عقليًا، الأردن ، عمان
دار الفكر .

- ١٠٠- نعمة مصطفى رقبان ، مواهب إبراهيم عياد (١٩٩٥) : دراسة تقييمية
لستوى الأداء المهاري لعينة من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين
للتعلم في برنامج تدريبي على مهارات التواصل والتفاعل
الاجتماعي : المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي نو
الحاجات الخاصة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ٢٥-٢٧
ديسمبر ١٩٩٥ .
- ١٠١- هارتين هيرت (١٩٨٠) : مشكلات الطفولة . ترجمة عبد الحميد نشواتي ،
القاهرة ، وزارة الثقافة والإرشاد القومي .
- ١٠٢- والترج . كوفيل ، تيموثي د . كوستيللو ، فابيان ل . روك (١٩٨٦) : الأمراض
النفسية . ترجمة محمود الزبدي ، ط٢ ، الكويت ، مكتبة الفلاح .
- ١٠٣- وليم الخولي (١٩٧٦) : الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب
العقلي ، ط١ ، القاهرة ، دار المعارف .
- ١٠٤- يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصماوي (١٩٩٥) : المدخل
إلى التربية الخاصة ، الإمارات العربية المتحدة ، دبي ، دار القلم .
- ١٠٥- يوسف ميخائيل اسعد (١٩٩٨) : قاموس علم النفس . القاهرة ، دار غريب
للطباعة والنشر .

ثانياً: المراجع الأجنبية :-

- 106- Alfano, Candica A., . Pina, Armando A., . Villalta, Ian K., . Bedorah C., . Ammerman, Robert T., . Crosby, Lori E. (2009): *Mediators and Moderators of Outcome in the Behavioral Treatment of Childhood Social Phobia.*, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v48 n9 p645.
- 107- Amir, Nader, Beard, Courtney, Taylor, Charles T., Klumpp, Heide, Elias, Jason , Burns, Michelle, Chen, Xi(2009): *Attention Training in Individuals with Generalized Social Phobia: A Randomized Controlled Trial*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 961-973.
- 108- Baer, Susan., Garland, E. Jane (2005): *Pilot of Community-Based Cognitive Behavioral Group Trapy for Adolescents with Social Phobiahe.*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 258.
- 109- Botella, Cristina, Veronica., Banos, Ranos, M., Carcia-Palacios, Azucena., Gallego, Maria J., Alcaniz, Mariano (2007): *Telepsychology and Self-Help: The Treatment of Fear of Public Speaking*, *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 46-57.
- 110- Colleen, J. & Edward, F. (1995): *Understanding Exceptional People*, New Yor, West PUBLISHING Company.
- 111- Dave, Dagnan., Andrew, Jahoda(2006): *Cognitive-Behavioural Intervention for People with Intellectual Disability and Anxiety Disorders*, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, v19 n1 p91-97 Mar 2006.
- 112- Davis, Thompson E., III, Kurts, F., Gardner, Andrew W., Carman, Nicole B.(2007): *Cognitive-Behavioral Treatment for Specifias with a Child Demonstrating Severe problem Behavior and Developmental Delays*,

Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, v28 n6 p546-558.

- 113- Davison Gerald & Neale John (1978) : *Abnormal psychology (2nd ed)* John Wiley and sons, New York.
- 114- Deank Parmelee & Ronali David (1996) : *Child and adolescent Psychiatry . Mosbys Neurology Psychiatry Access Series*, New York.
- 115- Evan, f.w.(1993): *Development of the illustrated fear survey schedule (ifss) and an examination of its reliability and validity with children With mental retardation : Dissereation Abstracts International Vol. 54, No (3) pp7-8.*
- 116- Feldman, R .(1996): *Understanding psyehology (14 th ed) : New York St :lows San Francisco Auckland Bogota Caracas lisbo.*
- 117- Good, C.V.(1973). *Dictionary of education. Third edition.*Newyork, Mc grow. Hill book company.
- 118- Gullone, E., Cummin, R . A .& King, N. (1996) : *Adaptive behaviour in children and without on intellectual disability: relation ships with fear and anxiety behaviour . change, vol.12, No (4), pp227 -237.*
- 119- Gumpel, T. (1994): *Social Competence and Social Skills Training for persons with Mental Retardation: An Expansion of a Behavioral paradigm, abilities, Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disv29 n3 p164-201.*
- 120- Hawkins, S. (1994): *Mental Retardation Cisabilities and Gifted Education Reston, vA. P(15).*
- 121- Kevinl, B. (1995): *Developmental Disabilities Definitons and Policies. In (Encyclopedia of social work) 19 th ed, Washington Nasw press, Vol(15).P(713).*
- 122- Li, Huiun,. Morris, Richard J (2007): *Assesing Fears and Related Anxieties in Children and Adolescents with Learning Disabilities or Mild Mental Retardation, Research in Developmental Disabilities: A multi disciplinary Journal*, v28 n5 p445-457.

- 123- Luria, W. (1983): *Intervention ,Retarded to Retarded Child Language Through Cognitive. Journal of special Education*, vol (119).P(10).
- 124- Merckelbach, Harold, De Ruiter, Corine, Von Den Hout, Marcei, Hoekstra, Rense (1989) : *Conditioning experience and phobias. Behavior Research and Therapy*, Vol. 27, No.(7), pp. 657-662.
- 125- Ollendick, Thomas (1979) : *Fear reduction techniques with Children. Progress in Behavior Modification*, vol. 8, Academic Press, New york.
- 126- Ollendick, Thomas, King, Neville (1991): *Origins of Childhood Fears, An Evaluation of Rachman,s Therapy of Fear Acquisition. Behavior Research and Therapy*, Vol. 29, No .(2), pp.117-123.
- 127- Oumano, Elena (2005): . *A Cognitive Behavioral Therapy Model: Integrating Anxiety and Phobia Coping Strategies into Fundamentals of Public Speaking College Courses, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 325-334.
- 128- Ramires, Sylvia z., Kratochwill Thomas R.(1997): *Self-Reported Fears in Children with and without Mental Retardation. Mental Retardation*, v35 n2 p83-92.
- 129- Rapee, Ronald M., . Gaston, Jonathan E., Abbott J. (2009): *Testing the Efficacy of Theoretically Derived Improvements in the Treatment of Social Phobia, Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (2), 317-327.
- 130- Remington, Bob, Hastings, Richard P., . kovshoff, (2007): *Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for Children With Autism and their Parents after Two Years. American Journal on Mental Retardation*, v112 n6 p418-438.
- 131- Santacruz, Isabel,. Mendez, Francisco J., Sanchez-Meca, Julio (2006): *Play Therapy Applied by Parents for Children with Darkness Phobia: Comparison of Two*

Programmes, Child & Family Behavior Therapy
28(1),19-35.

132- Sarphare, Geeta, Aman Michael G. (1996): *Parent-and Self-Ratings of Anxiety in Children with Mental Retardation: Agreement Levels and Test-Retest Reliability. Research in Developmental Disabilities* v17 n1 p27-39.

133- Seevers, Randy L., Jones-Blank, Michelle (2008): *Exploring the Effects of Social Skills Training on Social Submission, National Forum of Special Education Journal* v19 n1.

