

جامعة الجزائر 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الأطفونيا

محاضرات وحدة:
الإرشاد والعلاج الأسري

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة ماستر 2 في الأطفونيا
تخصص: أمراض اللغة والتواصل

إعداد:
د/تواتي أوشيش نسيمة

السنة الجامعية
2023 /2022

مفاهيم عامة حول الوحدة

"الإرشاد والعلاج الأسري" مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة ماستر 2 في الأرطوفونيا، تخصص أمراض اللغة والتواصل. تدرس في السداسي الثالث.

الرصيد: 5

المعامل: 2

أهداف التعليم:

- فهم معنى النظام العائلي
- التعرف على أهم طرق العلاج الأسري لأمراض اللغة والتواصل وخاصة الأسرة كنظام المعارف المسبقة المطلوبة :

يشترط على الطالب أن يكون لديه معارف خاصة بأمراض اللغة والتواصل

محتوى الوحدة:

- المحور الأول: الأسرة
- المحور الثاني: الإرشاد الأسري
- المحور الثالث: العلاج الأسري
- المحور الرابع: العلاج الأسري في أمراض اللغة والتواصل

طريقة التقييم

التأكد من مكتسبات الطالب عن طريق التقييم المستمر في الأعمال الموجهة أو الأعمال التطبيقية و امتحان المحاضرة عند نهاية السداسي.

هيكلة وتخطيط الوحدة:

تنقسم المطبوعة إلى محاور ويندرج تحت كل محور عدد من المحاضرات، التي تسمح للطلاب بتطوير مهاراته في استخدام المفاهيم واكتساب المعارف الأساسية في الإرشاد والعلاج الأسري

الفهرس

الصفحة	العنوان
01	مقدمة
المحور الأول: الأسرة	
المحاضرة الأولى	
04	1- تعريف الأسرة
05	2 - أنواع الأسرة
06	3- وظائف الأسرة
07	4 - خصائص الأسرة
المحاضرة الثانية	
09	5 - مظاهر الصحة النفسية
10	6 - معايير الأسرة الصحية
10	7 - الأسرة والصحة النفسية للطفل
11	8 - دور الأسرة في تحقيق الصحة النفسية لأفرادها
11	9 - مفتاح الصحة النفسية
12	10- الآثار النفسية للتفكك الأسري على الطفل
المحور الثاني: الإرشاد الأسري	
المحاضرة الثالثة	
17	1- الخلفية التاريخية للإرشاد الأسري
18	2- تعريف الإرشاد الأسري
19	3- أهمية الإرشاد الأسري
21	4- أهداف الإرشاد الأسري
المحاضرة الرابعة	
23	5- نظريات الإرشاد الأسري

	المحاضرة الخامسة
39	6 - مراحل الإرشاد الأسري
40	7 - مهارات الإرشاد الأسري
41	8- متطلبات المرشد الأسري
42	9- أساليب وفنيات الإرشاد الأسري
47	10- الإرشاد الأسري من منظور عربي إسلامي
المحور الثالث: العلاج الأسري	
	المحاضرة السادسة
50	1- نبذة عن العلاج الأسري
50	2 - تعريف العلاج الأسري
53	3 - عوامل ظهور حركة العلاج الأسري
54	4- نمو حركة العلاج الأسري
	المحاضرة السابعة
55	5 - أهداف العلاج الأسري
55	6 - أنواع العلاج الأسري
57	7 - مبادئ العلاج النسقي الأسري
	المحاضرة الثامنة
59	8 - اتجاهات العلاج الأسري
	المحاضرة التاسعة
70	9- مراحل العلاج الأسري
72	10- أسباب اللجوء إلى العلاج الأسري
72	11- أنواع المشكلات التي يتعامل معها المعالج الأسري
73	12- نجاح العلاج الأسري
المحور الرابع: الإرشاد والعلاج الأسري في أمراض اللغة والتواصل	
	المحاضرة العاشرة

75	1- تعريف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
75	2- مفهوم إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة
77	3- دواعي إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
79	4- أهم المشكلات التي يعاني منها أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
80	5- خطة إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
80	6 - طرق إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
82	7- كفاءات المرشد الفعال ومواصفاته
82	8- المقابلة الإرشادية والعلاجية
	المحاضرة الحادية عشر
90	9- الإرشاد والعلاج الأسري لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
90	9-1- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي الإعاقة السمعية
93	9-2- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي الإعاقة الذهنية
	المحاضرة الثانية عشر
97	9-3- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي الإعاقات الحركية
100	9-4- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي اضطرابات اللغة والاتصال
102	10- معوقات إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
104	الخاتمة

مقدمة

يعيش الإنسان منذ بداية حياته في عدد من سياقات المختلفة: الأسرة، المدرسة، الرفاق، البيئة المهنية وغيرها ... ، لكن يظل السياق الأسري بالغ التقرد وأبناء الهوية الذاتية ووضع أسس الصحة النفسية وغيرها. لكن يظل السياق الأسري بالغ التقرد والخصوصية، فالأسرة هي الجماعة الأولى في مركز بناء الهوية الذاتية ووضع أسس الصحة النفسية لأعضائها وحصانتهم الخلقية ومتانتهم الشخصية، فهي تقدم للأبناء النماذج الراشدة والناضجة التي يبنون شخصياتهم من خلالها، وهي توفر الحب والاطمئنان والتقبل والتشجيع وألوان الرعاية وتقدير الذات.

وهي تلك المنظومة الاجتماعية الصغيرة التي تتألف من الزوج و الزوجة والأولاد، تتكون بينهم روابط قانونية، اجتماعية، أخلاقية وروحية، يتكون منهما البناء الاجتماعي العام(بحري، القطيشات،2011، ص15) ومن هنا كان تأثير الأسرة خطيرا على تكوين شخصية فرد، فهي الجماعة الأولية التي تنمو في أحضانها شخصية الفرد في سنوات حياته الباكرة والحاسمة، وهي لبنة أساسية في بناء المجتمع فإن صلحت صلح المجتمع والعكس صحيح، فهي من خلال نقل قيم ومعايير المجتمع تسمح باستمراره وتضمن صلاح أفراده بإرساء قواعد متينة تحفظ قيام كل فرد من أفرادها بدوره دون المساس بالآخر.

وقد أصبح هذا التأثير الحاسم للأسرة على شخصية الفرد إحدى الحقائق التي يسلم بها علماء النفس في مختلف الاتجاهات (مع اختلافهم في تفسير هذا التأثير وآلياته)

وقد كانت هذه الحقيقة وراء تبلور "الإرشاد والعلاج النفسي الأسري" وأصبح من الضروري تقديم الخدمة النفسية التي يحتاجها الفرد في سياق أسرته، فالوالدين يحددان من هو العضو المريض في الأسرة، وعلى الأطباء والمختصين أن يعملوا داخل التصور الذي حدده الوالدان لتقديم الرعاية والخدمة النفسية والطبية للفرد المحتاج إليها.(كفاي،

(1999:07)

الإرشاد والعلاج النفسي الأسري هو أحد قنوات الخدمة النفسية التي تقدم للفرد بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعترضهم وتعوق توافقهم وتقدمهم، وهذا بتوجيههم ومساعدتهم على تطوير ذواتهم واساليب التواصل فيما بينهم، بالإضافة إلى مساعدتهم في تبني استراتيجيات تمكنهم من التوصل إلى حلول مشكلاتهم.

ومن هنا جاء الإرشاد والعلاج الأسري لتحقيق هذه الأهداف العلاجية والوقائية التي سوف نعرضها ونعرض أهم النظريات والاستراتيجيات الخاصة بها لإلقاء الضوء على هذا المجال المهم والحساس.

المحور الأول : الأسرة



المحاضرة الأولى

1-تعريف الأسرة

ينقسم تعريف الأسرة إلى تعريف اصطلاحي واجتماعي

أ - التعريف الاصطلاحي

تعرف الأسرة اصطلاحاً بأنها "أهل الشخص وعشيرته" ورب الأسرة هو عائلها والمسؤول عنها، وتعرف أيضاً بأنها جماعة يربطها أمر مشترك، الأسرة التعليمية/ أسرة اللغات اللاتينية... (قاموس المعاجم العربية)

ب- المفهوم الاجتماعي للأسرة وتحولاته

من الناحية الاجتماعية، تعتبر الأسرة جماعة تتميز إلى حد كبير بما للجماعات الأولية الاجتماعية من خصائص بنيوية ووظيفية، فهي كتنظيم اجتماعي تتكون من مجموعة من الاتجاهات المنظمة والمتبادلة بين أعضائها، ومن شبكة علاقات متفاعلة بين المراكز والأدوار، إضافة إلى القيم التي يقوم عليها نسق العلاقات الأسرية. والأسرة نظام اجتماعي يتكون من أنساق وبناء وقيم ووظائف خاصة به.

ولا يوجد تعريف موحد للأسرة من الناحية الاجتماعية نظراً لما شهدته الأنظمة الاجتماعية في المجتمعات الحالية من تحولات طالت أنساقها وبناءها وقيمها ووظائفها، متأثرة بالتغيرات العالمية والتاريخية عبر العصور (القرني، العالي، 2004، ص 12).

وتعرف الأسرة على أنها جماعة اجتماعية أساسية دائمة ونظام اجتماعي رئيسي، وهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أول دروس الحياة الاجتماعية (عبد اللطيف، 2014، ص 20)

ويرى "هارولد كريستنس" أن الأسرة هي مجموعة من المكانات والأدوار المكتسبة من خلال الزواج.

ويعتبرها "رينيه كوينغ" أنها جماعة من نوع خاص يرتبط أفرادها بعلاقة الشعور الواحد المترابط والمتعاون والمساعدة المتبادلة، وبينهم أفراد واعييين أصحاء في بنائها وتطويرها وإخراجها للمجتمع (زيد الدين، 2013، ص 10)

2- أنواع الأسرة

توجد أنواع عديدة من الأسر منها:

2 - 1 - الأسرة النووية (النواة):

تتكون من الأب والأم وأولادهما أو بدون أطفال، هي أصغر وحدة أسرية.

2 - 2 - الأسرة الممتدة (الأسرة المركز):

تمتد عبر عدة أجيال يعيشون تحت سقف واحد، أو في بيوت متجاورة (الأب، الأم، الأبناء، الجد، الجدة، العم، العمة...)

2 - 3 - الأسرة المشتركة:

هي الأسرة التي تقوم على عدة وحدات أسرية ترتبط من خلال خط الأب والأم والأخ أو الأخت، وتجمعهم الإقامة المشتركة والالتزامات، الاجتماعية والاقتصادية. (زيد الدين، 2013، ص 16)

2 - 4 - الأسرة الاستبدادية والأسرة الديمقراطية:

ينتشر نمط الأسرة الديمقراطية في المجتمعات المتقدمة والصناعية، وهي أسرة تقوم على أساس المساواة والتفاهم بين الزوجين، فلا يتمتع أحد الزوجين بسلطة خاصة على الآخر. أما الأسرة الاستبدادية فتقوم على سيطرة الأب على الأسرة واعتباره مركز السلطة المطلقة داخل الأسرة، ولا تمتلك الزوجة أي سلطة اجتماعية أو قانونية.

3 - وظائف الأسرة

للأسرة وظائف عديدة ومتنوعة أهمها:

3-1- الوظيفة البيولوجية

تقتصر أساساً على انجاب الأطفال وتحديد وتنظيم النسل، فتنفرد السرة بشرعية العلاقة الجنسية دينا وقانونا.

هذه الوظيفة توفر لكل فرد من الزوجين احتياجاته البيولوجية لتجنب الانفلات الأخلاقي والأمراض.

3-2- الوظيفة الدينية والأخلاقية

تكمن في تعليم الأسرة لأبنائها كافة التعاليم الدينية والأخلاقية، واحترام التقاليد والأعراف.

3-3- الوظيفة الاجتماعية

تتمثل في تعليم الأبناء المبادئ وثقافة التعامل مع الآخرين، وتعليمهم كيفية التعامل داخل المجتمع والاشتراك في الجمعيات الخيرية والأنشطة الاجتماعية والعادات والتقاليد والعقائد.

3-4- الوظيفة التربوية

اكتساب البناء القيم الحسنة وتكوينهم وتأديبهم، وتعليمهم أساليب التفاعل مع محيطهم، حيث تقوم السرة بتنشئة الأبناء على القيم الصحيحة والمبادئ والخلاق العالية، وغرس معاني الوطنية وحب الوطن، والتحذير من الانحرافات الفكرية.

كما تعمل الأسرة تروياً في تعليم البناء كيفية تنمية مهاراتهم في الدراسة، واللغات والحساب الأولي، ليصبح الأبناء مؤهلين بالقدر الذي يمكنهم من حفظ شخصيتهم وضبط سلوكياتهم وتصرفاتهم دون التأثير بالبيئة.

3-5- الوظيفة النفسية

تكمن في توفير الأسرة الشعور بالراحة النفسية والاحساس بالأمان والاستقرار الاجتماعي، لذلك يجب على السرة تعزيز ثقة البناء بنفسم داخل الأسرة وخارجها.

كما تتمثل هذه الوظيفة في تكوين شخصية الفرد (عبد اللطيف، 2014، ص 27)

3-6- الوظيفة الاقتصادية

تتمثل في أداء الأعمال لتنظيم الحاجات الاقتصادية للأسرة، بالإضافة إلى الاتفاق وتوفير الحاجيات الأساسية للأسرة (بحري، قشيطات، 2011، ص 19).

3-7- وظيفة الحماية

تعتبر من أهم الوظائف حيث أن هذا الدرع يساعد الطفل في حمايته من المخاطر الداخلية والخارجية.

إن أهم وظيفة تقوم بها الأسرة هي إشباع حاجات أعضائها النفسية والعاطفية، بهدف بناء شخصيتهم بتوازن نفسي انفعالي، وهذا يؤدي بالضرورة إلى علاقات اجتماعية إيجابية في المجتمع.

4- خصائص الأسرة

- يحتوي نظام الأسرة على أنظمة فرعية يفترض لها حدود خاصة تميزها عن بعضها البعض منظم الزوجين والأبوة والأخوة....

- التغيير في جزء من النظام يسبب تغييرا في الجزء الآخر، ومن الصعب فهم أي عنصر بمعزل عن النظام الكلي.

- العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة هي علاقات شبه دائرية وذلك لأن استجابة كل فرد تثير الفرد الآخر وهكذا يستمر التفاعل.

- النظام يسمح بالنمو والتطور ويزداد تعقيدا مع مرور الوقت، وكذلك قابليته على إعادة انتاج نفسه.
- ويمكن القول أن العناصر في نظام السرة هي سلوكيات الفرد وليس الفرد في حد ذاتهم.
- النظام له حدود وهي التي تفصله عن نظام آخر، وتعطي الحدود لهذا النظام الهوية، ومنه تجد النظام المتعلق، وهذا النظام يميل إلى الجمود والتصلب في الأفكار والمعتقدات والقواعد وهناك تغير دائم، والحدود هي التي ترسم قواعد العلاقات بين أفراد النظام العائلي والأنظمة الأخرى. (الخوaja، 2009، ص 241)

المحاضرة الثانية

5 - مظاهر الصحة النفسية:

يجب أن تكون عامة وشاملة لطاقات الانسان، وعلينا معرفة المشكلة وأسبابها وإذا كانت موروثية أو مكتسبة ومعرفة التفاعل والتناسق في ما بينها وأيضا معرفة المظهر الاساسي الذي يكشف عن مستوى الصحة النفسية، ومعرفة عمل هذه الطاقات ومعرفة وجهتها وأهدافها بسبب أن الشخصية كل موحد، فإذا طرأ على عمل هذه الطاقات ما يعطل تناسقها سيؤثر ذلك في الشخصية ككل وكذلك معرفة مستقبل الاضطرابات لعلاجها، وهذا يظهر في الشخصية المتكاملة والشخصية المتوازنة.

ومظاهر الصحة النفسية في التفاعل بين الفرد ومحيطه تشمل علاقة الفرد مع نفسه، أي فهمه لنفسه ودوافعه ورغباته وتقديره لذاته وقبوله للمحيط، وأيضا نمو الفرد وتطوره ونظرته للمستقبل من أجل تحقيق ذاته وتمييزها نمو متكامل، وكذلك وحدة الشخصية وتماسكها تماسكا ينطوي على التغيير المناسب من جهة والثابت والكافي من جهة أخرى(هدى صبحي مصطفى) ومن هنا فالصحة النفسية تظهر في قدرة الانسان على التكيف مع الذات ومع المحيط ونجاحه في تحقيق نوع من التوازن من بين حاجاته وقدراته وشروط المحيط بشقه المادي والاجتماعي.

لقد كشفت الدراسات الغربية والاجنبية الآثار السلبية لاضطراب البيئات الاسري على سلوك الأطفال الذين يعيشون في جو أسري غير مستقرين يعانون من مشكلات انفعالية سلوكية واجتماعية.

كما كشفت دراسات أخرى عن وجود علاقة موجبة بين التوتر في العلاقات الوالدية وكلا من القلق والاكتئاب ومشكلات الأطفال وبين نقصان الترابط الأسري ومل من المشكلات

الأسرية لدى الأطفال كالعداوات، واضطرابات الكلام، الخجل والقلق. (الخواجا، 2011، ص72).

6 - معايير الأسرة الصحية

الأسرة الصحية هي التي تتوفر فيها مجموعة من المعايير منها:

- المشاركة في الانفعالات: التعبير بصراحة عن الأحاسيس
- فهم الانفعالات
- قبول الفروق الفردية
- التعاون بين أفرادها
- تقديم حاجات البقاء والأمن (العزة، 2015، ص92)

7- الأسرة والصحة النفسية للطفل

- الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبية، ويكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا، انفعاليا و اجتماعيا) مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته إلى أقصى حد ممكن، كما يكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة وسوية وسلوكه عاديا بحيث يعيش في سلام (هدى صبحي مصطفى) وتنقسم الصحة النفسية لشقين:
- شق النظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق وتعليم الناس الوعي النفسي وتصحيح مفاهيمي الخاطئة.
- وشق علمي تطبيقي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص الأمراض النفسية وعلاجها.

8 - دور الأسرة في تحقيق الصحة النفسية لأفرادها

تلعب الأسرة دورا مهما في تحقيق الصحة النفسية لأفرادها من خلال:

✓ **الرعاية الوالدية:** من أهم الأسس التي تقوم عليها الرعاية الوالدية الثقة في الطفل ومرونة الأساليب المتبعة بالإضافة إلى تعليمة تقاليد التفاعل الاجتماعي ورعايته رعاية شاملة وجدانيا وذهنيا وخلقيا.

✓ **التوافق الشخصي لأفرادها:** من خلال توفير الأمن وذلك بإشباع رغباتهم العاطفية والانفعالية وحمايتهم من الأضرار والأخطار الخارجية والداخلية بالإضافة إلى توجيهه وإرشاد وضبط سلوكياتهم.

9 - مفتاح الصحة النفسية

نقصد بالصحة النفسية هو أن ينمو الطفل نموا سليما وينشأ تنشئة نفسية سوية وأن يتوافق شخصيا واجتماعيا، ولتحقيق ذلك على الأسرة اتباع الاجراءات الوقائية النفسية الآتية:

- ضمان وجود علاقة متينة مع الوالدين
- الحرية التي تتناسب مع درجة النضج
- العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق في مراحله
- المرونة في عملية الرضاعة والفظام والتدريب على الإخراج
- التوجيه السليم والمساندة والأسوة الحسنة أمام الطفل
- سيادة جو مشبع بالحب يشعر فيه الطفل بأنه مرغوب فيه ومحترم
- امداد الوالدين بالمعلومات الكافية عن النمو النفسي للأطفال
- ضمان وجود التعاون الكامل بين الأسرة والمدرسة في رعاية النمو النفسي للطفل
- الاهتمام بنمو الشخصية بمظاهرها كافة: الجسمية العقلية والاجتماعية والانفعالية، والاهتمام بتوازنها.

وللوالدين دور كبير حتى يتمتع ابنها بالصحة النفسية السعيدة، يتخلص في ضرورة تمهيدهما للطريق أمام طفلها ليكمل مشواره في النمو الطبيعي، ولذلك يجب أن يدرك الوالدان حجم مسؤوليتهما تجاه أطفالهم.

10 - الآثار النفسية للتفكك الأسري على الطفل

10 - 1 - مفهوم التفكك الأسري

- لغة: تفكك الشيء أي انفصلت أجزائه عن بعضها البعض
- اصطلاحاً: يراد بظاهرة التفكك انهيار وحدة اجتماعية وتداعي بنائها واختلال وظائفها وتدهور نظامها سواء كانت هذه الوحدة شخص أم جماعة أم مؤسسة أم أمة بأسرها، وهو عكس الترابط والتماسك.

يعرف "احمد يحيى عبد الحميد" التفكك الأسري بأنه "انهيار الوحدة الأسرية وتحلل أو تمزق نسيج الأدوار الاجتماعية، عندما يخفق فرد أو أكثر من أفرادها في القيام بالدور المناط به على نحو سليم، وبمعنى آخر هو رفض التعاون بين أفراد الأسرة وسيادة عمليات التنافس والصراع بين أفرادها. (عبد الحميد، 1998، ص74)

الأسرة المفككة أو المتصدعة لها أشكال وأنماط مختلفة، وأسباب التفكك فيها عديدة منها:

- صراع الأدوار بين الزوجين
- الاضطرابات الشخصية التي تعاني منها أحد الزوجين أو كلاهما
- سوء التوافق الزوجي والمشاحنات
- وفاة أحد الوالدين (بترس، 2008، ص78)

10 - 2 - مراحل التفكك الأسري

التفكك الأسري يمر بعدة مراحل أهمها:

- ✓ **مرحلة الكمون:** وهي فترة محدودة قد تكون قصيرة جداً بحيث لا يمكن ملاحظتها والخلافات فيها سواء كانت صغيرة أو كبيرة لا يتم مناقشتها أو التعامل معها بواقعية.
- ✓ **مرحلة الاستثارة:** وفيها يشعر أحد الزوجين أو كلاهما بنوع من الارتباك وبأنه مهدد وغير قانع بإشباع الذي يحصل عليه.
- ✓ **مرحلة الاصطدام:** وفيها يحدث الاصطدام أو الانفجار نتيجة للأفعال المترسبة، حيث تظهر الانفعالات المكبوتة لمدة طويلة.
- ✓ **مرحلة انتشار النزاع:** إذا زاد التحدي والصراع والرغبة في الانتقام فإن الأمور تزداد حدة، ويؤدي ذلك لزيادة العداة والخصومة بين الزوجين والنقد المتبادل بينهما، حيث يكون هدف كل طرف هو الانتصار على الطرف الآخر دون محاولة الوصول إلى التسوية وينظر كل منهما إلى نفسه على أنه الإنسان المتكامل على حساب الطرف الآخر، ويزداد السلوك السلبي، وإذا كان النزاع في البداية يتعلق بناحية معينة فإنه سرعان ما ينتشر ليغطي النواحي الأخرى المتعددة.
- ✓ **مرحلة البحث عن الحلفاء:** إذا لم يستطع الزوجان حل المشكلة بمفردها فإنهما يبحثان عن من يساعدهما في تحقيق ذلك من الأهل والأقارب والأصدقاء، وإذا استمر النزاع لفترة طويلة فإن القيم والمعايير التي تحكم بناء الأسرة تصبح مهددة وهنا قد يلجأ أحد الطرفين أو كلاهما للحصول على إشباع من خلال المصادر الأخرى البديلة مثل التركيز على الاهتمام بالأطفال أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتركيز على النجاح في العمل على حساب الإشباع الذي يتحقق داخل الأسرة.

✓ **مرحلة انهاء الزواج:** عندما يكون لدى الزوجين على الأقل الدافعية والرغبة لتحمل مسؤولية القرار المتعلق بالانفصال تبدأ إجراءات الانفصال والتي تعني عدم التفكير في العودة مرة أخرى للحياة الزوجية، وهنا قد يوكل أحد الطرفين أو كليهما محاميا لذلك ويلجأ للقضاء

10-3 أنماط التفكك الأسري

10-3-1 **التصدع المادي للأسرة:** إن الأسرة المنهارة ماديا هي الأسرة التي ينقصها أحد الوالدين أو كلاهما بسبب الوفاة أو الطلاق أو الهجر، فينهار بذلك أحد أركانها الأساسية، وعليه يمكن التمييز بين نوعين من التفكك وهما التفكك الجزئي والتفكك الكلي

أ- **التفكك الجزئي:** وتبدوا مظاهره في الانفصال المؤقت والهجر المتقطع، أي أن الزوج والزوجة قد يعاود ان الحياة الأسرية ويستأنفان علاقتهما المتبادلة في فترات إصلاح.

وتحدث ظواهر الهجر والانفصال في مختلف الطبقات، غير أنها أكثر حدوثا ووضوحا في الطبقات الفقيرة، وحدث كثيرا أن يهجر الرجل زوجته وأولاده لعدم قدرته على إحالتهم وهذا يشكل خطرا جسيما يؤدي إلى اضطراب الأسرة نتيجة انهيار لكن أساسي من مقوماتها.

ب - **التفكك الكلي:** وتبدوا مظاهره في إنهاء العلاقات الزوجية بالطلاق أو تدمير الأسرة بموت أحد الزوجين أو كلاهما الزواج لما ينتهي بوفاة أحد الشريكين، فإن الاعتماد السائد أنه لولا الوفاة لاستمر الزواج، حيث أن الشريك لا ينظر إليه أنه شخص فقد انسانا شريكا فحسب، فالموت لا ينتهي رابطة الزواج كما ينهي الطلاق، لان هذا الأخير يتضمن فترة قد تطول بما تحمله من مشاعر الاغتراب وتكون مقدمة لانهاء الزواج.

10-4 آثار التفكك الأسري على الأطفال: التفكك الأسري من أخطر الأوقات التي تهدد

الأسرة، ينتج عنه آثار نفسية سلبية على الأطفال منها:

✓ **الغضب:** يشعر الأطفال بأن الأهل قد دمروا حياتهم بقرار الطلاق، لذا يعبرون عن هذا الشعور بالغضب والاستياء.

- ✓ القلق: الإحساس بالقلق وعدم الإحساس بالأمان
- ✓ الاكتئاب: الاكتئاب والعجز والحزن من المشاعر التي ترافق الأطفال بسبب الحالة الجديدة التي تمر بها الأسرة.
- ✓ مشكلة سلوكية: كالهروب من المنزل والسرعة والعنف الوجه نحو الذات أو نحو الآخرين
- ✓ مشكلات اجتماعية: يؤدي التفكك الأسري إلى ضعف المعايير الاجتماعية لدى أفرادها وبالتالي يصبحون أكثر تعرضاً للجنوح وحرق المعايير الاجتماعية.
- ✓ مشاكل في التأقلم: قد لا يتأقلم الاطفال بعد انفصال الأهل وتتطور عندهم الآثار الناجمة عن الانفصال مثل مشاكل في النوم وضعف التركيز ومشاكل في المدرسة، واللجوء إلى الشرب والمخدرات، والبعد عن الأشخاص المقربين لهم، وتعتمد أذية النفس واضطراب تناول الطعام.

المحور الثاني: الإرشاد الأسري



المحاضرة الثالثة

1- الخلفية التاريخية للإرشاد الأسري

بدأ ظهور الإرشاد الأسري في التطور في الخمسينات من القرن الماضي، بعد تطور منظوره العلمي، وأسس ممارسته وذلك بمجهود بعض الأطباء النفسانيين الذين برعوا في هذا التكنيك العلاجي، حيث كان العلاج الأسري موضوعا لتقريرهم السنوي، كما بدأ انتشاره عن طريق برامج التدريب في المنظمات المهنية في الولايات المتحدة الأمريكية وأيضا بالنشر في المجالات العلمية المتخصصة (حنفي ، 2005).

ومن العوامل التي أسهمت في نمو الإرشاد والعلاج الأسري حركة الإرشاد والعلاج الجماعي خاصة في السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية، نظرا للحاجة الماسة لعلاج العديد من المرضى في فترة زمنية محدودة، وتعتبر هذه الحركة الركيزة الأولى التي أدت إلى انطلاق حركة الإرشاد والعلاج الأسري.

وعلى الرغم من الاعتراف بأن العلاج الجماعي منهج عام لا يخص جماعة محددة كالأسرة، إلا أن الأسلوب الذي اتبعه المعالجون وهو وضع جماعة من الأفراد في جلسة واحدة مع معالج واحد، هو الذي خلق الفرصة ليزوغ فكرة الإرشاد والعلاج الأسري كوحدة واحدة في جلسات مشتركة، بالإضافة إلى جهود بناءة بذلها إكلينيكيون أمثال "أكرمان، ليدر، موري، بوين" في دراسة مرض الفصام وتقصي أسباب المرض وجذوره العائلية (خضر، 2008)

ولقد ظهر الإرشاد والعلاج الأسري في الولايات المتحدة ودول أوروبا منذ السبعينات، ومنذ ذلك الحين وهو يكتسب آفاقا جديدة في أماكن شتى من خلال ما يكتب من أنصار جدد من المرشدين والمعالجين الذين يذرون فيه أسلوبا أكثر كفاءة من غيره.

2- تعريف الإرشاد الأسري

الإرشاد الأسري هو عملية مساعدة مدروسة يقدمها مرشد أسري مختص في استخدام أسس الإرشاد وتقنياته لمساعدة الأفراد والأسر في شكل انفرادي أو جماعي لحل المشكلات وتحقيق الاستقرار والتوافق والتكيف الأسري (البريثن، 2011، ص17) واعتبرته رابطة علم النفس الأمريكية أنه "مجموع الخدمات التي يقدمها أخصائيو علم النفس الإرشادي لتسيير السلوك الفعال للإنسان خلال عملية نموه " (يحيى، 2013، ص10)

وهو عملية تعليمية تساعد الفرد ليفهم نفسه وذلك من خلال التعرف على الجوانب الكلية لمشكلته الشخصية حتى يتمكن من اتخاذ قراراته بنفسه وحل مشكلاته بموضوعية مما يسهم في نموه الشخصي وتطوره الاجتماعي والتربوي والمهني (موسى، 2015، ص09) ويعرف أيضا بأنه العملية التي يقوم بها المعالج الأسري وبغية مساعدة فرد فيها أو أكثر مستخدما معهم ما يناسبهم من أساليب علاجية وذلك من خلال السعي إلى جعل نظامها أكثر مرونة وترتيب أدوار أفرادها وفقا لموقعهم داخلها لتعليم أساليب الاتصال الجيدة حتى تبقى الأسرة وحدة متكاملة.

ويرى كورسيني (Coisini , 1996) أن الإرشاد الأسري هو محاولة لتعديل العلاقات داخل النظام الأسري، باعتبار أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة وليست خاصة بفرد معين في الأسرة، فالمريض عبارة عن حالة داخل نظام أسري مضطرب يحتاج إلى العلاج، فضلا عن علاج الأنساق الفرعية له، فالمشكلة هي النظام الأسري ذاته وليس الفرد.

الإرشاد والعلاج الأسري

ويذهب كفاي (1999) إلى أن الإرشاد الأسري هو المدخل الإرشادي الذي يتخذه من الأسرة نقطة انطلاقه ومحور ارتكازه، بل إن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيدا.

كما يرى حنفي (2007) أن الإرشاد ينظر إلى الأسرة كوحدة متكاملة تتضمن أنساقا فرعية بينها تفاعل، وكذلك يتناول التفاعلات المضطربة داخل هذه الأسرة بهدف إحداث تغيير لهذه التفاعلات لتنمية التواصل الإيجابي داخل وخارج النسق الأسري تحقيقا للتوافق الأسري.

3 - أهمية الإرشاد الأسري

إن العمل مع الأسر في إطار تنظيمي يتطلب من المرشد أن يتعاون مع غيره من الأخصائيين الذين لديهم اهتمام مشترك، والذين يقدمون مساهمة قيمة لحظة التقييم والعلاج الأسري.

وأشار كل من الحمادي والهجين (2009) إلى أن الإرشاد الأسري يعنى بتقديم الخدمات التي تهتم بمشكل العلاقات بين الوالدين أو بين الوالدين والأبناء، أو بين الأبناء بعضهم بعضا، كما تعنى بضرورة أن تكون قائمة على الحب والمودة، وبعيدة عن الخلافات والمشاحنات نظرا للأثر السيء الذي تعكسه على نفسية الأطفال.

وتأتي الحاجة إلى الإرشاد الأسري عندما تكثر المشكلات الأسرية داخل بنية الأسرة، فكل أسرة لها مشكلاتها الاجتماعية التي تحدث ضمن بنيتها محدثة خلا في كيانها، بعض المشكلات يمكن حلها من أفراد الأسرة، وبعضها يستطيع الأهل والمصلحون أن يقدموا المساعدة لحلها، والبعض الآخر يحتاج إلى مساعدة إرشادية متخصصة.

الإرشاد والعلاج الأسري

ويقوم الإرشاد الأسري على الفلسفة القائلة بأن جذر أغلب المشاكل التي يعاني منها الأفراد على اختلاف أشكالها تكمن في اضطراب العلاقات بين البشر وطبيعة العلاقات السائدة داخل الأسرة.

لذا من الضروري وجود أخصائيين بالإرشاد الأسري مؤهلين للقيام بالعملية الإرشادية في مؤسسة شديدة الحساسية والخصوصية كالأسرة ولما تلعبه من دور في حياة الطفل.

ويختلف الإرشاد الأسري عن الإرشاد الفردي بكونه يركز على مجموعة وعلى نمط الاتصال القائم بين أفرادها، ويهتم بدراسة العلاقة ومحاولة اصلاحها، وليصلح النظام

الأسري ككل حيث يقدم Gorey .G P (2011)

مقارنة بين المعالج الفردي والمعالج بالأنظمة

المعالج بالأنظمة	المعالج الفردي
- يكتشف نظام العائلة وقوانينها	- يبحث عن تشخيص دقيق ويستعمل
- يستدعي الأهل	مقياس لذلك
- يركز على العلاقات العائلية	- يبدأ العلاج مباشرة
- يهتم بالقوانين والأمور الثقافية	- يهتم بالخبرات الفردية
- يتدخل بأساليب لمساعدة تغيير سياق التفاعل	- يتدخل بأساليب تساعد الحالة

ويختلف إرشاد الأسر عن إرشاد الأفراد في كونه مجموعة من الخدمات يقدمها مختص في المجال للأسرة ولتخطي الصعوبات أو المشكلات التي تعترضها، وهو عملية مساعدة مدروسة يقدمها مرشد أسري متخصص في استخدام أسس الإرشاد وتقنياته لمساعدة الأفراد والأسر في شكل انفرادي أو جماعي لحل المشكلات وتحقيق الاستقرار والتوافق والتكيف الأسري. (البريثن، 2008، ص17)

الإرشاد والعلاج الأسري

فهو نوع من التدخل العلاجي في نطاق الأسرة كمجموعة مترابطة، وذلك من أجل أحداث تغيير فيها، ويتم النظر للأسرة من خلال العلاقة الإرشادية كوحدة خاضعة بكاملها للإرشاد دون أن يكون موجهاً إلى شخص بعينه (الحسيني، درويش، 2015، ص 35)

الإرشاد الأسري هو تقديم العون والمساعدة لأفراد الأسرة لضمان توافقها واستمرارها وحل مشكلاتها بغية تحقيق أهدافها المنوط بها من تربية وإعداد المسترشد واكسابه القيم والاتجاهات وتشكيل شخصيته على نحو إيجابي وفعال (صالح، عباس، 2015، ص 50)

4 - أهداف الإرشاد الأسري

يمكن تلخيص أهداف الإرشاد الأسري فيما يلي:

- تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة
- مساعدة الأسرة عن طريق المرشد من خلال فتح الحوار بين أفرادها
- المحافظة على وحدة الأسرة وتماسكها، فكل فرد في الأسرة هو شخصية مستقلة وله كيانه المستقل، بالإضافة إلى كونه عضواً فعالاً في الأسرة ويشمل مع بقية أعضاء الأسرة وحدة اجتماعية متكاملة.
- تقوية القيم الأسرية الإيجابية واطعاف القيم السلبية لدى أعضاء الأسرة.
- العمل على تحقيق مزيد من النمو الشخصي ومزيد من الفعالية في أداء المهمات الاجتماعية، ومزيد من التوافق النفسي في جو أسري آمن.
- العمل على تنمية علاقات إيجابية مع الآخرين سواء كانوا من أعضاء الأسرة أو خارجها.

الإرشاد والعلاج الأسري

- مساعدة أعضاء الأسرة في كيفية تأكيد الذات مع أخذ حقوق الآخرين بعين الاعتبار.
- مساعدة أعضاء الأسرة في اتخاذ قراراتهم المتعلقة بالمستقبل في ضوء اعتباراته الأسرة للقيم الدينية والاجتماعية والمادية والنجاح الاقتصادي.
- مساعدة المسترشدين في تحديد السلوك الجديد الذي يروونه مناسباً لعلاج مشكلاتهم وتدريبهم على كيفية القيام به.
- تعليم الأفراد كيفية المشاركة في قرارات الأسرة.
- تعديل بعض القيم والاتجاهات السلبية (المشاقبة، 2008، ص 195)

المحاضرة الرابعة

5 - نظريات الإرشاد الأسري

ينظر إلى المسترشد أثناء التعامل معه من قبل المرشد، انطلاقاً من اتجاه نظري يتبناه المرشد، وأما القائمون على التدريب، فهم يبنون مناهجهم وخبراتهم وأنشطتهم التي يسيرون عليها في التدريب وفقاً لنظرية ما، وقد تعددت النظريات واختلفت في مجال العلاج والإرشاد الأسري، وفيما يلي عرض لتلك النظريات:

5-1- الإرشاد الأسري وفق نظريات الاتصال

إن الاتصالات داخل النسق الأسري تتميز بشدة الانفعالات الناتجة عنها، وذلك لأنها تحدث بين أفراد شديدي الاتصال ببعضهم البعض، فالإنسان في حاجة إلى الاتصال والتواصل مع الآخرين، حيث يعتبر الاتصال عملية نقل انطباع أو تأثير من فرد إلى آخر أو من البيئة إلى الفرد وذلك من خلال عدة أساليب جوهرها الكلام واستخدام الحواس التي تشعر الآخرين بالاهتمام (مي عبد الله، 2006، ص 25).

وأبسط صور هذا الاتصال نجد حاجة الطفل الصغير للعب والمداعبة من طرف الأم، ثم تتوسع هذه الصور لتشمل قنوات أخرى خلال المراحل العمرية اللاحقة، فالمراهق مثلاً يحتاج إلى العلاقات مع الوالدين والمحبة، كما يحتاج إلى التقبل من أقرانه والاهتمام من طرف الجنس الآخر وأن يكون محط أنظار.

ويحتاج الطفل لأن ينمي نوعين من العلاقات أفقية وعمودية.

تتضمن العلاقات العمودية علاقة مع أفرادهم النفوذ والتأثير الجماعي مثل الأب، المعلم، وهي علاقات مكملة وليس تبادل، حيث يختلف كل سلوك يظهره طرف نحو طرف آخر، ويحاول الطفل لفت الانتباه بينما يقدم الأب والمعلم المعلومات.

الإرشاد والعلاج الأسري

وتتضمن العلاقات الأفقية علاقة بين طرفين يتساويان في السن ولديهم نفس الامكانيات من حيث القوة والنفوذ والمعرفة تقريبا وسلوك كل منهما نحو الآخر يعتمد على الحاجة إلى الصحبة والمودة (كفافي، 2009، ص108)

ويضطرب جو الأسرة نتيجة الاتصال الخاطيء، مما قد يولد لدى بعض أفرادها، وسوف نستعرض بعض النماذج من الاتصال غير السوي داخل الأسرة وأهم روادها

أولاً: المناخ الوجداني غير السوي في الأسرة (أكرمان)

يسود الأسرة نوع من الركود والجمود فتبدو مظاهر ثبات وهدوء، لكن في الحقيقة هناك نوع من الموت الوجداني وهو جو تتسم به المعاملات الأسرية، حيث تكون بصيغة اكتتابيه خالية من العلاقات الإنسانية الدافئة، ويشعر الأبناء بالقلق والذنب (كفافي، 2009، ص254)

ثانياً: الرابطة المزدوجة (باتسون)

افترض باتسون وزملاءه وجود رسائل متناقضة يتعرض لها الطفل في الأسرة مضطربة الاتصال، حيث يتلقى الطفل أمرين متعارضين، فيؤمر أن يفعل شيء ثم يؤمر أن لا يفعل نفس الشيء.

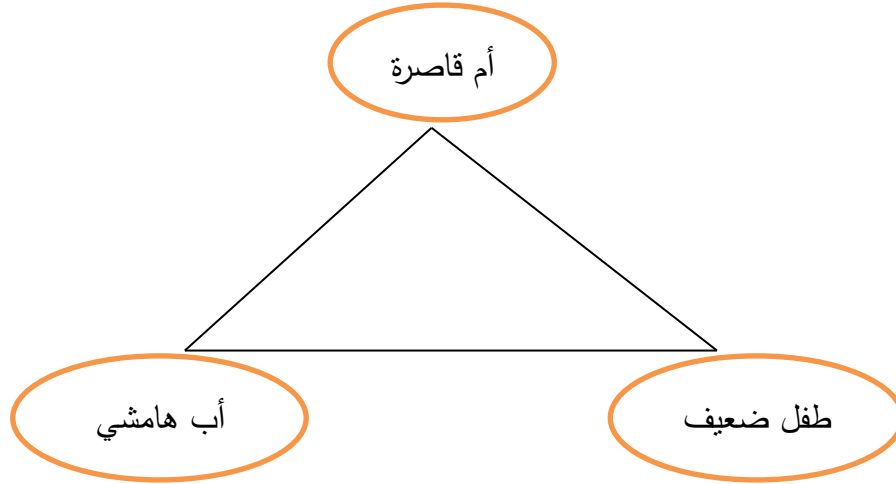
وفي إطار موقف الرابطة المزدوجة يكون الطفل محتكراً من طرف الأم فهي بحاجة إلى أن تكون مصدر إلى العطاء العاطفي الوحيد لابنها، لذا هي لا تسمح له بأن يتعلق بسواها، وهنا الأب غالباً ما يتكون غائباً وضعيفاً وليس له حضور فعلي وقوي في المواقف الهامة في تنشئة الطفل.

ويرى باتسون أن الطفل يتعرض للمرض عندما يكون تواصل بينه وبين والدته مشوها ومدمراً، فيعجز عن فهم رسائل المناسبة إليهم في المواقف المختلفة، كما يضطرب بين أفكار الفرد وأحاسيسه ومدركاته (كفافي، 2009، ص257)

الإرشاد والعلاج الأسري

ثالثاً: عدم نضج الوالدين (بوين، وولمان، ليدز)

يتحدث بوين غير سوية، حيث يصف العلاقة بين الزوجين بأنها علاقة باردة، وبأنها أقرب إلى التنافسية العدائية فتميل الأم إلى السيطرة والأب إلى الخضوع ويمكن تصوير حالة المثلث المرضي كما يلي:



عندما يصل الطفل إلى مرحلة المراهقة يصبح طفلاً سيئ التوافق، ويرى "بوين" أن تشجيع الوالد لاستقلال الابن عن الأم واتخاذ موقفاً إيجابياً من زوجته من شأنه أن يحسن المواقف، وهذا يساعد على اختفاء العلاقة التكاملية بين الابن والأم ويفتح الطريق لشفاء المريض. (الكفافي، 2009، ص 261)

يرى وولمان Wolman (1940) أن مشاعر الخيبة والفشل التي يواجهها كل زوج في زوجته لها تأثير مبير في نشأة المرض عند الطفل، وهذا الشعور عن الوالدين هو المناخ الملائم الذي ينشأ فيه المرض.

أما ليدز Lidz فتحدث عن بقاء أحد الوالدين مرتبطاً بأسرته الأصلية بطريقة داخلية، وهذا يؤدي إلى الفشل في تكوين أسرة نووية عاطفياً، مما يسبب الحرمان والضعف لدى الأبناء والقابلية للدخول في الاضراب.

رابعاً: الاتصال الخاطئ في الأسرة

تشير ميرجاترويد وولف إلى صورتين من الاتصال الخاطئ في الأسرة يسمى "أنا أولاً" حيث يفضل عضو الأسرة الصالحة، و"عدم الاستماع" وهو تجاهل أفراد الأسرة أو إحداهما ويقابل بعدم الفهم.

وتتحدث نظرية المعلومة La théorie de l'information عن مواصفات الاتصال الجيد، حيث أن الرسالة يجب أن تخضع لمجموعة من القواعد وهي تختلف باختلاف طبيعة الرسالة المراد ارسالها.

ولكل فرد حصيلة لغوية يستعملها لتكوين الرسالة ويجب أن تتشابه حصيلة الفرد المستقبل حتى يفهم الرسالة، كما أن هذه الخيرة يجب أن تحمل الجديد أي أموراً غير متوقعة وبذلك تكون قيمة.

كما تحدثت هذه النظرية على أن الرسالة يجب أن تكون اقتصادية ويسمح بتكرار الرسالة دون الدخول في الإسهاب، وهنا تتوقف فعالية الرسالة عن التوازن بين الإسهاب والأصالة.

ويشير باتيزون Bateson (1951) في إطار النظرية النسقية في الاتصال أن كل حدث لا بد أن يحتوي على نمط من الاتصال، وكل نشاط انساني هو نشاط علائقي بالدرجة الأولى.

فالالاتصال هو تعبير عن علاقة، وكل سلوك هو اتصال، وبالتالي فإنه من المستحيل أن لا تتواصل، كما تحدث Bateson عن قيمة الاتصال وقال أن قيمته تكون من قيمة الرسالة والتي تحمل معنى يرجع إلى السياق الذي حدث فيه.

وتستعمل في عملية الاتصال اللغة والايماءات حيث أنه من خلال تعابير الوجه ونبرة الصوت يمكن للرسالة أن تحمل معنى آخر (العزة، 2015، ص146)

الإرشاد والعلاج الأسري

إن الإرشاد وفق نظريات الاتصال يقوم على تدعيم بقنواته اللفظية وغير اللفظية لزيادة الترابط بين الأفراد وخلق جو إيجابي يقوم على التبادلات الغنية الحرص على اكتساب الأفراد لمهارته والقدرة على الإصغاء إلى الآخرين، لأن الإصغاء فن، ومن يستطيع الإصغاء يفهم بالضرورة ما قاله الطرف الآخر وكل هذا سوف ينعكس على سلوك الأبناء فتربي اجيالاً تعتمد على الحوار الراقى البناء.

5-2- نظرية النظم العامة:

تتيح نظرية النظم العامة للمعالج أن يفحص السياق أو المحيط الذي يعيش ضمنه الفرد، فالمحيط هو الذي يشكل معني الحياة للأفراد والأزواج ولأفراد الأسرة. ففي علم النفس يتم النظر إلى الفرد على أنه السبب في حصول المرض النفسي، بينما في نظرية النظم يتم التركيز على أن نظام الأسرة هو مسؤول أو مصدر السلوك المشكل وتتضمن نظرية النظم المبادئ الأساسية الآتية:

(heckr, mims and boughner, 2003)

أ- أي نظام هو كل منظم

ب- الكل هو أكبر من مجموع الأجزاء فموقف الأسرة تجاه قضية ما يختلف نسبياً عن مواقف أفرادها.

ج- الأنماط في النظام هي دائرية أكثر من كونها خطية

د- الأنظمة المعقدة تتكون من أنظمة فرعية.

هـ- الأنظمة لها ميكانزمات متوازنة تحافظ على ثبات أنماطها.

و- النمو والتغيير يظهر أن في الأنظمة المفتوحة

5-3- نظرية العلاج الأسري البنائي:

يعود تاريخ هذه النظرية إلى أواخر عقد التسعينات من قبل العالم منيوشن (Minuchin) الذي قرر النظر إلى المشكلات من منظور أسري بدلا من المنظور الفردي، حيث يرى أن بناء الأسرة يعود إلى القواعد التي تطورت مع مرور الزمن انطلاقا من من يتفاعل مع من، ويعترض في بناء الأسرة أن يكون هناك ترتيب هرمي وفقا لامتلاك الوالدين سلطة أكبر من الأطفال وكذلك هناك طبيعة خاصة لكل أسرة القيام بأدوار وقواعد وأنماط تفاعل والتي تلاحظ وتزود بمفاتيح لفهم ديناميات الأسرة (لامبي ومورينغ، 2001)

5 - 3 - 1 - مفاهيم ومصطلحات نظرية العلاج الأسري البنائي

وتتضمن النظرية المفاهيم والمصطلحات الآتية:

أ- **بناء الأسرة:** يرى منيوشن أن الأسرة هي مجموعة طبيعية تتواجد فيها بشكل مستمر أنماط من التفاعلات تتكون بناء الأسرة.

وقد إهتم منيوشن بمفاهيم واضحة مثل: التوازن، التغذية الراجعة، حدود النظام، الأنظمة الفرعية، النظام المفتوح، النظام المغلق، وتتسم نظرية منيوشن بالكلية وتتركز علو وجهة النظر التفاعلية وينظر على مشكلات الأسرة على أنها ناتجة عن بناء الأسري ولا تحل المشكلات إلا إذا تم ترتيب بناء الأسرة.

ب - **الحدود:** ويقصد بها مدى الاقتراب والتباعد بين أفراد الأسرة، أي مدى ارتباط أفراد الأسرة انفعاليا، وكيف يشمل مل منهم اتصالا مفتوحا مع الآخرين، وعندما يؤدي النظام دوره بشكل جيد فإن الحدود توصف بأنها واضحة.

ج- **التباعد:** تكون الحدود فيه جامدة، وتكون هناك مسافة زائدة بين أفراد الأسرة، ويكون الاتصال بين أعضاء الأسرة محدودا، والتعاون داخل المنزل أو المدرسة يكون صعبا أو قليلا، ويميل الأطفال في السر المتباعدة إلى ممارسة سلوكيات سلبية أكثر من غيرهم إذا

الإرشاد والعلاج الأسري

لم يحصل تدخل مناسب فإنهم سيصبحون عرضة إلى الأذى والخطر وذلك بسبب حصول صدام مع القوانين والأنظمة في المستقبل.

د- الهرمية: يعني وجود حد يميز النظام القائد في الأسرة، حيث يعتقد المعالج الأسري البنائي أن فردا أو مجموعة أفراد في الأسرة عليهم أن يقوموا بدور القيادة للأسرة لكي تحل مشاكلها وتؤدي المهمات المعطاة بنجاح (لامبي ومورينغ، 2001)

هـ- الأنظمة الفرعية: ذكر ميوشن أن الأسرة تتكون من أربعة أنظمة فرعية هي:

- النظام الفرعي الزوجي

- النظام الفرعي الوالدي

- النظام الفرعي الأخوي

- النظام الفرعي الأسري الخارجي (بنات، 2010)

5-3-2- أهداف العلاج البنائي الأسري

كما أوردها "كفافي" (2009) الهدف الأول هو مساعدة الأسرة على تطوير بناء أسري جيد ومنه ننتقل إلى الهدفين الآتيين:

✓ تغيير وإعادة تنظيم البناء للأسرة

✓ تغيير وظائف الأسرة وهما السبيلان إلى أن تحل السرة مشكلاتها

ولتحقيق هذه الأهداف فإن العلاج الأسري البنائي يكون مباشرا وموجها بالفعل، وتتسم

التدخلات العلاجية بأنها عملية (Wetcher, 2003, P19)

5-4- نظرية العلاج الأسري الاستراتيجي

إن النموذج الاستراتيجي الذي قدمه "جاي هالي Haley" (1963) وهو من رواد حركة علاج الأسرة في بداية السبعينات من القرن العشرين، ركز على اضطراب وظائف العلاقات وأنماط الاتصالات داخل النظام الأسري، ولا تركز هذه النظرية على إعادة حل قضايا الماضي بل تركز على حل المشاكل الحالية في الحاضر مع ميل العلاج إلى الاختصار مركزا على العملية أكثر من المحتوى وتوجيهها إلى التعامل مع من يعمل، والنظر إلى المشكلة المقدمة على أنها المشكلة الواقعية، ومجازا لأداء النسق الأسري، ويركز هذا النموذج على "الثالوث" أي أن المعالج أثناء تعامله مع المشكلة بين شخصين يأخذ بعين الاعتبار احتمالية مشاركة شخص ثالث قد يكون الطفل وأخذ بعين الاعتبار دور هذا الشخص الثالث في حل المشكلة، وأثر حصول التغيرات عليه.

5-4-1 أهداف العلاج الأسري الاستراتيجي

يسعى العلاج الأسري الاستراتيجي إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ التركيز على إحداث تغيير في أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة
 - ✓ التركيز على المشاكل الحالية التي يمكن تعريفها بمصطلحات سلوكية واضحة
 - ✓ التركيز على التغيرات في السلوك أكثر من التغيرات في المشاعر أو التركيز على الاستبصار لدى المرشدين
 - ✓ العلاج الاستراتيجي مختصر أي أن حصول التغيير يكون دون أن يعرف الفرد.
 - ✓ الهدف الأولي للعلاج هو جعل المرشدين يقومون بعمل شيء مختلف أكثر من الاهتمام باختبار المشاعر أو فهم المشكلات بشكل أفضل.
 - ✓ يتم جعل الأفراد ينظرون إلى مشكلاتهم بطريقة مختلفة (كفاي، 2009)
- (Rossen, 2003)

5-5- نظرية العلاج الأسري والزواج السلوكي المعرفي

تطور العلاج الزواجي السلوكي المعرفي على يد "ريتشارد شيوارت" (Richard Stuart) من خلال أعماله مع الأزواج الذين لديهم معاناة زوجية، ويقوم العلاج الأسري السلوكي المعرفي على افتراض أساسي هو أن السلوكات والادراكات المرضية متعلمة وتستمر من خلال تكرار أنماط من التفاعل، هذه الأنماط قد تشمل التقليد، الاشراف الإجرائي، الاشراف الكلاسيكي، أو إشراك هذه الأنماط معا.

5-5-1- أهم مصطلحات النظرية

أ- الأفكار الآلية: هي أفكار لا شعورية تظهر تلقائيا لدى الفرد، وتلح عليه ولا يستطيع إيقافها، وتعمل على ضبط حاجاته وسلوكاته.

ب- السلوكات المعرفية: هي أخطاء في معالجة المعلومات، يمارسها الأفراد وتسبب لهم الشعور بالضيق والألم.

ج- الأبنية المعرفية: وهي معتقدات قديمة أو هي أبنية معرفية تكون لدى الفرد صفات وخصائص عن الناس وعن الأشياء والعلاقات (Epsten, 2003)

5-6- نظرية العلاج الأسري الخبراتي لساتير (Experiential Family Therapy)

نتج هذا النوع من العلاج في فترة الستينات والعلاج الخبراتي لساتير (Satir 1967) يستند إلى الافتراضات التالية:

- ✓ أن السلوك غير الوظيفي هو نتيجة لحصول صعوبات في النمو
- ✓ أن النمو هو عملية طبيعية لكافة البشر
- ✓ توجد لدى البشر كافة الإمكانيات التي يحتاجونها للنمو
- ✓ يتشكل واقع الأسرة من المنظور الذاتي بدلا من الحقائق الموضوعية الخارجية

الإرشاد والعلاج الأسري

✓ يتم النظر للأعراض الفردية على أنها الثمن الذي يتم دفعه من أجل المحافظة

على توازن الأسرة وهي مرتبطة عادة بتدني تقدير الذات

✓ يسهم تقدير الذات المتدني في حصول أنماط غير وظيفية من التواصل

5- 6- 1- أهم مصطلحات النظرية

أ- نمو الفرد وتطوره: يكافح كل البشر من أجل النمو والتطور ويمتلكون الإمكانيات التي

يحتاجونها لهذا النمو ويتأثر النمو الانساني بالعوامل التالية:

✓ الخريطة الجينية

✓ الأمور التي يتعلمها الفرد خلال عملية النمو

✓ التفاعل ما بين العقل والجسد

ب - تقدير الذات وقيمة الذات: تقدير الذات هو القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه، ومفهوم

الذات هي الفكرة التي يحملها الفرد عن نفسه، إذ يرى "ساتير" أن الذات تتألف من ثمانية

أبعاد مختلفة:

✓ الجسدي (الجسم)

✓ العقلي (المعارف والأفكار)

✓ الانفعالي (المشاعر)

✓ الحسي (الصوت، الإشارة، اللمس، الشم)

✓ التفاعل (التواصل ما بين الفرد والآخرين)

✓ البيئي (الألوان، الأصوات، الضوء، الجو)

✓ النضج

✓ الروحي (معنى الحياة)

الإرشاد والعلاج الأسري

ج- الاتصال: إن الطريقة التي يتواصل بها الأفراد في الأسرة تعكس كيف يشعرون حول أنفسهم، فالأفراد الذين يشعرون بتقدير الذات عال يتواصلون بشكل مباشر وواضح ومنفتح، أما الأفراد الذين لديهم شعور سلبي حول أنفسهم أو لديهم تدن في تقدير الذات يميلون إلى استخدام أساليب غير وظيفية في التواصل.

وقدمت "ساتير" نموذجاً تكيفياً في التواصل يتضمن الانخراط في التعبير عن الانفعالات مع الآخرين بطريقة تسهم في حل الصراع، ويتصف هذا النمط من التواصل بالانسجام ما بين الرسائل اللفظية وغير اللفظية، والوضوح والتواصل المباشر والديمقراطي.

5- 6- 2- الأساليب العلاجية عن ساتير:

من بين الأساليب العلاجية عند "ساتير":

- ✓ تغيير الأسرة
- ✓ إعادة التسمية
- ✓ المرح والفكاهة
- ✓ التواصل
- ✓ الجمل التي تبدأ ب "أنا"
- ✓ إعادة بناء الأسرة
- ✓ اللمس (Carr,2006)

5 - 7 - نظرية تحليل التفاعل Eric Bone (1910-1970)

تم تطوير نظرية تحليل التفاعل على يد "إيريك بون" حيث يدعو إلى الوصول بالفرد إلى أقصى إمكانياته وأقصى درجات النمو والتكيف الاجتماعي والوصول بشخصية الفرد الاستقلالية، حيث تحمل في طياتها التفاعل والانتاج عن طريق التخلص من الأنا الطفولية، والأنا الأبوية المسيطرتان على شخصية الفرد، حيث يولد كل فرد ولديه القدرة على تطوير قدراته إلى أقصى مدى ليستفيد هو والمجتمع ويكون قادرا على الإنتاج والإبداع (الخوجا، 2009، ص 207).

خلال جلساته العلاجية كطبيب نفسي وجد "إيرك بون" أن في داخل كل فرد من عملائه يوجد أنماط مختلفة من السلوك والحديث والحركات، وهذه الملاحظة قادت إلى استنتاج أن كل شخصية هي عبارة عن تركيبة مكونة من عدة شخصيات، فهي نظرية الحياة حيث أن كل طفل يولد كأمرير لكن والديه من يحولونه إلى ضفدع (أبو أسعد، عريبات، 2009، ص 353).

5 - 7 - 1 - المفاهيم الأساسية لهذه النظرية

✓ الأنا الأبوية: هي إحدى حالات الأنا التي تحتوي على القوانين والتعليمات الموجودة في الوالدين بما فيها ما هو ممنوع وما هو مسموح، وأن كل إنسان لديه أنا أبوية حتى ولو كان طفلاً، حيث يولد سلوك الآخرين ويتأثر بمواقف والديه وكلماتهم.

✓ الأنا الطفولية: وهي تحتوي على المشاعر والأفكار والسلوكيات المألوفة عند الأطفال، حيث أن سلوكه غير الناضج يتصف باللامبالاة، وعدم التوازن بالإضافة إلى عدم النضج الانفعالي (عبد الفتاح محمد الخوجا، 2009، ص 208)

الإرشاد والعلاج الأسري

✓ **الأنا الراشدة:** تعنى بالحقائق الواقعة وتعطي قرارات عقلانية، حيث تقوم بتقييم البدائل ثم الوصول إلى قرار منطقي، ويرى "بون" أن الإنسان إيجابي ، ومهما كانت معاناته فإنه من الممكن مساعدته على التخلص من مشكلاته. ويقول أن الأطفال يولدون وهم أمراء وأميرات وسرعان ما يحولهم آباؤهم إلى أقل من ذلك.

كما يعتقد أن كل فرد يتألف من 03 حالات ولكل منها كيانها الخاص من شعور أو سلوك والحالة التي يكون فيها الفرد تمثل واقعه النفسي في وقت معين، ومجموع هذه الحالات يمثل شخصية الفرد.

وأفضل طريقة لفهم شخصية الفرد هي تفحص حالات الأنا، وأفضل طريقة لفهم السلوك بين شخصين هي تفحص التفاعل لأن هذا الأخير يتضمن المثيرات والاستجابات بين حالتين من حالات الأنا، ويستطيع البشر الاتصال مع بعضهم البعض. Parent, Child, Adult

A - A

A - P

C - C

P - A

P - P

A - C

C - A

C - P

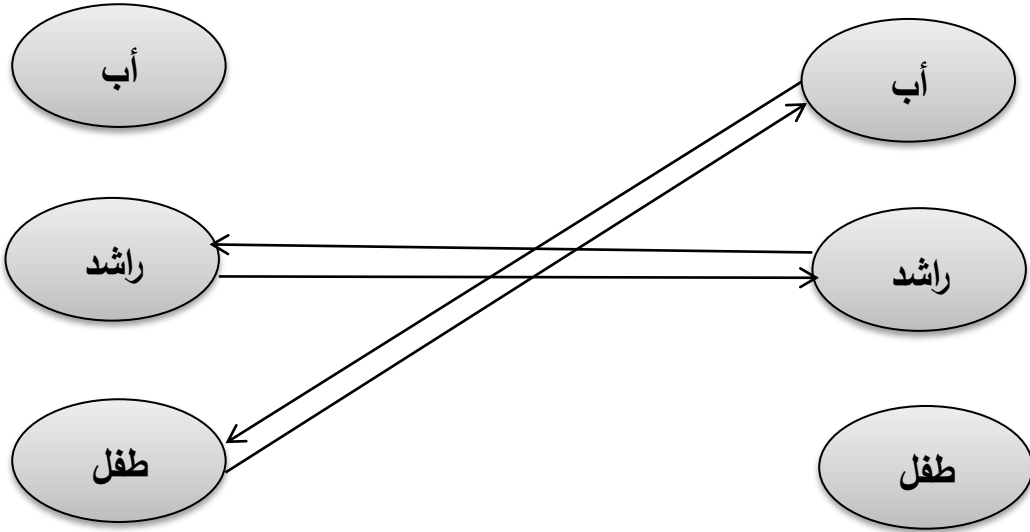
P - C

الإرشاد والعلاج الأسري

ويعتبر التفاعل راشد- راشد هو التفاعل المثالي ومن الصعب تحقيقه، فمن خلال تحليل التفاعل يسهل للفرد فهم الاتصالات التي تحدث أثناء التفاعل، ويوفر تدريب كافي للأنا الراشدة لاتخاذ قرارات واعية تسمح للأنا طفل وأب بالظهور بشكل مضبوط. (الخواجا، 2009، ص 220)

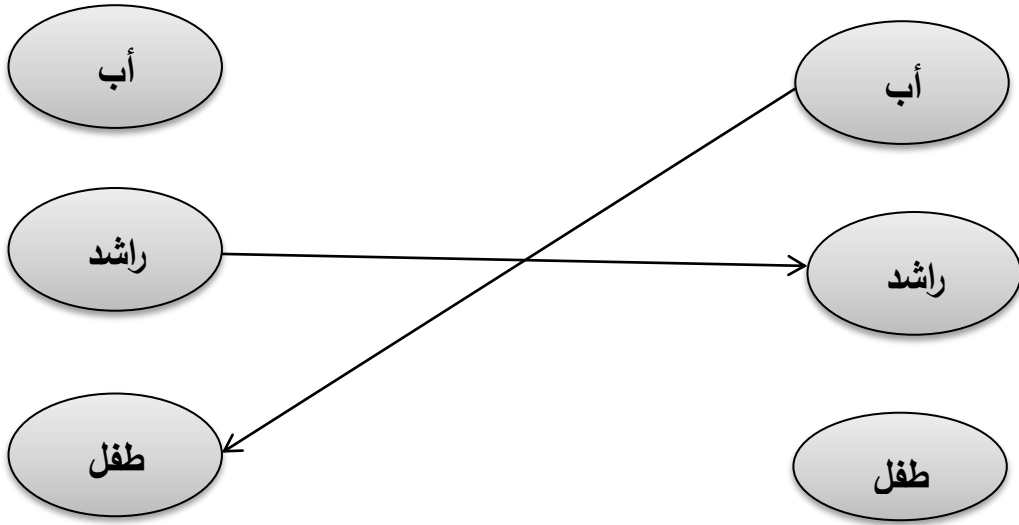
5- 7- 2- أنواع التفاعلات

✓ التفاعل التفاعلي التام: هو الوضع الطبيعي للعلاقات الانسانية حيث يبين الأنا راشد لشخصين، ويستمر هذا التفاعل باستمرارية الاتصال الفعال، أين تكون خطوط الاتصال متوازية.

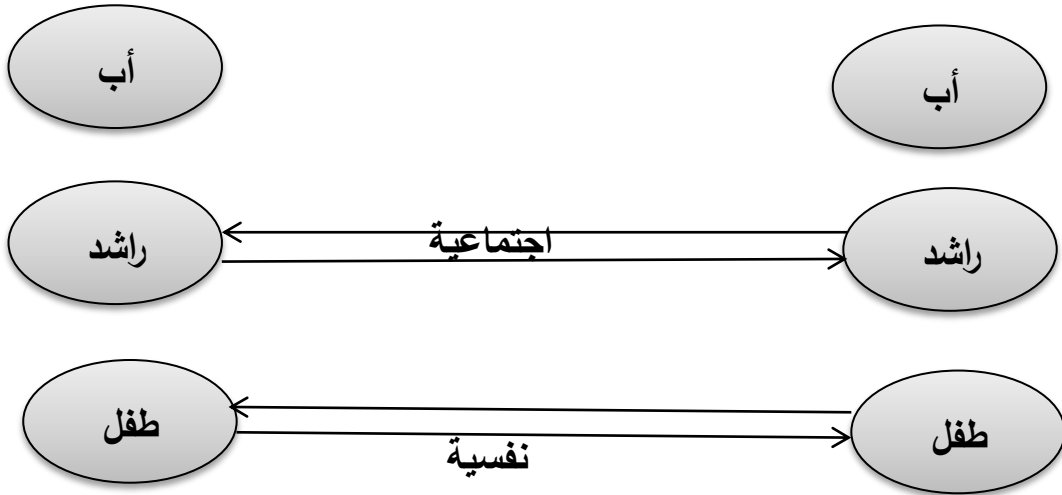


الإرشاد والعلاج الأسري

التفاعل المتقطع: يحدث حينما تحدث الاستجابة من أنا غي متوقعة



✓ التفاعل المخفي أو المستتر: يحدث هذا النوع عندما يحتمل الاتصال بمستويين، حيث تحدث تصريحات مباشرة لكنها تخفي تعبيرات واحساسات موجودة لا يستطيع البوح بها، وتحتوي على رسالة نفسية واجتماعية.



تبعاً لتحليل التفاعل فإن الاضطرابات الانفعالية تعكس سلوكيات متعلمة مبنية على القرارات المبكرة التي يتخذها الطفل، هذه القرارات تمثل حل وسط بين إشباع حاجاته الخاصة وإشباع متطلبات وحاجات الآباء. (الخوaja، 2009، ص 227)

5- 7- 3- أهداف الإرشاد في تحليل التفاعل

- الحصول على انفصال ودي بين الوالدين
- تحويل الخاسر إلى رابح
- تحويل الضفادع إلى أمراء
- مساعدة العميل لتحقيق الاستقلالية، والفهم الواقعي للعالم المحيط، ولقد لخصها "بون" في استرداد وانتعاش ثلاث قدرات لدى العميل، الوعي، التلقائية، الصداقة، فالفرد يجب أن يدرك أنه قادر على تفسير القرارات المبكرة التي يستجيب فيها للأوامر الأبوية.

المحاضرة الخامسة

6 - مراحل الإرشاد الأسري

6-1- تحديد طبيعة شخصية المرشد: من المهم أن يحرص المرشد على معرفة طبيعة الشخصية التي يتمتع بها الشخص الذي يقع في مشكلة، والذي بحاجة إلى مساعدة، ذلك من المهم أن يمتلك المرشد الأسري خبرة واسعة في التعرف على طبيعة الأشخاص تساهم في مساعدتهم في تخطي العقبات وحل كافة المشكلات المختلفة التي تواجههم في الحياة.

6-2- كشف الجانب الذاتي للمرشد: من المهم أن يحرص المرشد الأسري على معرفة الجانب الذاتي النفسي للمرشد تكون نتيجة رد فعل لتصرف غير ظاهر لديه. حيث يحتفظ المرشد على التحدث عن هذه التصرفات الخفية لذلك من المهم أن يتصف المرشد الأسري بالذكاء والانتباه، لكي يتمكن من اكتشاف الأمور التي يقوم المرشد بإخفائها، حتى يتمكن المرشد من تقديم المساعدة للمرشد.

6-3- تحديد طبيعة السلوك الاجتماعي لدى المرشد: من المهم أن يحرص المرشد على معرفة طبيعة كافة التصرفات الاجتماعية التي يقوم فيها المرشد خلال مواجهة المشكلات المختلفة التي تواجهه في الحياة، حيث أن ذلك الأمر يساهم بشكل كبير في مساعدة المرشد بشكل أفضل.

7- مهارات الإرشاد الأسري

7 - 1- توفير الجو الملائم لأفراد الأسرة

من الضروري أن يحرص المرشد الأسري على توفير الجو في الغرفة التي يتم فيها تقديم الإرشاد الأسري، حيث أنه من المهم أن تكون الغرفة ذات تهوية جيدة ومضيئة، ويوجد فيها مقاعد مريحة، مع حرص المرشد على عدم السماح لأي شخص بالدخول إلى الغرفة التي يتم فيها الإرشاد الأسري، وعدم استقبال أي مكالمات هاتفية خلال الجلسة الإرشادية.

7 - 2- تحديد المشكلة

يقوم المرشد الأسري بتحديد نوعية المشكلة تقع بين الزوجين من خلال قيام المرشد بجمع المعلومات عن العائلة من مصادر مختلفة، هذا الأمر يساهم بشكل كبير في تحديد المشكلة.

7 - 3- عدم التدخل في جلسة أفراد العائلة

من المهم أن يتجنب المرشد الأسري التدخل في جلسة أفراد العائلة خلال الإرشاد الأسري حيث يترك المرشد الأسري الحرية لأفراد العائلة في اختيار المقعد، لأن ذلك يساهم في تعرف المرشد على نوعية الخلافات التي توجد داخل أفراد العائلة.

7 - 4- التعرف على أفراد الأسرة

من المهم أن يحرص المرشد على التعرف على كل فرد من أفراد العائلة على حدة. ومعرفة طبيعة تفكيرهم والاهتمامات، لأن ذلك يساهم في مساعدة المرشد على فهم الأفراد والمساعدة في فهم المشكلة الأسرية.

7 - 5 - إشعار أفراد العائلة بالاهتمام

من المهم أن يحرص المرشد على جعل كل عضو من أعضاء العائلة يشعر بالعناية والاهتمام بشكل خاص، مع حرص المرشد على أخذ رأي كل عضو من أعضاء العائلة بتعريفه للمشكلة وما هو رأيه فيها.

7 - 6 - وضع الأهداف

بعد قيام المرشد بتحديد المشكلة لا بد أن يقوم بوضع الأهداف، مع حرصه على إشراك جميع أفراد العائلة في وضع الأهداف، وعلى التوسع في هذه الأهداف حتى يستطيع تجزئتها، حيث يتم تصنيف هذه الأخيرة إلى أهداف طويلة وأهداف قصيرة المدى، كما يجب أن تكون هذه الأهداف بشكل واضح يتم الاتفاق عليها داخل أفراد العائلة.

8 - متطلبات المرشد الأسري

هناك العديد من المتطلبات التي يجب أن تتوفر لدى المرشد الأسري للقيام بمهامه بشكل مهني وفعال وذلك على النحو التالي:

✓ **متطلبات أخلاقية:** تتمثل بالحرص على الحصول على رخصة مستشار أسرة قبل ممارسة المهنة، فهذه مهنة حساسة للغاية تنطوي على الكثير من المبادئ والشروط التي لا يجب التفكير حتى بمحاولة تجاوزها.

✓ **متطلبات معرفية:** تتمثل بالحرص على اجتياز كافة المتطلبات التي تؤدي إلى حمل لقب مستشار أسري معتمد مثل الكفاية المعرفية والتأهيل المهني وخضوع المرشد للبرامج والدورات التدريبية المتخصصة بالإرشاد الأسري.

✓ **متطلبات شخصية:** تتمثل في الحرص على التعلم بشكل مستمر والسعي على التطور وظيفيا ومهنيا وأكاديميا في هذا المجال سريع التغيير.

كما يجب أن تتوفر لدى المرشد القدرة على جعل المتحدث مرتاحا، بحيث يتمكن من التعبير عن كل ما يحس من مشاعر وأحاسيس خاصة وحميمية (Alberhne,2013, P27)

9 - أساليب وفنيات الإرشاد الأسري

يستخدم المرشد في مجال العلاج والإرشاد الأسري أساليب متعددة منها:

9-1 - تنمية مهارات الاتصال:

يعمل المرشد على تنمية مهارات الاتصال بين أفراد الأسرة، والاتصال هو الطريقة التي يتبادل الأفراد بواسطتها المشاعر والأفكار في محاولتهم لفهم بعضهم البعض، ويحدث الاتصال من خلال اللغة المنطوقة والمكتوبة، كما يحدث من خلال تعبيرات الوجه ونبرة الصوت والإصغاء، وهو عنصر أساسي من عنصر التفاهم والتفاعل في الأسرة وقد تسهم أخطاء الاتصال في ظهور الكثير من المشكلات، كأن يشعر الطفل بعدم اهتمام والدته به، ويلاحظ أنها تميل إلى شقيقته أكثر.

السعادة الأسرية تعتمد أساسا على وجود اتصال صحيح ومنفتح بين أفرادها وتظهر مهارات الاتصال في السلوك اللفظي، أي الكلمات والعبارات التي يستخدمها أفراد الأسرة في الحديث مع بعضهم.

الهدف من هذه الفنية: مساعدة أعضاء النسق الأسري في الاستفادة من مهارة الاتصال، حيث تمكن الفرد من دعم أهدافه التي يحددها في محيط الأسرة والذي يتمثل في القدرة على إبداء وجهة نظره الخاصة والتأثير في الآخرين والقدرة على الإقناع لتغيير موقف ما.

9-2- المحاضرة:

يتمثل التطبيق لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء النسق الأسري، وذلك بطريقة بسيطة يسهل فهمها لأعضاء الجلسة الأسرية لزيادة استبصارهم بتلك المفاهيم بطريقة موضوعية مما يشجعهم على تلقي المعلومات المتضمنة في المحاضرات ذات الصلة بمشكلاتهم الخاصة بما يهيئ لهم موقفا تعليميا، يبدأ من شعورهم بأن أحد أسباب مشكلاتهم هو افتقادهم إلى معلومات عن تلك المفاهيم فيدفعهم ذلك إلى متابعة الجلسات، وخلق أهداف جديدة تتمثل في الرغبة في حل المشكلة التي يعانون منها.

الهدف من هذه الفنية:

أ- إعادة البناء المعرفي لأعضاء الجلسة الأسرية

ب- تهيئة بيئة أسرية تسهم في النمو النفسي السوي.

9-3 - الحوار والمناقشة:

تتمثل هذه الفنية في استخدام المناقشة الجماعية كمنهج ملائم يمكن أن يخدم الحوار وتبادل الرأي وتغيير المعرفة بشكل دينامي، والذي يؤدي إلى استثارة والتفكير الذاتي لأعضاء الجلسة بما فيها أفكارهم واتجاهاتهم وبهذا تصبح المادة العلمية دفعا قويا نحو إثارة الموضوعات المختلفة للمناقشة.

الهدف التطبيقي لهذه الفنية

أ- إعادة البناء المعرفي لأعضاء الجلسة الأسرية

ب- تعديل الأفكار الخاطئة

ج- تعزيز التواصل بين أعضاء الجلسة من خلال تشجيعهم على الحوار والمناقشة

د- التعرف على آداب الحديث

هـ- فتح قنوات التواصل بين أعضاء الأسرة

و- تشجيع أعضاء الأسرة على تكوين أفكار منطقية تحفزهم

ز - تنفيذ الاستجابات غير الواقعية وحفضها بالإقناع

9-4 - إعادة الصياغة:

تتمثل هذه الفنية في إعادة تشكيل المواقف التي تواجه أفراد الأسرة وسبل حلها من زوايا مختلفة.

الهدف التطبيقي لهذه الفنية

يتمثل في إعادة صياغة الأفكار اللاعقلانية لعضو النسق الأسري وتبني رؤية جديدة.

9-5 - تنمية مهارات حل المشكلة:

يمكن للمرشد أن يستخدم أسلوب حل المشكلة لتدريب أفراد الأسرة على تحديد المشكلة وجمع البيانات حولها. وتوليد البدائل أو الحلول المناسبة ثم الموازنة بينها واختيار مجموعة الحلول الأفضل.

الهدف التطبيقي لهذه الفنية: يتمثل في استخدام التفكير العقلي المنطقي في فهم المشكلة وجمع المعلومات المتعلقة بها وتصور الحلول المختلفة الممكنة للمشكلة والموازنة بين هذه الحلول والعمل على تنفيذها في الواقع واختيار فاعليتها في انهاء الوضع المشكل.

9-6 - التعريف الإيجابي:

تتمثل هذه الفنية في تقديم مدعّمات إيجابية (مادية أو اجتماعية) لعضو الأسرة لدى قيامه بسلوك مرغوب

الهدف التطبيقي لهذه الفنية: يتمثل في تدريب الوالدين على كيفية استخدام ما يمنحانه لعضو الأسرة من اهتمام ومزايا (معنوية - مادية) بشكل تام يؤدي إلى تعزيز السلوك، أيضا حت عضو الأسرة على أن ممارسة السلوك المرغوب يجب أن يصبح جزءا من سلوكه اليومي.

9-7- لعب الأدوار:

تتمثل هذه الفنية في تقديم تعديل مباشر لاستجابات عضو الأسرة، أي تقويم سلوك عضو الأسرة المرغوب منها وغير المرغوب بهدف تقويمه عن طريق كف السلوك غير المرغوب فيه ودعمًا للسلوك الإيجابي المرغوب فيه.

الهدف التطبيقي لهذه الفنية: يتمثل في أن يتعرف عضو الأسرة على مدى قبول أو عدم قبول استجابته مباشرة.

9-8- النمذجة:

تتمثل هذه الفنية في تعليم عضو الأسرة سلوكًا معينًا من خلال ملاحظة شخص ما يمثل قوة بالنسبة له وفقًا للتوجيهات المعطاة.

9-9- التدريب التوكيدي:

تتمثل هذه الفنية في التدريب على التعبير عن مشاعره وأفكاره واعتقاداته والدفاع عن حقه بشكل إيجابي يحسن من مفهومه لذاته.

الهادف التطبيقي لهذه الفنية: يتمثل في تدريب عضو الأسرة على الإيجابية في العلاقات الاجتماعية وزيادة الوعي بالحقوق الشخصية هو التمايز بين التوكيد.

9-10- الواجبات المنزلية:

يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التي تطلب من أفراد الأسرة أن يقوموا بها فيما بين جلسات بذلك يتعود أفراد الأسرة على أن يفهموا أنهم إذا غيروا سلوكهم فإنهم يمكن أن يغيروا كيف يشعرون وكيف يفكرون، كذلك تعمل الواجبات المنزلية على إعادة بناء مسارات الأسرة بإعادة بناء التقارب وتغيير مسافة الود بين الأفراد.

الإرشاد والعلاج الأسري

9-11- معالجة عدة أسر:

وهو العمل مع عدة أسر في وقت واحد وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة تشعر أن هناك أسر أخرى تعاني من مشكلات كما يجعل الأسرة تلعب دورا علاجيا فيما بينها ويخفف من التوترات تجاه المعالج إذا وجدت.

9-12- إعادة البناء المعرفي:

تتمثل هذه الفنية في التغلب على الإدراكات والأحكام الخاطئة وخداع الذات ويتعلم الفرد أن هذه الإدراكات الخاطئة هي السبب الرئيسي في المشكلات الانفعالية التي يعاني منها. **الهدف التطبيقي لهذه الفنية:** يتمثل في تدريب عضو الأسرة على إعادة الجمل الداخلية (أي ما يقوله لنفسه)

اختيار أسلوب العمل من الأسر يعتمد على طبيعة وخصائص الوالدين وحاجاتهم

(السيد عبيد ماجدة، 2012، ص96)	
الإرشاد الجماعي	الإرشاد الفردي
هو إرشاد عدد من الأسر حيث تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم ولا تعتبر هذه الطريقة بديلا عن إرشاد الفردي وإنما مساعدة لها في كثير من الأحيان	يختار المرشد إحدى الأسلوبين يستخدم أسلوب الإرشاد الفردي مع الوالدين الذين لديهم حاجات فردية واضحة أو يتميز بخصائص سلوكية نفسية تستدعي الانتباه ومعالجة الفردية ومن الوظائف الأساسية له تبادل المعلومات وتفسير المشكلات.

10- الإرشاد الأسري من منظور عربي إسلامي

لقد شرع الله الزواج وحث عليه لما فيه من فوائد ومكاسب جمة تعود على الفرد والمجتمع، وحتى يكون الزواج ناجحاً فقد حث الإسلام على أن يكون زواجا فيه تكافؤ بين الزوجين من الناحية المادية والاجتماعية والعلمية، وبهذا تصبح لدينا أسرة تأسست أساسا سليما وفق قواعد راسخة تقوم على التكافؤ والقبول بين الطرفين.

والمنهج التشريعي للقرآن الكريم والسنة منهج تربوي خاص والتربية فيه هي الأساس والتشريع يبسط القوانين ويحدد القواعد والمبادئ التي ينبغي اتباعها وتطبيقها في المعاملات المختلفة، وبهذا تحل كثيرا من المشكلات الدنيوية وهي مشكلات خاصة بعلاقة الإنسان بالإنسان وبحياته الاجتماعية والسياسية وصلته بأسرته وزوجته وما ينشأ عن ذلك من علاقات وحقوق وواجبات.

وقد قدم الدين الإسلامي من خلال القرآن الكريم والسنة النبوية اهتماما بالكثير من القضايا الحساسة والهامة في حياة الأسرة، كما بين كل من "أحمد والعريشي ورشاد وعلي" (2012) فيما يلي:

أ- العلاقة الزوجية بين الزوج والزوجة

حث الإسلام على تكوين علاقة إيجابية قائمة على الإيجاب والقبول بين الزوج والزوجة، وأكد على ضرورة الموافقة من قبل المرأة، وأن تعبر عن هذه الموافقة إما بالإشارة أو بالكلام إن كانت بكرا أو بالتصريح إن كانت ثيبا، وهكذا تبدأ الحياة الزوجية بالرضى، ومن ثم حث الإسلام على أن يعامل الزوج زوجته معاملة إيجابية وأن يعاشرها بالمعروف ويحترم إنسانيتها، وكذلك دعت الزوجة إلى احترام الزوج والتعامل معه بود وتلبية حاجاته والحفاظ على ماله وعرضه وولده وكتمان سره.

ب - علاقة الآباء بأبنائهم وبناتهم

بعد أن أعطى الإسلام الأبناء حرية العيش من خلال نهى الآباء عن قتل الأولاد خشية الفقر، دعا إلى أن تلبى حاجات الأبناء ومن أهمها الحصول على الغذاء المناسب والمفيد، وكذلك الحرص على الاهتمام بتربية الأبناء تربية صالحة.

المحور الثالث: العلاج الأسري



المحاضرة السادسة

1- نبذة عن العلاج الأسري

يركز العلاج الأسري -كما يدل اسمه- على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض، يعني أن المعالج والمرشد يتعامل مع الأسرة ككل، والتصور الأساسي الذي يقوم عليه هذا النوع من العلاج هو أنه أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحا واقتصادية أن تتعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة النووية.

كما لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضع الإرشاد والعلاج. وتكون مهنته مهنة المرشد المعالج في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يختفي السلوك المضطرب (الشناوي، دون سنة، ص 427) كان المعالج فيما مضى ينفق وقتا كبيرا كي يساعد المريض على إدراك أن الكثير من اشكال علاقته الحالية (بما فيها علاقته مع المعالج) ليست سوى تكرار لعلاقاته الأصلية مع أسرته.

ولم يكن المهم هنا شكل الأسرة كما هو موجود فعلا بل إدراك المريض لها. وقد كان المعالج يتحاشى قدر الإمكان أي اتصال بأسرة المريض خشية أن تضطرب العلاقة الطرحية بينه وبين المريض، وبمضي الوقت أصبحت هناك قناعة واضحة بأن أسرة المريض الحالية وكذلك أسرته الأولية عامل وسيط هام جدا في النجاح العلاجي. (الزيادي، 1987، ص 412)

2 - تعريفه العلاج الأسري

يهتم العلاج الأسري النسقي بالعلاقات الاسرية داخل الاسرة وبتاريخها، حيث يتواصل افراد هذه الخلية الاسرية ويتفاعلون فيما بينهم حسب قواعدهم الخاصة بهم، وهذه القواعد تحكم وتنظم الروابط والعلاقات بين هؤلاء الافراد، ويميل هذا الاتجاه إلى وصف الحالة

الأسرية في تفاعلاتها كما يركز على اعتبار الأسرة هي وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض بمعنى أن المعالج يتعامل مع الأسرة ككل.

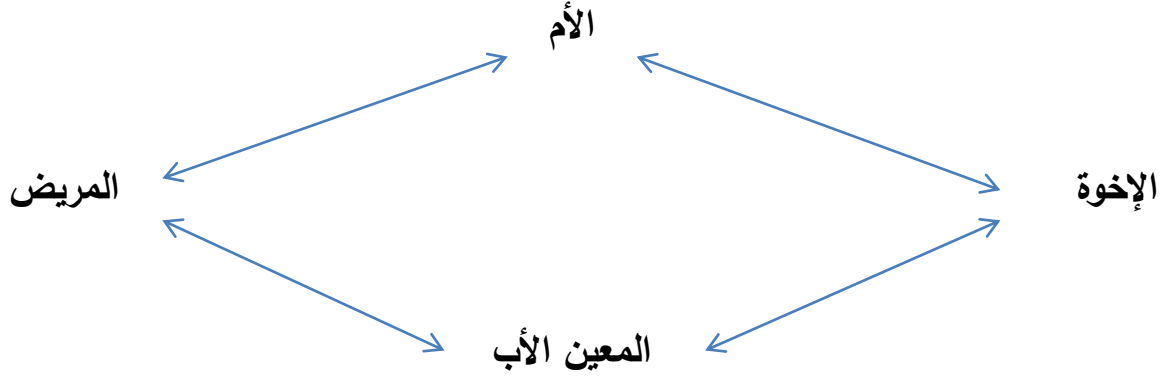
ويعرفه فرانسو شور franche chore على أنه "أسلوب علمي مخطط يركز فيه المعالج الأسري على سوء التكيف الأسري في أي ناحية ترتبط بسوء التوظيف الأسري يتركز العلاج الأسرة كوحدة كلية مستخدماً أشكال المقابلات سواء فردية أم فردية أم جماعية لزيادة فعالية توظيف الأسر (عبد العزيز، 201:185)

ويرى (علي الدين السيد وآخرون، 1999، ص 142) أن العلاج الأسري يعني "أن الأسرة كلها وليس الفرد الذي يتطلب معه كشف للعلاج، وهو أساس علاج نفسي اجتماعي يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير انماط التفاعل المرضية داخل الأسرة ويضيف (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 185) أن العلاج الأسري هو أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات التفاعل الصحي بين أفراد الأسرة وتوفير الفرص له تحت توجيه المعالج النفسي، والهدف النهائي هو بحث عن الطرق المؤدية لتحقيق تعايش بين افراد الأسرة حيث تحقق أفضل صور التفاعل الايجابي.

ومنه فإن العلاج النفسي الأسري يركز على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض أو المضطرب بمفرده، فالمعالج يتعامل مع الأسرة ككل كما يستند على مساعدة الفرد المريض في حل مشاكله مع افراد اسرته بدلا من القاء اللوم عليهم.

وحسب (غنية بوفرميل، 2015، ص 12) فالمجال العلاجي الأسري ذو المقاربة النسقية يعتمد المعالج على بعض النماذج للتفاعل داخل الأسرة، ومن أكثرها شيوعاً.

"نموذج التفاعل الدائري"



نموذج التفاعل الدائري المستعمل في العلاج الأسري (غنية بوفرمل 2015)

لماذا العلاج الأسري؟

➤ يتعامل المعالج الأسري مع آلام الأسرة

- عندما يعاني شخص ما في الأسرة من آلام والتي تظهر على شكل أعراض مرضية يشعر بها جميع أعضاء الأسرة.

- يجد المعالجون أنه من المفيد وبالالتفاق مع الأسرة تسمية العضو الذي يحمل الأعراض.

- يرى المعالجون أن أعراض المريض المحدد تخدم وظائف الأسرة ووظائف الفرد.

➤ أظهرت العديد من الدراسات أن الأسرة تتصرف كوحدة، وقدم "جاكسون" (1954)

مصطلح توازن الأسرة للإشارة إلى هذا السلوك.

- يوضع مفهوم التوازن الأسري أن تصرف أعضاء الأسرة يحقق توازنا في العلاقات.

- يحافظ أعضاء الأسرة على هذا التوازن ظاهريا.

- يبذل الأعضاء جهدا أكبر عندما يكون توازن الأسرة غير مستقر حتى يتمكنوا من

الوصول لاستقراره. (سايتر، 2016، ص19).

3- عوامل ظهور حركة العلاج الأسري

3 - 1- نمو حركة العلاج الجمعي

نمت حركة العلاج الجمعي وتطورت في السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية نظر للحاجة الماسة لعلاج العديد من المرض في فترة زمنية محددة، وقد أحدثت هذه الحركة على مناخ العلاقات الشخصية المتبادلة داخل الجماعة وأثره في العملية العلاجية. وتعد هذه الحركة الأولية التي أدت إلى انطلاق حركة العلاج الأسري وعلى الرغم من الاعتراف بأن العلاج الجمعي منهج عام لا يخص جماعة محددة كالأسرة إلا أن الأسلوب الذي اتبعه المعالجون وهو وضع جماعة من الناس في جلسة واحدة مع معالج واحد هو الذي خلق الفرصة لبزوغ فكرة علاج الأسرة كوحدة واحدة وفي جلسات مشتركة.

3 - 2- ظهور حركة إرشاد الأطفال

ظهر هذا الحقل من الإرشاد في الولايات المتحدة الأمريكية، وتطور خلال الثلاثينات والأربعينات.

وأصبح هناك اهتمام متزايد بالمشكلات الانفعالية للأطفال وبأثر الآباء على أبنائهم سببا من اسباب هذه المشكلات، وقد تركز الاهتمام في البداية على الأم نظرا لأهمية علاقة الطفل بأمه في النمو الانفعالي للطفل

3 - 3- نمو حركة الإرشاد الزوجي

كان نمو حركة الإرشاد الزوجي كمهنة موازيا لنمو حركة العلاج الأسري، ودافعا لها وكل منهما تأثرت بالأخرى ودفعتها للنماء. كما أن العاملين في الحقل الاسري، أولوا اهتماما كبيرا بأهمية أساليب التفاعل الأسري وأثرها في النمو الاضطرابات السلوكية.

4- نمو حركة العلاج الأسري

إن بدايات العلاج الأسري تعود إلى منتصف الخمسينات، حيث بدأ العلاج الأسري كطريقة علاجية واضحة في الولايات المتحدة الأمريكية (المؤمن، 2004، ص 97) كان موضوع الفصام هو الموضوع الذي بدأت معه هذه الحركة (الشناوي، دون سنة، ص428) وقد تميزت تلك الفترة من الزمن بسيادة الاتجاه التحليلي في العلاج فكان المعالج يوجه جهوده نحو وصول المريض لاستبصاره بدوافعه ودفاعاته اللاشعورية. ولقد كان لألفريد آدلر Adler تأثير هام وغير مباشر على العلاج الأسري ، إذ اهتم بجانب التركيبية الأسرية، وبذلك لم يقتصر البحث على علاقة الطفل بوالديه كما فعل فرويد وإنما وسع دائرة التفاعلات الأسرية في حياة الفرد لتشمل الإخوة أيضا وعلاقتهم ببعضهم البعض، كما ركز أيضا على الشعور والإيجابية وقدرة الفرد على التغيير، وهي عناصر أساسية في العلاج الأسري. وبمضي الوقت أصبحت مثلا قناعة واضحة بأن أسرة المريض الحالية، وكذلك أسرته الولية عاملا هاما في نجاح العلاج، ولعل من الملاحظات الشائعة لدى الإكلينيكين أن يجدوا مريضا قد تحسن تحسنا ملحوظا لا بسبب العلاج بل بسبب أسرته (المؤمن، 2004، ص 98)

المحاضرة السابعة

5- أهداف العلاج الأسري

يختلف الهدف من العلاج الأسري وفقاً لطبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة، كما يساهم النموذج العلاجي الذي سيمارس في تشكيل الهدف من التدخل المهني، بالإضافة إلى أنه هناك أهداف مباشرة وأهداف غير مباشرة، وقد يكون هناك أهداف آنية وأهداف مستقبلية، وبالإجمال يهدف العلاج الأسري في الغالب إلى:

- مساعدة الأسرة على تحقيق التوازن والانسجام في العلاقات بين أفراد الأسرة، وبين الأسرة ككل والبيئة أو المحيط الاجتماعي.

- استكشاف الخلل الوظيفي في البناء الأسري، سواء كان الخلل اجتماعي أو نفسي أو اقتصادي.

- المحافظة على وحدة الأسرة وكيانها وتنمية روح الجماعة الأسرية.

- خلق مناخ مناسب لإحداث تغييرات في أنماط الاتصال بما يساعد الأسرة على حل مشكلاتها الذاتية والبيئية.

- مساعدة أفراد الأسرة على حل مشكلاتهم واتخاذ القرارات المناسبة للحاضر والمستقبل.

- إتاحة الفرصة للأسرة لأجل اكتشاف نقاط الضعف في النسق الأسري، أو الخلل الوظيفي في البناء الأسري ثم المبادرة لأجل التغيير والإصلاح. (البريثن، 2011، ص69).

6- أنواع العلاج الأسري

6-1- العلاج الأسري النفسي: كانت بدايات العلاج الأسري النفسي بفضل الاسهامات

الأولى لمعهد البحث العقلي (Mental Reseach Institue MRI) بباولو ألتو Palo

Alto بمقاطعة كاليفورنيا الأمريكية.

كان ظهور هذا المعهد كثمرة لاجتماع مجموعة من المعالجين والباحثين، أمثال "باستون" (1949-1962) و "جاكسون" (1954-1968)، و "فرجينيا وبوين"، والذين كانوا متعددي التخصصات (علم النفس التحليل، البيولوجيا، الأنثروبولوجيا، السلوكية والمعرفية، ونظريات الاتصال...) حيث اتفقوا على إنشاء هيئة علمية تبحث وتدرس خصائص النسق الإنساني ومن هنا تم الاتفاق بالاجماع على وضع معهد للبحث العقلي (MRI) تحت إدارة العالم الأمريكي "غريغوري باتسون Gregory Batesen" خلال سنوات ما بين (1949-1962).

حيث بدأت البحوث الأولى حول نظام التواصل في الجماعات الأسرية، وركز الباحثون في هذا المعهد على محاولة فهم السلوكيات التواصلية في إطار النسق الأسري (Watzlawick et al,2004)

وانطلقت هذه البحوث كاستجابة لوضعيات العنف السلوكي والعقلي ذات الخطر على الحياة، من خلال المساس بعدد من أفراد الأسرة الواحدة وتوليد اثار مضطربة على المحيط الاجتماعي مثل حالات الفصام، فقد أخذ هذا العلاج بالتطور لمواجهة مجموعة كبيرة من الاضطرابات التي ظهرت في تلك الفترة مثل الاضطرابات الغذائية، الخوف، سوء المعاملة اتجاه الأطفال، والعنف الزوجي.

ومن هنا كانت النماذج الأولى للعلاج النسقي الأسري مهتمة أكثر بالفهم والتحيين لكل من:

- التوظيف النفسي والبيئي - شخصي (النموذج السيكو دينامي)
 - التواصل والتفاعلات المتناقضة (النموذج المعلوماتي النسقي)
 - التعصب، الحدود والقوانين (النموذج البنيوي)
 - صراعات السلطة وحل المشكلات (النموذج الاستراتيجي أو المنظومي)
 - الاختلافات بين الذوات على العديد من الأجيال بالتوازن بين استحقاقات الأجيال
- (Camall,2003)

ولإنشاء العلاج النسقي ضم الباحثون مثل ALTO نظريات علمية مختلفة من بينها نظريات المعلومات ل "تويرت وينر" ونظريات المنطق ل "الفرد نورد" ونظرية مضادات الأمراض العقلية ل "كوير" بدون أن ننسى الاتجاه التحليلي الذي يرى أن الغرض يكون في العلاقات التي تكون بين أفراد الأسرة وعلاقات الفرد مع نفسه تحت قيادة "هوناي" (عباس محمود مكي، 203، 584)

وهكذا معهد البحث العقلي (MRI) بمثابة مفترق طرق إستيمولوجي تجمع فيه العديد من السيارات الفكرية والتخصصات المتعددة (البيولوجيا، الانترولوجيا، المعلوماتية، الطب العقلي، علم النفس، علم الاجتماع....)

ولم يبقى هذا الاتجاه فقط في الولايات المتحدة الأمريكية، بل تعدى ذلك لينشر في بلدان أخرى أوروبية كإيطاليا تحت قيادة (باولوساليني) الذي اهتم بالأسر التي تعاني من تحولات فقدان الشهية العصبي، كما ظهر أيضا في فرنسا على يد "بونو"، سويسرا على يد "كوفمان" وفي إنجلترا على يد "ستيرلينغ" ومنذ ذلك الحين والعلاج الأسري النسقي يكتسب أفاقا جديدة في أماكن شتى من خلال أنصاره الذين يرونه بأنه علاج أكثر كفاءة من غيره(حاج سليمان فاطمة الزهراء، 2017، ص31)

أما في الجزائر فقد ظهر هذا العلاج في 1999 بعد دورة تدريبية نظمها الدكتور كاشا "kacha" بالتعاون مع المعهد (liegors) لممارسة شبكات العلاج الأسري.

7- مبادئ العلاج النسقي الأسري:

ترى (بومعزة فتيحة وآخرون، 2015، ص22) أن العلاج الأسري النسقي يقوم على جملة من مبادئ أهمها:

- الأسرة عبارة عن نسق يمتلك تنظيم وبنية مكونة من مثلثات، أدوار، قوانين، أهداف كما أنها قادرة على تحقيق التوازن الذاتي وتشكل من أفراد لديهم تفاعلات وتواصل المستمر ودائري فيما بينهم.

- التاريخ العائلي يؤثر على الفرد، حيث ينقل معه وإليه القيم، الانفصالات والسلوك عبر الاجيال.
- المهم ليس معرفة لماذا يتصرف الشخص بهذه الطريقة ولكن الأهم في أي نسق أو سياق إنساني يمكن لهذا التصرف أن يكون له معنى.
- يعمل المعالج الأسري على البحث على تفريغ الانفعالات، للاهتمامات الايجابية والمجهودات المبذولة وذلك بفك الترميز حتى يتمكن كل فرد من فهم الآخرين والوعي بالأدوار الموكلة إليهم.
- مساعدة المريض داخل النسق الأسري ودفعه نحو التغيير، معناه أيضا دفع الأسرة وفرادها لتقبل التفكير في أدوارهم ووظائفهم، والتغيرات في كل فرد تعتبر ضرورية إذا أرادت الأسرة تجاوز الأزمة والوصول إلى التوازن.

المحاضرة الثامنة

8 - اتجاهات العلاج الأسري

يقوم العلاج الأسري على مجموعة من النظريات اشتق المرشدون منها مجموعة من الأساليب الإرشادية والعلاجية، وتهدف هذه الطرق والأساليب جميعها على إعادة توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة وتحقيق توافق أفضل لكل الأفراد في الأسرة بما في ذلك المريض أو المسترشد المقصود أصلاً بالعلاج أو الإرشاد (الشناوي، دون سنة، ص 427)

توجد خمسة اتجاهات رئيسية في العلاج الأسري وهي: (المؤمن، 2004، ص102)

8-1- العلاج السلوكي الأسري

تمثل الأسرة من وجهة النظر السلوكية، البيئة الطبيعية لتعلم السلوك، فالأسرة بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية بين أعضائها تمثل شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد إلى آخر داخل الأسرة.

من الصعب اتباع تقنية معينة في العلاج الأسري، لأن عدد العوامل والمتغيرات الفعالة في العلاج الأسري هو عدد كبير جداً، مما يقتضي أن يبرمج العلاج الأسري بصورة فردية تتناسب وحالة المريض ووضعه الأسري، ولكن بالإمكان اتباع قواعد معينة يمكن اعتبارها روتينية في كل حالة مرضية أهمها:

✓ ضرورة البحث في ديناميات العائلة النفسية وذلك في أدوارها وأطوارها المتعاقبة منذ بدء تكوين العائلة.

✓ محاولة تعيين طريقة أو طرق التعامل والاتصال بين أفراد الأسرة مع المريض ومع بعضهم البعض، وتقدير ما إذا كان هذا التعامل طبيعياً وملائماً، أم مرضياً وغير ملائم.

- ✓ ضرورة الوقوف ومعرفة موقف الأسرة تجاه الحالة المرضية، هل الموقف إيجابي بهدف مساعدة المريض واستيعابه في نطاق الأسرة؟ أم أنه موقف سلبي يميل إلى رفض المريض وإنكار مسؤولياتهم نحوه.
- ✓ محاولة التقليل من الصراعات العائلية القائمة والتي لها أن تدفع بالمريض إلى حالة من الانعزال تجنباً للمشاحنات العائلية.
- ✓ محاولة تدعيم اعتماد المريض على نفسه وتحريره من التوكل الأسري وإعطائه فرصة تكوين هويته الفردية وتدريبه على تحمل المسؤولية.
- ✓ يقتضي هذا العلاج محاولة فهم المواقف والحوادث والحساسيات العائلية التي أدت إلى ترسيب الحالة المرضية في البداية والتي ترتبط بالانتكاسات المرضية اللاحقة.
(كمال، 1994، ص ص 458-459)

8-1-1- أسس العلاج السلوكي الأسري

يحدد العلماء السلوكيون الهدف النهائي الشامل للعلاج الأسري السلوكي بأنه تغيير "اتساقات التدعيم" حتى يتعلم أفراد الأسرة أن يقدموا التدعيم الإيجابي المناسب للسلوك المرغوب فيه، بدلاً من تدعيم السلوك اللاتكفي، وقد يكون التدعيم بسيط مثل "نظرة العين المشجعة" "ابتسامة حقيقية" "كلمة تقدير" أو سلوكاً أكثر تعقيداً مثل منح الفرد بعض الامتيازات.

ويعتمد العلاج السلوكي الأسري على التحليل السلوكي للنسق الأسري والتحليل السلوكي الأولي يتضمن تقدير وظائف الأسرة، وقد يستغرق هذا التقدير بصفة خاصة عن:

- إقامة تحالف علاجي مع كل أفراد الأسرة
- استخدام المشكلة المقدمة كنقطة بداية لتحليل وظائف الأسرة

- معلومات تفصيلية عن ملاحظات كل فرد في السرة وأفكاره ومشاعره حول المشكلة المقدمة.

- معلومات حول تفاعل كل فرد في الأسرة داخل النسق الأسري واتجاهاته ومشاعره وسلوكه نحو أعضاء الأسرة الآخرين وكذلك دافعيته.

ويهدف التحليل السلوكي في النهاية إلى تحديد السبب الرئيسي في لجوء الأسرة إلى نمط من السلوك من شأنه أن يسهم في الضيق والتوتر الذي يعانيه واحد أو أكثر من أفراد الأسرة، وخلال التحليل يبحث المعالج عن إجابات الأسئلة التالية:

- كيف تعيق المشكلة هذا الفرد وأسرتة في الحياة اليومية؟

- كيف تساعد المشكلة المقدمة هذا الفرد وأسرتة في التكيف مع الحياة اليومية؟

- ما ذا يحدث إذا أهملت المشكلة؟

- ماذا سيكسب هذا الشخص أو الأسرة إذا ما حلت هذه المشكلة أو اختفت؟

- تحت أي ظرف تقل حدة هذه المشكلة؟ أو تزيد؟ متى؟ مع من؟ وأين؟ (كفافي

(1999، ص 12)

8 - 1 - 2- أساليب العلاج السلوكي وفتياته

من المفترض أن يكون لدى المعالج صورة واضحة ودقيقة عن تتابع الأحداث السلوكية التي تسبق الاستجابة والتي تليها، ورصد هذا التتابع يتطلب من المعالج جمع بيانات تفصيلية من أعضاء الأسرة عن طبيعة السلوك الذي يتورط فيه العضو، والذي حددته الأسرة باعتباره مريض، وأشهر الأساليب السلوكية التي تستخدم في علاج الأسرة هي:

أ- التدريب على التوكيدية

ب-الاقتصاد الرمزي

ج-حل المشكلة

أ - **التدريب على التوكيدية:** يعد هذا الأسلوب وسيلة سلوكية نفسية تدفع الفرد إلى القيام بسلوك معين للتعبير عن رأيه والوصول إلى حقه بطريقة ترضيه وتخفف مشاعر القلق. ومن المهم في حالة استخدام أسلوب تأكيد الذات أن تكون الأهداف واضحة ومن بين هذه الأهداف:

- تعديل الاستجابات الخارجية في التعامل مع الموقف

- التخلص من مشاعر الذنب

- التأكيد على التعبير الخارجي للتخلص من مشاعر القلق

وتجدر الإشارة إلى أن تأكيد الذات لا يعني عدوانية الفرد تجاه الآخر للحصول على حقوقه. (الرشيدي والسهل، 2000، ص 470)

ويطلب المعالج السلوكي الأسري من أفراد الأسرة أن يعيدوا تمثيل محاولاتهم للاتصال مع مشاعرهم وأن يدرّبوا من قبل المعالجين وأفراد الأسرة القادرين، وقد تستخدم التعليمات والتغذية الراجعة، والاقتران (كمنذجة) والتدعيم الإيجابي في تشكيل مهارات الاتصال متى تم التعبير عنها بأسلوب واضح مختصر ومباشر يناسب كل عضو من أعضاء الأسرة وحتى يتطابق التعبير اللفظي مع التعبير غير اللفظي.

ب- **الإقتصاد الرمزي:** يشير هذا الأسلوب إلى استخدام بعض المثيرات بعد تشريطها بمدعمات طبيعية كوسائل لحفز الفرد على التعلم ودعم السلوك زيادة رصيد من هذه العلامات أو إنقاظه.

كأن نمنح الفرد بعض النجوم أو العلامات من أصدر الإجابة المطلوبة، كما تحدد مكافئات وقيمة لكل منها، وعلى الفرد أن يحسب كم عدد النقاط أو النجوم التي ينبغي الحصول عليها حتى ينال مكافأة.

ويستخدم أسلوب الإقصاء الرمزي في العلاج الأسري بعد أن يكون المعالج قد حدد السلوك وأساليب السلوك المرغوبة وحدد عددا من النقاط.

ج- التدريب على حل المشكلات: حل المشكلة من المنظور السلوكي هو عملية مساعدة تهدف إلى تمكين الأسرة من أن تتعامل بكفاءة أكبر من المشكلات، وعلى الرغم من أن حل المشكلة يبدأ من قضية معينة، إلا أن المعالج الأسري عليه أن يعمل من خلال مواجهة هذه القضية على ترقية مهارة حل المشكلة، بحيث يمكن أن تستخدمها الأسرة في المواقف الأخرى بدون مساعدة من أحد.

والخطوات الأساسية لحل المشكلات هي:

- ✓ يوافق أعضاء الأسرة على وجود مشكلة في علاقاتهم
- ✓ وضع تعريف واضح ومحدد للمشكلة، بمصطلحات إيجابية
- ✓ الحصول على وقت محدد للمناقشة
- ✓ التركيز على مشكلة واحدة
- ✓ تحديد عدد من الحلول السلوكية المحددة للمشكلة
- ✓ تقييم كل حل بديل ومقترح بتحديد مميزاته وعيوبه، واختيار حل عملي ومناسب لكل الأفراد. (pime,1996 and Dattilio, 1998)

8-2- العلاج الأسري المعرفي

يركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية ادراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث ما.

ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على المعتقدات الفكرية الخاطئة للفرد وعن العالم المحيط به، ومنه فإن الاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما يصاحبها طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات والبيئة، ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض، وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير في سلوكه (عبد المعطي، 2003، ص 397)

ولقد ظهرت فنيات علاجية متنوعة في إطار العلاج المعرفي من أشهرها:

✓ العلاج المعرفي الذي أرساه أرون بيك Aaron Beck

✓ العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس Albert Ellis

✓ المعرفي عند ريمي Victor Charles Raimy

✓ العلاج عند Meichenbaum

وتعتبر نظرية "بك" في العلاج هي الأكثر جذبا للباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفي بصورة عامة (المحارب، 2000، ص 38)

فأسلوب "بك" يعد الأكثر انسجاما مع مستجدات البحوث التي تصدر عن الباحثين في علم النفس المعرفي، وعلم النفس الاجتماعي، وغيرها من العلوم ذات العلاقة بالعمليات المعرفية لدى الإنسان ف بيك أخذ بعين الاعتبار واستفاد من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوب دون الإخلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته (المحارب، 2000، ص 09)

8 - 3 - العلاج الأسري السيكودينامي

يؤكد الاتجاه السيكو دينامي على دور الدفعات الغريزية وخبرات الطفولة والقوة اللاشعورية، ويصبح المعالج شاشة للمريض يسقط عليها موضوعات الطفولة غير المحلولة واللاشعورية والتي تستعيد دورها في حياة المريض الراشد.

ويركز المنظرون والممارسون للتحليل النفسي على الصراعات الداخلية التي تظهر أثناء العلاج الفردي، وخاصة في الطرح على المعالج، ويحاول المعالجون ذوو الاتجاه التحليلي تحديد هذا الطرح الذي يتم تمثيله بين الزوجين، كما يؤكد المعالجون ذوو التوجه السيكو دينامي على صراعات الطفولة غير المحلولة وعلى الدوافع اللاشعورية التي تبدأ من اختيار شريك الحياة، وفي حال استمرار العلاقات الزوجية غير السعيدة المضطربة، ويرون أن الفرد يخلق مشكلاته الزوجية.

8 - 3 - 1- عملية العلاج

يهدف علاج الاضطرابات الأسرية إلى تخفيف الضيق واضطراب وظيفة العلاقة وإلى تقوية العلاقات ، وإلى تقوية المصادر المشتركة لحل المشكلات وإلى تقليل الصراع مع تحسين مستوى التعامل بين أفراد الأسرة، كما يهدف إلى تشجيع استخدام بدائل للضوابط وللدفاعات ضد الجوانب المرضية بحيث تكون أكثر ملائمة، وكذلك يهدف إلى زيادة تكامل العلاقات على المستوى الجنسي والانفعالي ولزيادة نمو العلاقة ونمو كل طرف كفرد وليتلاءم نمط الزواج مع احتياجات مزيد من نمو الأسرة.

يبدأ العلاج باكتشاف المشكلات البارزة، ويصل المعالج أثناء عملية العلاج خطوة بخطوة إلى فهم المحتوى الخاص بالاضطراب.

إن المعالج الذي تلقى تدريباً على التحليل النفسي يتجنب القيام بالتدخلات المباشرة كالتوجيه والايحاء، والنصح ويرى أنها تشبع رغبات نكوصية للمعالج في أن يكون والداً. وحينما يطلب الزوجان أن يأخذ المعالج جانب أحدهما أو أن يصدر حكماً أو يقترح حلولاً سريعة لخلافتهما، يفسر المعالج هذه المقاومة بالوعي بالذات.

وتسمح استمرارية الجلسات بدرجة من الكمال والتعمق الذي ييسر استكشاف الدوافع اللاشعورية وذلك من خلال العمل مع الزوجين معاً. (المؤمن، 2004، ص ص 121-

124)

8-4- العلاج الأسري المنظومي

يطلق على هذا العلاج علاج ميلانو المنظومي ويرجع إلى "مارا سيلفيني بالازولي Mara Selvini Palazzli التي أنشأت عام 1967، مركز للعلاج الأسري في ميلانو، وظهر العلاج المنظومي بشكل واضح عام 1987 على يد "لوجي باسكولا" Liogi Bascola وجينفرا نكوسشيني Gianfrancocecchini وجولييان براتا Gulian Brata بالإضافة إلى مؤسسة "مارا بالازولي".

وقد استفاد هذا الاتجاه من أفكار باتسون Bateson وتأثر ببول واتزوليك Paul watzlawick وأثره ابداع سيلفيني وزملائها، وقد أثرت جماعة ميلان على عدد كبير من المعالجين الأسريين (المؤمن، 2004، ص 126)

8 - 4 - 1 - فنيات الإرشاد المنظومي

✓ التدخلات المتناقضة Paradoxial interventions

بدلاً من أن نطلب من أحد الزوجين التوقف من سلوكه، نطلب منه أن يستمر في هذا السلوك أكثر، فعلى سبيل المثال يشكو الزوج من أن زوجته لها مطالب كثيرة ومتطفلة، بينما تشكو الزوجة من أن زوجها بارد ومتباعد.

✓ وصف العرض Prescribing the symptom

هذه الفكرة موجودة في نظريات التواصل عند جاكسون وهيلي son et Haly وتشير إلى أن نطلب من أحد أعضاء الأسرة أثناء الجلسة أن يستمر في سلوكه بطريقة مبالغ فيها فيطلب المعالج من الطفل الذي يثير ضجة أن لا يتوقف عن فعل ذلك بل يزيد، وهو يختلف عن الفنية السابقة في أنه يكون أثناء جلسة العلاج وبذلك نحقق هدفين:

الأول: إلقاء الضوء على السلوك يفيد في جذب انتباه الشخص مما يجعله يغير نفسه الثاني: أن المعالج يتحكم في الموقف حينما يحدث تناقضا وهو طريقة أخرى لتعزيز التغيير.

✓ اختلاف الأزمة Grating a crisis

وضع هذا المصطلح دون جاكسون Don Jackson وهو معالج مهتم بنظرية التواصل، ويشير المصطلح إلى فكرة أن يعتمد المعالج على اختلاف أزمة أو استفزاز موقف شديد كي يوقف التوازن الأسري، ويجبر الأسرة على التغيير.

✓ إعادة التشكيل والتأطير Reframing

عندما يتعرض الفرد أو الأسرة لأزمة فإنهم يفكرون بطريقة جامدة تجعلهم غير قادرين على التكيف مع الضغوط، وهذا يشجع الأفراد على تغيير وجهة نظرهم من المشكلة، وعلى المرشد أن يستخدم لغة تتناسب وخبرات الأفراد حتى يكون فعالا وسهل الفهم.

✓ التغذية المرتجة الموجبة Postive Feedback

هي تقنية علاجية تدفع الأسرة إلى تصرفات جديدة تجعل أنماط السلوك القديمة غير واردة وعادة ما يستخدم ليتفاعل عكسيا مع التغذية المرتجة السالبة كميكانيزم يخلق أزمة تحدث تقدا علاجيا يحمي الأسرة من البقاء ثابتة على وضعها السلبي (المؤمن، 2004، ص ص 132-134)

8 - 5 - العلاج الأسري البنائي

8 - 5 - 1 أهدافه

- تغيير تنظيم الأسرة

- تغيير وظائف الأسرة

وهذان هما السبيلان لكي تحل الأسرة مشكلاتها ولكي يتحقق هذان الهدفان فإن التدخلات تكون مباشرة موجبة، علما بأن العلاج البنائي قصير المدى.

يبدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة تجمع كل أفراد الأسرة، وفيما بعد قد يعقد جلسات فرعية موازية أو متتالية لحسم أو حل بعض المشكلات الفرعية التي تخص مجموعة فرعية، وبعدها يعود المعالج إلى الجلسات الشاملة.

قد يعمد المعالج إلى خلق نوعين من التفاعل أولهما أن يشجع التفاعل بين أعضاء الأسرة، وثانيهما هو مركزة الانخراط مما يرقى التفاعل بين أفراد الأسرة والمعالج، فالمعالج يمكن أن يشارك من داخل النسق، ويمكنه أن يلاحظ ويعلق من خارج النسق معتمدا على ماهية الحاجات التي يعاد بناؤها في أي لحظة. (الكفافي، 1999، ص 18)

8 - 5 - 2 - فنيات العلاج البنائي

✓ التكيف Accomodation

يقوم المعالج البنائي بالتكيف الشخصي مع الأسرة كأن يتوقف عن لزمة خاصة به في حضور الأسرة التي تأتي إلى الجلسة، وتستخدم هذه التقنية لتحقيق المشاركة الناجحة مع الأسرة، بمعنى الوصول إلى التحالف العلاجي.

✓ تمثيل أنماط التعامل

الطريقة البنائية تؤكد على التفاعلات - أثناء العلاج- ز "قمينوتشين" لم يهتم فقط بما يقوله أفراد الأسرة كل عن الآخر، بل كان يمنحهم فرصة ليمثلوا مشاكلهم أثناء الجلسة ، فيؤلف المعالج عن قصد سيناريو لتمثيل وتفعيل صراعات الأسرة ومشاكلها في الجلسة الأسرية بدلا وصفها.

✓ المشاركة

هي طريقة علاجية يندمج فيها المعالج مع منظمة الأسرة وأسلوبها كي تتقبله الأسرة بطريقة أكثر انفتاحا وتتقبل حدوث التغيير العلاجي.

✓ التقليد

التقليد أو الانسجام هو تكتيك علاجي يستخدمه المعالج ليكيف نفسه مع نمط الأسرة ومن ثم يبني التحالف العلاجي.

مثلا يمزج مع الأسرة المرححة، يتحدث ببطء مع الأسرة التي تتحدث ببطء

✓ الفحص

هو تصرف يقوم به المعالج لاختبار مرونة مناطق معينة في الأسرة، كأن يطلب من أفراد الأسرة أن يغيروا أماكن جلوسهم أثناء الجلسة، وتسمح هذه الطريقة للمعالج بأن يلاحظ المناطق التي بها مصاعب وأن يحدد الأهداف العلاجية، ويختبر مرونة منظومة الأسرة (المؤمن، 2004، ص ص 36 - 38)

ومن الممكن أيضا اللجوء إلى معالجة عدة أسر Multiple- family therapy ويتضمن هذا الأسلوب العمل على عدة أسر في وقت واحد وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة تشعر أن هناك أسر أخرى تعاني من مشكلات، كما يجعل الأسر تلعب دورا علاجيا بينها ويخفف من التوترات تجاه المعالج إن وجدت. (مفتاح، 2001، ص 204)

المحاضرة التاسعة

9- مراحل العلاج الأسري

إن المعالج وقد جمع أفراد الأسرة جميعهم في المقابلة الأولى يمضي في العملية العلاجية في سلسلة من مراحل والأطوار أهمها:

9 - 1- الإعداد (التهيئة):

وتسمى أيضا بمرحلة "التسخين" وفيها يسمح المعالج لأفراد الأسرة أن يجلسوا في القاعة حيث يشاءون، ويجهز عددا من المقاعد تزيد على عدد الحاضرين مع إعطائهم الحرية في الجلوس وهذا بمثابة أول لقاء واتصال حيوي مع الأسري، وهذه الجلسة تساعد في معرفة كيف توزع الأسرة نفسها؟ وهل يجلس الوالدين بجوار بعضهما؟ هل يجلس أحر الأطفال بينهما؟ هل يبعد أحد الأفراد مقعده ويجلس بعيدا عن الآخرين؟

فهذه المرحلة البسيطة لها أهمية كبيرة لأن المعالج هو في الواقع شخص خارجي بالنسبة للأسرة، وهو خاضع لحكم الأسرة عليه فيما إذا كان يسمح له أن يشترك معها ضمن حدودها المعالجة يعرض نفسه على الأسرة قبل أن يطلب منها أن تعرض نفسها.

9 - 2- إعادة تسمية المشكلة:

في هذه المرحلة بعد أن تمكن المعالج من مقابلة كل أو معظم أفراد الأسرة، يبدأ المرشد (المعالج) في هذه المرحلة بأن يقوم للأب: ماذا يمكنني أن أقدم لكم؟ مثل هذا التساؤل يوصل للأسرة بعض الاتجاهات ذات الأهمية لدى المعالج، وبذلك يدفع الوالد بأن يحدد مطالبه في صورة معينة، كأن يحدد شخصا ما أو مشاعر معينة أو سلوكا معيناً على أنه يمثل "المشكلة" وربما بعض الأسر قد لا يوافقون على ما قرره الوالد حول المشكلة، وهنا يقول المعالج "يبدو أن وجهات نظركم مختلفة بعض الشيء حول ماهي المشكلة القائمة

في الأسرة" فتكون المرحلة التالية "إعادة تسمية المشكلة" وابتداءً هذا الأسلوب يتجنب المعالج الخلاف مع أفراد الأسرة حول ماهي المشكلة الحقيقية.

9 - 3 - بسط المشكلة:

تهتم هذه المرحلة اهتماما كبيرا بالصراع الموجود في الأسرة وذلك من خلال التنبه إلى الطرف المختلفة التي يمكن أن نحدد بها المشكلة.

وبما أن المعالج قد استمع إلى الوالدين ولصياغتهم للمشكلة وكذلك استمع إلى تعليقات الأبناء أو معارضتهم فإنه قد يكون في مقدوره صياغة المشكلة في صورة مختلفة بحيث يجعل الجميع يفكرون بشكل مخالف حول القضايا الحقيقية في هذه المنظومة.

9 - 4 - الحاجة للتغيير:

تبدأ هذه المرحلة بسؤال يوجهه المعالج للأسرة عند الحلول التي تمت محاولتها في الماضي في التعامل مع آلامها وهذه المهمة تدفع الأسرة وتحركها نحو التغيير.

وقد يوجه المعالج السؤال التالي: ماذا فعلتم حول هذه المشكلة؟ ويفيد هذا النوع من الأسئلة في تعزيز وعي الأسرة حتى تصل إلى أساليب ناجحة للتعامل مع المشكلة.

ويركز المعالج على تغيير السلوك وعدم قدرة أفراد الأسرة حتى هذا الوقت على إجراء مثل هذه التغييرات، وهذه الصورة فإن المشكلة تختصر إلى سلوك وتضل في حدود الأسرة.

9 - 5 - تغيير المسارات:

تبدأ هذه المرحلة عندما يبدأ المعالج في الإجراءات التنفيذية مع الأسرة عن طريق الاتجاهات، وتكون البداية محاولة تغيير مسارات الاتصال عن طريق تدخلات المعالج كأن يطلب من الأب أو أحد الوالدين الذي يجد أنه غير مشترك أن يكون مسؤولاً وبذلك فغنه يبني عاطفة أو رابطة بينه وبين ابنه.

ورغم اختلاف الأساليب العلاجية بين مدارس العلاج الأسري، فإنها تشترك في أن المعالج يخبر أن الأسرة أن كل فرد فيها هو جزء من العملية العلاجية، وأن أي مشكلة لا

ينظر إليها مطلقاً على أنها ذات خاصية شخصية لهذا الفرد، وإنما ينظر إليها على أنها مشكلة كل أفراد الأسرة. (مفتاح، 2001، ص ص 199-203)

10- أسباب اللجوء إلى العلاج الأسري

توجد أسباب كثيرة منها:

- يتأثر الأفراد بشدة ويؤثرون في أسرهم، ومن ثم فإن العمل مع شخص مستقل عن أسرته يتجاهل مصدراً هاماً من تطوره النفسي.
- تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة كي يتم تغيير سلوك أعضائها.
- يحصل أعضاء الأسرة على فهم أكبر لأنفسهم، من خلال المشاركة في مشكلة عضو معين من الأسرة.
- إذا كانت المشكلة في الأسرة، فإن من النادر أن يتم التقدم الذي يحققه العلاج الفردي، فالتقدم في العلاج يحدث عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم، وغلا فكل الجهود تنهار ويعود المريض لحالة مرضية.
- هذا النوع من العلاج هو أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحاً واقتصادية لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضوع الإرشاد أو العلاج.
- لكن هذه الأسباب وغيرها لا تعني أن علينا اللجوء إلى العلاج الأسري في كل الحالات بل نلجأ إليه بعد تقييم الأسرة.

11- أنواع المشكلات التي يتعامل معها المعالج الأسري

- مشكلات الانفصال عن الأسرة
- الأسر التي يتبادل فيها أعضاؤها إسقاطاتهم
- الأسر التي تتسم ببناء معرفي مشوش وعلاقات غير متسقة
- الأسر التي تتسم بعلاقات شخصية متبادلة يسودها الجمود الزائد (الزيادي، 1987، ص 449)

12- نجاح العلاج الأسري

من الضروري استخدام أسلوب ونموذج علاجي مناسب ذو خلفية نظرية وعملية واضحة لأن اقتحام المعالج مجال الأسرة بدون إلمامه ببناء نظري وعلمي وخطة عمل يحد من كفاءته على تحديد أماكن القوى والضعف، ويصبح غير قادر على التدخل وتناول الأمور التي يتعامل معها تعاملًا مهنيًا (صالح حزين، 1995)

هذا من جانب ومن جانب آخر يصبح العلاج أو الإرشاد الأسري أكثر فاعلية حينما يرغب كل أعضاء الأسرة في الاجتماع كمجموعة مع المرشد، وعندما يكون لديهم دافعا لإكمال الحياة الأسرية معا (Murro eral , 1988) (المؤمن، 2004، ص100)

المحور الرابع:
الإرشاد والعلاج الأسري
في أمراض اللغة والتواصل



المحاضرة العاشرة

1- تعريف الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة

نقصد بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأطفال الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماما خاصا من قبل الأولياء والمختصين من حيث تشجيعهم وبناء برامج خاصة لتعليمهم وتدريبهم، ومن بين هؤلاء الأطفال نجد:

- الإعاقة الذهنية (مثل عرض داون، التخلف العقلي...)

- الإعاقة السمعية

اضطرابات لغوية (مكتسبة أو غير مكتسبة)

الإعاقة العصبية الحركية

الموهبة والتفوق

2- مفهوم إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

هي تلك العملية التي يستخدم من خلالها المرشد خبراته وكفاءته المهنية في مساعدة أسر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة على الوعي بمشاعرهم نحوه، وتفهم حالته وتقبلها وتطوير استثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات لمواجهة المشكلات والضغوط الناتجة عن وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة، والمشاركة بفعاليتها في دمجهم وتعليمهم وتدريبهم، والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له أقصى قدر من النمو والنجاح.

تؤثر الإعاقات المختلفة على الجوانب الجسمية، الصحية، المعرفية، النفسية، الاجتماعية للفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا يقتصر أثر تلك الإعاقات على الفرد نفسه فقط، بل يشمل الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه ولتلبية الاحتياجات الخاصة بفاعلية والوصول

بها إلى أقصى درجة من النمو تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم لا بد من تنفيذ مجموعة من البرامج المتنوعة وبمستويات مختلفة تأخذ بعين الاعتبار الجوانب التي تأثرت بالإعاقة بحيث تشمل برامج التربية الخاصة والتدخل العلاجي وبرامج التأهيل المختلفة. ويعتمد نجاح تلك البرامج وفعاليتها على مدى ما تحققه للأفراد من ذي الاحتياجات الخاصة في النهاية من تكيف وقدرة العيش باستقلالية في أسرة متفهمة ومجتمع داعم. فلإعاقات المختلفة آثارا نفسية واجتماعية واضحة تنعكس على الأفراد من ذي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، فلا بد من التعامل مع هذه الآثار عن طريق توفير برامج الإرشاد النفسي والتأهيل الذي لا تقل أهمية عن البرامج التربوية والعلاجية. إن نوع الإعاقة وشدها له أهمية كبيرة في التعرف على ما يمكن أن تحدثه هذه الإعاقة من تأثير في الجوانب النفسية والاجتماعية والأسرية. كما أن العمر الذي تحدث فيه الإعاقة يؤثر أيضا على مدى استجابة الفرد لتلك الجوانب، فالإعاقة التي تولد مع الفرد أو تحدث معه في مراحل الطفولة المبكرة يختلف تأثيرها عن تلك التي تحدث في مراحل عمرية متأخرة. لقد أصبح الاهتمام بتحسين الظروف والأوضاع البيئية والأسرية لذوي الاحتياجات الخاصة جزءا لا يتجزأ من خدمات التربية الخاصة، كما أصبحت البرامج الموجهة إلى الأسرة وبرامج الرعاية المنزلية للطفل من أهم استراتيجيات التدخل المبكر سواء كوسيلة للحد من الإعاقة لدى الأطفال المعرضين للأخطار النمائية أو السيطرة عليها. وتركز برامج التدخل المبكر حول الأسرة، إما باعتبارها عميلا في حاجة إلى الدعم، أو وسيطا نشطا يشارك في تقديم الرعاية العلاجية والتعليمية للطفل، أو كعميل ووسيط في نفس الوقت. (الخطيب، 1992، ص 98)

ويساعد إرشاد الوالدين في أن يصبحوا ذو فعالية لخدمة طفلهم، وعلى أن يقدروا قيمة العيش المنسجم كأعضاء في وحدة أسرية مكتملة التوافق.

3 - دواعي إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

3 - 1 - التأثير العميق للوالدين في التعليم المبكر للطفل

كثيرا من آباء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة أو المعرضين للإصابة لا يحسنون رعاية أطفالهم، إما للجهل بحالة الطفل واحتياجاته، أو لنقص الخبرة، أو للفهم الخاطئ لمسؤوليات الأسرة، أو الإهمال أو التقاعس عن الواجبات، أو لعدم توافر امكانيات الرعاية والعناية بالطفل.

وعليه إرشاد آباء وأسر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن يكون جزءا مهما ضمن برامج التدخل المبكر لرعاية الطفل، حيث يسهم الإسراع بتقديم الخدمات الإرشادية للوالدين والأسرة في التعجيل بتخفيف الآثار النفسية والسلبية، وبمساعدة الأولياء على تقبل طفلهم والاندماج معه، واكسابهم مهارات التعامل معه ورعايته (الخطيب، 2002، ص78).

كما تكفل الخدمات الإرشادية مشاركة الآباء مبكرا وبصورة إيجابية في خطة تعليم الطفل داخل البيئة الأسرية، مما يضاعف من فرص الاستغلال الأمثل للسنوات التكوينية الأولى في تطوير استعدادات الطفل والتقليل من احتمالات تدهورها إلى أبعد مما هي عليه، كما يقلل أيضا من مضاعفات الإعاقة سواء على جوانب النمو الأخرى لدى الطفل أو على الحياة اليومية لأسرته.

3 - 2 - ردود الأفعال الوالدية والأسرية إزاء ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة

يمثل ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة حدثا مؤلما للوالدين، ويراه بعض الآباء بمثابة كارثة تؤرق حياتهم، فميلاد طفل معاق بالنسبة إليهم يعتبر موت مفاجئ لحلم الحصول على طفل معافى وسليم وذكي، فيفتقدوا مع هذا الميلاد شعورهم بالفخر الوالدي المرتبط بالأبوة والأمومة، ومن ثم الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية. ويتعرضوا إلى العديد

من الأزمات عند ولادة طفلهم، تتجدد عندما يدخل إلى المدرسة ولا ينجح في الصف العادي، وحين تظهر لديه مشكلات سلوكية غير مألوفة، وحين يصبح راشداً ويتطلب العناية والرعاية التي كان يستلزمها كطفل مع افتقار الأولياء لمصادر الرعاية، وأيضاً لما يصبح من الضروري وضع الطفل في مؤسسات الرعاية الخاصة. ومن أهم ردود أفعال واستجابات الوالدين تجاه الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ما يلي:

- الشعور بالصدمة والذهول وخيبة الأمل
- التشكيك في التشخيص وعدم تصديقه
- الشعور بالإحباط والأسس والحزن
- الشعور بالارتباك والعجز في مواجهة المشكلة بواقعية
- الشعور العميق بالذنب والتأنيب الذاتي
- رفض الطفل
- الشعور بالاكتئاب
- البحث عن علاج لحالة الطفل بأي طريقة وثمان
- إعادة تنظيم الموقف والوعي التام به، والتسليم بتخلف الطفل وتقبله، وتكييف أساليب الحياة وفقاً للأمر الواقع
- ومن أهم الضغوط التي يعيش تحت وطأتها آباء وأسر هؤلاء الأطفال ما يلي:
- قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة وأسبابها وكيفية التعامل معها
- عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة وبرامج الرعاية العلاجية والتدريبية والتأهيلية المتوافرة
- التوتر والقلق والانشغال إلى حد الخوف على مستقبل الطفل
- المشكلات السلوكية والصحية لدى الطفل، مما يستلزم اليقظة والانتباه المستمرين
- ضغوط مادية نتيجة لما يتطلبه رعاية الطفل من كلفة إقتصادية.

- الشعور الدائم بالحرج والحساسية وعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية
 - الشعور بالتعب والإرهاق لما تتطلب حالته من اهتمام مستمر
 - قلة الشعور بمتعة الحياة الأسرية
- وتشكل كل هذه الضغوط عبئا ثقيلا على كامل الوالدين والأسرة، مما يستلزم الإرشاد النفسي للوالدين وأعضاء الأسرة لمساعدة جميع الأطراف على معايشة كل هذه الضغوط والتعامل معها بصورة إيجابية.
- 4- أهم المشكلات التي تعاني منها أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**
- اكتشاف حالة الإعاقة لدى طفلهم وادراك حقيقة عدم قابليتهم للشفاء
 - القيود التي تفرضها الإعاقة على نشاطات الأسرة الاجتماعية
 - صعوبة في ضبط سلوك الابن المعاق
 - تأثير الإعاقة على استقرار الوضع الأسري
 - مواقف الأقرباء والأصدقاء وأفراد المجتمع من الأسرة
 - عدم شعور الوالدين باستجابة طفلهم لجهودهم وطبيعي أن يختلف الآباء والأمهات في شعورهم بالقلق تجاه أطفالهم وحاجاتهم، ولا شك أن أعضاء فريق العمل متعدد التخصصات يدركون أهمية برامج الإرشاد النفسي، خاصة في وقت مبكر حتى لا يواجه كل من الطفل والأسرة مشكلات في التوافق.
 - ومنه على برامج التوجيه والإرشاد أن توجه أهمية قصوى لبناء استراتيجيات ومهارات لدى العاملين بالبرامج (سهير، 2006، ص 23)

5- خطة إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

غالبا ما تواجه أسر ذوي الاحتياجات الخاصة جملة من المشكلات الخاصة أثناء محاولاتها التكيف والتعايش مع وجود أطفال معاقين.

هناك ست خطوات فعلية يمكن أن يكون لها دور في وضع خطة الإرشاد أسر الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ومساعدتهم على التكيف مع الوضع الذي يعيشونه وهي:

- مساعدة الوالدين للنظر للطفل والاعاقة بصورة موضوعية قدر الإمكان
- مساعدة الوالدين على فهم ما هو محتمل أن يكون سلوك لطفلهم مستقبلا
- مساعدة الوالدين على التعلم والتعرف على الأساليب التي تساعد على التكيف والتأقلم مع طفلهم
- مساعدة كافة الأسرة بما فيهم الأخوة على أن الطفل المعاق لديه نفس احتياجاتهم الجسمية، الجنسية، الترفيهية، التربوية
- مساعدة الوالدين على التعرف على كافة المصادر المتوفرة في المجتمع
- مساعدة الوالدين باستمرار وتوجيههم نحو الأهداف العامة والفرعية من أجل تأسيس حوار مشترك بين المرشد والأولياء.

6 - طرق إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

لا توجد طريقة جامعة موحدة للإرشاد، لذلك من الضروري أن يكون المرشد على دراية بالطرق الإرشادية جميعا، والنظريات التي تستند إليها كل منها، حيث يمكن الاختيار بينها تبعا لمقتضيات الموقف ولتقييمه، وغالبا ما يتم الجمع بين أكثر من طريقة للحصول على نتائج أفضل، ومن هذه الطرق نذكر:

6 - 1 - الإرشاد النفسي الفردي

يعد بمثابة الارتكاز في عملية الإرشاد وبرامجهن ويمثل مع الإرشاد الجماعي وجهين لعملة واحدة ، ولا غنى عنهما في أي برنامج إرشادي.

ولعل من أهم العوامل التي تحتم الإرشاد الفردي كطريقة للعمل مع آباء وأسر ذوي الاحتياجات الخاصة ما يكفله من خصوصية في العلاقة الإرشادية من جانب وتنوع الاحتياجات الإرشادية للمسترشدين والفروق الواسعة فيما بينهم من جانب آخر.

فحاجات الآباء القلقين المتوترين تختلف عن حاجات المشككين في التشخيص، وحاجات غير المتبصرين تختلف عن حاجات المتبصرين في المشكلة.

ويجب أن يعي المرشد أنه لا يتعامل مع المشكلات في فراغ، بل مع بشر، فقد تتشابه المشكلة لكن تختلف ردود الفعل.

6-2- الإرشاد النفسي الجماعي

هو أحد طرق الإرشاد النفسي المكمل للإرشاد الفردي، حيث تتم العملية الإرشادية في موقف جماعي مع آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أو أعضاء أسرهم لمناقشة همومهم وانفعالاتهم وخبراتهم لمساعدتهم على تعديل أو تغيير اتجاهاتهم وتطوير قدراتهم على التعامل مع المشكلة.

ويتميز الإرشاد الجماعي ب:

- كسر طوق العزلة الاجتماعية الذي فرضته الأسرة حول نفسها، والانفتاح على الآخرين ممن لهم ظروف مماثلة لتبادل التجارب والخبرات معهم.

- الحد من مقاومة الوالدين وأعضاء الأسر، وطرح مشاعرهم وأحاسيسهم بخصوص الطفل ومشكلته، ومساعدتهم على التنفس الانفعالي، لخفض التوتر والقلق والضغط الانفعالية.

- اشعار الوالدين بالمساندة والدعم الانفعالي والطمأنينة من خلال شعورهما بأنهما ليسا الوحيدين اللذان يعانيان بمفردهما من مشكلات الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.

7- كفاءات المرشد الفعال ومواصفاته

حتى يكون المرشد ناجحاً يتوقع منه أن يكون قادراً على:

- إعداد برنامج إرشادي
- تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي
- إدارة الجلسة الإرشادية
- تكوين الثقة المتبادلة بين المرشد والمسترشد
- المساعدة في اتخاذ القرارات السلبية
- تفهم السلوك الاجتماعي

8- المقابلة الإرشادية والعلاجية

8-1- المقابلة الإرشادية العلاجية الأولى

للمقابلة الإرشادية العلاجية الأولى أهمية خاصة لأنها بداية العمل الإرشادي والعلاجي، حيث أنه كثيراً من الأمور الخاصة بالعملية الإرشادية يتحدد بناء ما يحدث في المقابلة الأولى فهذه المقابلة هي القادة للمقابلات الأخرى.

في المقابلة الأولى يعرف المرشد والمعالج عن مسترشده معلومات كثيرة تبدأ بالمعلومات الأولية والشخصية والمهنية والاجتماعية والدراسية، ومنها يتكون الانطباع الأولي الذي يسجله المرشد عن المسترشد، وعن مدى دافعية المسترشد للاستفادة من الخدمة الإرشادية العلاجية وعن أفكاره ومفاهيمه السابقة.

كما يقدم المرشد إلى المسترشد المعلومات الأساسية عن نظام العمل وخطته وأسلوب المقابلات.

وبالطبع فإن الأمر يختلف فيما إذا كان المسترشد محولاً من جهة معينة أو أنه لجأ إلى طلب الخدمة الإرشادية العلاجية من نفسه، أو المقابلة الأولى تتم بناء على طلب المرشد نفسه.

ففي الحالة الأولى يكون لدى المرشد فكرة عن حالة المسترشد أو شكواه من التقرير المرفق بالتحويل، حيث يستكمل عمله في ضوء ما في التقرير، أما إذا كان المسترشد قد جاء إلى الخدمة الإرشادية برغبته فعادة ما يكون هو المتحدث بدرجة أكبر في المقابلة الأولى.

وتتطلب هذه الأخيرة كل مهارات المرشد لكي يفهم مسترشده من ناحية ولكن يترك لديه انطبعا ايجابيا عن عملية الإرشاد والعلاج.

وعادة ما يستخدم المرشد في المقابلة الأولى أحد نماذج جمع المعلومة والبيانات لتساعده على تكوين فكرته الأولى عن تشخيص الحالة من نموذج "كورمي cormier" 1991، تحت اسم مضمون مقابلة التناول التاريخي History- taking interview content، وهي تتألف من عشر مجموعات من الأسئلة تغطي ميادين هامة ذات الدلالة التشخيصية حسب رأي مؤلفيها.

ومضمون مقابلة التناول التاريخي - مقابلة تاريخ الحالة وهو:

✓ المعلومات الأولية المميزة

- الاسم
- العنوان
- الهاتف
- السن
- الجنس
- الحالة العائلية
- الوظيفة

✓ المظهر العام

- الطول
- الوزن
- وصف مختصر للملابس والهندام والتصرف الكلي العام

✓ الشكاوي والمشكلات الحالية

- تدوين المشكلة بعبارات المسترشد مباشرة
- متى بدأت المشكلة؟
- عدد مرات تكرار المشكلة
- الأفكار والمشاعر وأساليب السلوك المرتبطة بها
- أين ومتى تحدث بشكل أكبر؟ أو أقل
- هل هناك أشخاص يجعلونها أفضل أو أسوأ
- إلى أي درجة تعيق هذه المشكلة أداء المسترشد لوظائفه اليومية؟
- ما الذي دفع المسترشد لطلب المساعدة؟
- إذا كان محولا من جهة ما، ما الذي دفع فريق الإحالة إلى هذا الإجراء؟

✓ التاريخ الطبي والنفسي الإرشادي

- الخدمات الإرشادية السابقة (العلاجات النفسية أو الطبية)
- نمط العلاج
- مدة العلاج
- مكان العلاج ومن قام به
- الشكاوى الحالية
- نتائج العلاج وسبب انتهائه

✓ التاريخ التربوي/ المهني

- تعقب التقدم الأكاديمي (جوانب القوة والضعف) طول سنوات الدراسة
- العلاقة مع المعلمين والأقران
- أنماط الأعمال التي ارتبط بها المسترشد
- سبب تركه العمل
- العلاقات مع زملائه في العمل
- جوانب العمل الأكثر إثارة للقلق
- جوانب العمل الأكثر إثارة للاستماع

✓ التاريخ الصحي/ الطبي

- أمراض الطفولة/ الجراحات السابقة
- الشكايات المرتبطة بالصحة أو الأمراض
- العلاجات التي تلقاها، ما طبيعتها؟ ومن من؟
- تاريخ آخر فحص جسدي وما نتيجته؟
- المشكلات الصحية الهامة في أسرة المسترشد الأصلية (الآباء، الأجداد، الأشقاء)
- النوم
- الشهية
- العلاجات الحالية (العقاقير...)
- الحساسيات
- الغذاء
- التمارين الرياضية

✓ التاريخ الاجتماعي/ النمائي

- نمط الحياة الحالية (النظام اليومي، الأسبوعي، العمل)
- الهوايات
- الانتماء الديني
- التاريخ العسكري
- المعتقدات والقيم السائدة
- الأحداث النمائية الزمنية الهامة التي لاحظها المسترشد
- الذكريات
- الأحداث الهامة بالنسبة للفترات النمائية الآتية:
 - ما قبل المدرسة (0 - 06 سنوات)
 - الطفولة المتوسطة (06- 12 سنة)
 - المراهقة (12- 21 سنة)
 - الرشد المبكر (21- 30 سنة)
 - الرشد المتوسط (30- 65 سنة)
 - الرشد المتأخر (65-....سنة)

✓ التاريخ الأسري/ الزواجي/ الجنسي

- تحديد أفكار المسترشد عن والديه
- الطريقة التي كان يعاقب بها من الوالدين
- الطريقة التي كان يكافئ بها من الوالدين
- ما الأنشطة النمطية التي كان يمارسها مع والديه؟
- كيف كان يتعامل الوالدين أحدهما مع الآخر؟
- معلومات حول إخوة المسترشد وترتيبهم
- من الأخ الأكثر تفضيلاً عند الأم؟ الأب؟ والأقل تفضيلاً

- من الأكثر تفضيلاً عن المسترشد؟ أو الأقل؟
 - تاريخ اللقاءات العاطفية
 - الخطوبة، الزواج، سبب إنهاء العلاقة
 - العلاقات الحالية مع الشريك
 - عدد أبناء المسترشد
 - وصف الخبرات الجنسية السابقة بما فيها الخبرة الأولى
 - النشاط الجنسي الحالي
 - بالنسبة للإناث: تاريخ الدورة الشهرية/ انتظامها
 - ✓ **تقدير أنماط الاتصال عند المسترشد**
 - النسق الحسي الغالب عند المسترشد
 - السلوك غير اللفظي أثناء الجلسات
 - حركات الجسم- الإشارات
 - الأصوات شبه اللغوية (مستوى الصوت- الطبقة- الطلاقة- الأخطاء الصوتية)
 - ✓ **الملخص التشخيصي (إذا كان جاهزاً)**
 - المحور الأول: الأعراض الإكلينيكية
 - المحور الثاني: الاضطرابات النمائية النوعية والاضطرابات الشخصية
 - المحور الثالث: الاضطرابات الجسمية
 - المحور الرابع: الضغوطات النفسية بما فيها مشكلات المسترشد والمشكلات التربوية، المالية الاجتماعية.
- إن الحصول على كل هذه المعلومات في المقابلات الأولى أمر هام وضروري، وبصفة عامة فإن المرشد يبدأ عادة بالموضوعات العامة والأقل إثارة ويؤجل الموضوعات الأكثر حساسية، حتى تتكون الألفة والثقة بينه وبين المسترشد.

8-2- المقابلات التشخيصية والعلاجية

المقابلات التشخيصية والعلاجية هي المقابلات التي تلي المقابلة الأولى في حالة اتفاق المرشد والمسترشد على المضي قدما في العملية الإرشادية، وبعد وضع خطة أولية للعمل.

وهذه الأخيرة لا تختلف عن المقابلة الأولى الاستطلاعية من حيث البناء، حيث أن كل مقابلة يمكن تقسيمها إلى ثلاث مراحل أساسية وهي:

- مرحلة الافتتاح Open stage

- مرحلة البناء Structure stage

- مرحلة الإنهاء Closing stage

لكن المقابلات التشخيصية والعلاجية تختلف بالطبع من حيث أهدافها وبالتالي مضمونها.

فالهدف من المقابلة التشخيصية هو التأكد من حالة المسترشد والتي ظهرت معالمها الأولى في المقابلة الأولى الاستطلاعية.

بينما تركز المقابلة العلاجية على تنفيذ الخطة التي وصل إليها المرشد لواجهة شكاوي وأعراض المسترشد.

وعلى المسترشد أن يتعاون مع المرشد إلى أقصى ما يستطيع حتى يصل إلى فهم دقيق لحالة المسترشد وتشخيصها بدقة، ويطلب من المسترشد أن يكون صريحا وواضحا وماضي في التعبير عن نفسه وعما يشعر وعما يظنه، وأن يتحدث بحرية، وأن لا يكتم شيئا مهما كان محرجا أو مخجلا أو مثيرا للغضب والقلق.

وفي هذه المقابلة يحرص المرشد على بناء الألفة مع مسترشده، لأن هذه الألفة هي الشرط الضروري والمهني الذي يجعل المسترشد يفضي بما لديه دون تحفظات أو قيود.

بعد بناء الألفة يحاول المرشد أن يزيد استبصار المسترشد بحالته والعوامل التي ارتبطت بشكواه وأعراضه فيما يمكن أن يكون توجهها معرفياً، وهي جولة يقوم بها المرشد منتقلاً بين حياة المسترشد الماضية والأحداث التي تعرض لها، والمناخ الذي تربي فيه، والأشخاص ذوي الأهمية السيكولوجية لديه، كل هذا من ناحية والأعراض والشكاوي وحال عدم الارتياح أو سوء التوافق الذي يعاني منه المسترشد من ناحية أخرى.

وأساس نجاح المرشد في هذه المهمة هو أن ينجح أولاً في بناء الألفة بينه وبين المسترشد فيما يسمى العلاقة الدافئة المهنية، وهذا يعني التواصل بين المرشد والمسترشد.

وعند نجاح المرشد في إقامة هذا التواصل فإنه يكون في إمكانه أن يجعل المسترشد يتواصل مع نفسه، ويفهمها الفهم الصحيح بدون تشويه، بما يخفف مشاعر الذنب المقلقة لديه مما يسمح بتطويرها وتحسينها.

المحاضرة الحادية عشر

9 - الإرشاد والعلاج الأسري لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

9-1- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي الإعاقة السمعية

يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات قاسية مثل صعوبة التواصل والاعتمادية والتقارير المنخفض للذات، وغير ذلك من مظاهر سوء التوافق، الأم الذي يستدعي معرفة تلك المشاكل والتدخل للتخلص منها وتزويدهم بالأمان خاصة أن علاج هذه الفئة يعد من العمليات الصعبة، وذلك بسبب فقدانهم اللغة وقلة خبرتهم المعرفية التي تسهم في تفاعلهم أو تواصلهم مع الآخرين.

وقد ذكر (عبد العزيز الشخص، 1992) أن حرمان المعاق سمعياً من حاسة السمع بالإضافة إلى الاتجاهات السالبة نحوه من المحيطين به تجعله أكثر عرضه لكثير من المشكلات يجب عليه مكافحتها، الأمر الذي قد يدفعه إلى الحد من مستويات طموحه تجنباً للفشل والإخفاق.

ويذهب (يوسف القريوني، 2001) إلى أن المعاقين سمعياً أكثر عرضة للضغط النفسية والقلق وانخفاض مفهوم الذات، بالإضافة على نوبات الغضب، لصعوبة التعبير عن مشاعرهم وهذا يتفق مع ما توصل إليه (رشاد موسى، 1993) من أن الصم أكثر ميلاً للسلوك العدوانية.

ويتضح مما سبق أن ما يعانيه المعوق سمعياً من مشكلات ما هو إلا محصلة لتفاعل الإعاقة من البيئة المحيطة به خاصة الأسرة، وتتضاعف تلك المشكلات مع عدم قدرة الأسرة على التوافق مع الإعاقة ومعايشتها للضغط، وتأكيد دور الأسرة ذكر وارن وهسنستاب (Warren et Hasenstab، 1986) أنه يمكن الحد من الإعاقة

السمعية، وذلك بتبصير الوالدين بمشاكله وحاجاته، وإكسابهم اتجاهات إيجابية في تربيته، ورغم ذلك بقولهما:

"ربما ركز الباحثون لأعوام كثيرة على مشكلة ذلك الطفل المعاق سمعياً، لكن أغفلوا (إلا قليلاً) دور الآباء في هذا الصدد، في حين أن النسق الأسري دون شك يلعب دوراً هاماً في النمو النفسي للطفل للتغلب على مشكلاته"

وبالتالي فالطفل المعاق سمعياً كما يؤكد (إبراهيم القريوتي، 1998) في أشد الحاجة إلى برامج الإرشاد الأسري لأن نجاح الطفل أو فشله في التوافق الاجتماعي لا يرتبط بخصائصه فقط بل يرتبط بالأسرة، وما توفره له من دور يسهم في الحد من مضاعفات الإعاقة، والوصول بطفلهم على أقصى درجة ممكنة من التوافق الاجتماعي.

وهذا ما يتفق مع (Herol er Ayes، 1996) أنه يجب على آباء الصم وضعاف السمع التوافق مع التحديات إعاقة الطفل، مع ملاحظة أنهم يواجهون متطلبات إضافية ناجمة عن فقد أطفالهم لحاسة السمع.

وبالتالي فإن إشراك أعضاء النسق الأسري خاصة الوالدين في برنامج رعاية الطفل يلعب دوراً كبيراً في التخطيط لتثنيته، وبيني جسوراً من الثقة والألفة بينهم، ويخلق إحساساً بالمسؤولية والمساعدة في تفهمهم حاجاته، وتنمية قدرتهم على التواصل مع طفلهم بكفاءة، وإقناعهم بأن التوقعات الإيجابية للوالدين تؤثر بشكل موجب على البناء النفسي للمعوق سمعياً، وعلى تقييمه لقدراته (شاكراً قنديل، 1998) (السرطاوي، 1991).

ويدعم ذلك نتائج الدراسات التي تناولت الإرشاد لذوي الإعاقة السمعية، خاصة دراسة (شابيرو و هاريس، Harris et Shapiro 1976) و (جرينبرج، Greenberg 1983) وأيضاً (سكونورد، Schoen World 1984) و (سلومان،

1998 (ليونارد، (Sloman 1987 (Tidwall Adams et Bisser1990) (ليونارد، 1998 Léonard) وأيضا (محمد فتحي 1994).

أكدوا كلهم على فعالية الإرشاد الأسري في تحسين التفاعل بين أعضاء النسق الأسري، ومهارات التواصل فيها بينهم، وبين الطفل ذي الإعاقة السمعية وتعديل الاتجاهات نحوه ليصبح كل عضو أكثر فعالية في النسق الأسري.

ومنه نستنتج:

- للإعاقة السمعية آثار سلبية على شخصية المعاق.
- يترتب على وجود طفل معاق سمعيا في الأسرة، ردود فعل سلبية للوالدين، تتمثل في صدمة، إنكار الإعاقة فقدان الأمل والخوف على مستقبل الطفل.
- وجود طفل معاق سمعيا يؤثر سلبا على الاداء الأسري.
- يرتبط التقبل الوالدين للطفل المعاق سمعيا بالقدرة على التواصل بكفاءة مع أطفالهم، والتي ترتبط برغبة الأسرة في المساعدة الطفل ودمجه في المجتمع.
- ولنجاح البرنامج الإرشاد الاسري للتغلب على مشكلات المعوقين سمعيا لابد من:
 - ✓ تحديد مشكلات المعاقين سمعيا من وجهة نظر الوالدين، الإخوة، المعلمين، وترتيب تلك المشكلات حسب اولوية كل فريق.
 - ✓ تحديد الاوضاع البيئية (المعهد- البرنامج- المدرسة...) التي تحدث فيها المشكلة كذلك الأوقات والأشخاص.
 - ✓ الكشف عن العوامل المسؤولة عن تلك المشكلة ومبرراتها من وجهة نظر كل فريق.
 - ✓ عقد ورشة عمل، أدوات تدريبية تكيفية لتعديل السلوكيات غير المرغوبة.
 - ✓ تدريب الوالدين على كيفية استخدام برامج تعديل السلوك واقتراح جدول زمني محدد لمتابعة سلوك الطفل المعاق.
 - ✓ تفعيل دور المؤسسات والجمعيات التي تقدم خدمات للأسرة.

9-2- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي الإعاقة الذهنية

إن مشاركة أسر الأطفال المعاقين ذهنياً في برامج العلاج والإرشاد التي تعطى إلى الأولياء من قبل المختصين والعاملين في مجال التربية الخاصة والأرطوفونيا، أصبحت ضرورية لتنمية جميع المهارات الأساسية التي تتناسب مع قدراتهم وحاجاتهم البيولوجية والنفسية والتربوية.

9-2-1- حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

إن وجود طفل مصاب بإعاقة عقلية يفرض على والديه وأسرته ظروفًا خاصة، وحاجات خاصة لمواجهة، فهو يمثل مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة، وهذا يفرض على الوالدين مجموعة من المهارات ويولد لهما مجموعة من الحاجات الخاصة بها. (الشناوي، 1997)

وقد وصف كل من كاري وولكن (Carey et Wilkin) واقع الرعاية المجتمعية للأسر بصيغة روتين العناية اليومية والأعمال المنزلية، وإن العبء الأكبر تتحمله الأمهات ثم الآباء ومن ثم الإخوة.

إن آباء المراهقين والراشدين المعاقين عقلياً لا يتم الاهتمام بحاجاتهم في معظم الأحيان، رغم أن حاجاتهم وصعوباتهم تختلف إلى أبعد الحدود عن حاجات ومشكلات آباء الأطفال، حيث أن نسبة كبيرة من المراهقين والراشدين من ذوي الإعاقة العقلية العاطلون عن العمل، أو يعملون في نشاطات مهنية غير مناسبة لهم مما يسبب قلقاً لأولياء على مستقبلهم.

وقد قدم Jordan جوردين مجموعة من الاقتراحات لمساعدة أولياء الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية وهي:

- إن الآباء يحتاجون من اللحظة الأولى إلى خدمات تقدم لهم دون الحاجة أن يبحثوا عنها تنظم من أجلهم.

- إن آباء الأطفال المعاقين عقليا يحتاجون إلى التعرف على آباء مثلهم حتى يدركوا أنهم ليسوا وحدهم.

- إنهم بحاجة إلى مختصين لديهم إعداد أكاديمي وخبرة في الميدان، لينقلوا لهم صورة واقعية لحالة ابنهم المعاق والتوقعات التي يمكن إجراؤها والتمكن بها.

- احترام مشاعر الصدمة والخوف والقلق لديهم مع التأكيد على مساعدتهم وتوجيههم وإرشادهم (الشناوي، 1997).

9-2-2- المشكلات الخاصة بالإرشاد والعلاج في مجال الإعاقة العقلية

تختلف الإعاقة العقلية عن أي إعاقة أخرى يمكن أن تصيب الطفل، مثل الإعاقة السمعية، الحركية، اللغوية....

فمشكلة الإعاقة العقلية متعددة الأبعاد والجوانب، فهي مشكلة صحية ونفسية وتربوية واجتماعية، وهذه المشكلات متشابكة ومتداخلة حيث يعاني الطفل من العديد من المشكلات في آن واحد.

ولذلك فإن طبيعة الإعاقة العقلية تفرض مجموعة من المشكلات أهمها:

أولاً: مشكلة التشخيص

يعتبر التشخيص من أصعب المواقف التي يتعرض لها الوالدان، فعند التوجه بالطفل إلى الطبيب بعد ملاحظة مجموعة من الأعراض البدنية والسلوكية، فإنهما لا يتوقعان تلك الصدمة التي يتلقونها نتيجة لإخبارهم بوجود إعاقة لديه، ويكونان غير قادران على تقبل المشكلة بشكل واقعي، وبالتالي فهما بحاجة إلى المساعدة في التعامل مع انفعالاتها وصدمتها.

ثانياً: الوعي الكامل

- إقرار الوالدين بإعاقة طفلهم

- معرفة جوانب القصور في أي علاج

ثالثاً: الوعي الجزئي

- يصف الآباء أعراض الإعاقة ويترحمون أسئلة عن أسبابها
- الأمل في اقدم الحالة مع الخوف من الفشل
- التساؤل عن قدراته الخاصة للتكيف مع المشكلات

رابعاً: الحد الأدنى من الوعي

- رفض الاعتراف بأن الخصائص السلوكية غير عادية
 - إلقاء اللوم بظهور الأعراض على أسباب غير الإعاقة
 - الاعتقاد بأن الطفل سيصبح عاديا بعد العلاج
- ويرى (بيرتون جاك استيوت، 1993) بأن الطبيب يقوم في الغالب بالدور المبدئ للمرشد وهذا المستوى الإرشادي يكون عادة غير مناسب لأنه قد يسهم في زيادة الأزمة، لأن الطبيب غير قادر على التواصل الفعال، ويخلص بعض الباحثين إلى أن الأطباء تكون لديهم صعوبات في توصيل المعلومة، وفي بعض الأحيان يسببون لدى الأولياء الخوف والقلق.

9-2-3- الإجراءات الإرشادية

- إن إرشاد الوالدين يمر عبر العديد من الإجراءات أولها تكوين العلاقة الإرشادية التي تتم بين المرشد والمسترشد في حدود معايير اجتماعية تحدد ما هو دور كل منهما وتهدف إلى تحقيق الأهداف العامة والخاصة للعملية الإرشادية.
- ويعتمد نجاح هذه العلاقة على العديد من العوامل منها:
- الثقة والتقبل وحسن الإصغاء والسرية والخصوصية والاحترام والدفء والحب والمشاركة
 - بعد ذلك تأتي عملية تحديد أهداف عملية الإرشاد والبدء بالأهداف العامة ثم الخاصة بالتدرج.

بعدها يتم جمع المعلومات المرتبطة بالمسترشد وبيئته عن طريق مجموعة من المقاييس والاختبارات السيكومترية، وبعدها يقوم المرشد باقتراح مجموعة من البرامج المناسبة (الفرخ، 1999).

ومن المهم أن يدرك المرشدون أن العمل مع الوالدين ليس موجهًا فقط لراحتهما وإزالة الضغوط عنهما وإنما موجبة بشكل أساسي لإدماج الطفل في أسرته والمجتمع.

المحاضرة الثانية عشر

9-3- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي الإعاقة الحركية

9-3-1- تعريف الإعاقة الحركية

الإعاقة الحركية هي حالة ضعف حركي شديد يؤثر سلبا على الأداء التربوي للطفل، ويشمل المصطلح حالات الضعف الحركي الناتجة عن التشوه الولادي والمرض ولأسباب أخرى، ويرتبط بمصطلح الإعاقة الحركية مصطلح الضعف الصحي بسبب الإصابة بأمراض جسمية مزمنة أو حادة تؤثر سلبا على أداء الطفل، كالشلل الدماغي، الصرع....(الخطيب، الحديدي، 1992)

9-3-2- تصنيفها

يمكن تصنيفها حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة كما يلي:

أولاً: إصابات الجهاز العصبي

- الشلل الدماغي التقلصي، الشلل الدماغي التخيطي، الشلل الدماغي غير التوازني، الشلل الدماغي المختلط
- الشق الشوكي أو الصلب المفتوح
- إصابة الحبل الشوكي
- استسقاء الدماغ
- الصرع

ثانياً: إصابات الهيكل العظمي

- تشوهات العمود الفقري
- الخلع الوركي
- بتر الأطراف
- عدم اكتمال نمو العظام والتهابها

- تشوه القدم

ثالثاً: إصابات العضلات

- ضمور عضلات الجسم

- ضمور عضلات النخاع الشوكي

- شلل الأطفال

رابعاً: الإصابات الصحية

- الربو

- غصابات القلب

- السكري والسرطان (الروسان، 1998)

9-3-3- المشكلات الأسرية الناجمة عن الإعاقة الحركية

- البحث عن المؤسسات التعليمية التي ترعى هذه الفئة من الأطفال

- صعوبة تهيئة الطفل للاندماج مع البرامج الخاصة به

- عدم وضوح أساليب رعاية الطفل وتربيته

- صعوبة التواصل مع السر الأخرى

- عدم القدرة على متابعة الطفل في المنزل لانشغال الآباء بالعمل، أو بتربية باقي أفراد

الأسرة. (سليجمان، دارلنج، 2001)

9-3-4- الأساليب الإرشادية المستخدمة

✓ الإرشاد الفردي والجمعي ويكون من خلال:

- عقد دورات تدريبية للأهل

- إعطاء محاضرات وعرض أفلام توضيحية

- عقد لقاءات بين الأسر لتبادل الخبرات

- إيصال مبادئ النمو الطبيعي وتشجيع الأهل على ملاحظة مجموعة من الأطفال من

أجل فهم الفروق بينهم وملاحظة الأخصائيين في كيفية التكفل بالأطفال

✓ الإرشاد باللعب

✓ أساليب تعديل السلوك

✓ لعب الأدوار والنمذجة

✓ التدريس المباشر

✓ أسلوب ضبط الذات

إضافة إلى الدعم الروحي عن طريق الاستفادة من التغيرات الروحية والنصيحة من رجال الدين (عريبات، 2010، ص 163)

9-3-5- إرشاد أسر ذوي الإعاقات الحركية

- يقوم الإرشاد على شكل معلومات إرشادية تتعلق بإجراء الفحوصات الطبية تقاديا لحدوث إعاقات أخرى

- مساعدة الأسرة على فهم ردود فعلهم تجاه الطفل المعاق حركيا على الطفل وأسرته

- إعانتهم على الاستمرار في حياتهم بصورة طبيعية حتى مع وجود الطفل المعاق (الريحاني، 1985)

- تدريب الأسرة بطرق التعامل مع كل حالة بشكل تربوي وبشكل لائق ومناسب

- إثراء بيئة الطفل بكل ما يساعد على تنمية قدراته

- إرشاد الأسرة للاستعانة من خبرات الأسرة الأخرى

- المساعدة على دمج الطفل مع الأطفال الآخرين

- تعريف الأسرة بالإرشادات والقوانين والأنظمة المتعلقة بالطفل المعاق

- تعليم الأسرة كيفية التعرف على المشكلات التي تواجه طفلهم

- الاهتمام بنظافة الطفل ومنظره وطرق تغذيته

- شرح أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر (ريحي، 2003)

9-4-4- الإرشاد والعلاج الأسري لذوي اضطرابات اللغة والاتصال

9-4-1- تعريف اللغة

اللغة كما يعرفها (السعيد، 2002) هي نظام من الرموز الصوتية نستخدمه لنقل أفكارنا ومعتقداتنا واحتياجاتنا، وهي ذلك النظام الرمزي الذي نمثل به الأفكار حول العالم الذي نعيش فيه من خلال نظام اصطلاحي لرموز واتفاقية يتواضع عليها مجموعة من الناس اقوم بينهم وصلات قري، أو علاقات مشتركة وذلك لغايات تسهيل التواصل بين بعضهم البعض، فالهدف الرئيسي للغة هو الاتصال مع الآخرين.

9-4-2- اضطرابات اللغة

تشمل ثلاث جوانب وهي:

- شكل اللغة

- محتوى اللغة

توظيف اللغة في التواصل (Hallan, 1997)

9-4-3- شكل اللغة

هو قاعدة النظام المستخدم، ففي اللغة الشفهية تستخدم الصوات وتركيبها معا، وفي اللغة المكتوبة تستخدم الحروف وتركيبها معا لانتاج الكلمات والجمل، واللغة الاشارية تستخدم حركات الأيدي والأصابع (Smith, 2004)

وفي شكل اللغة هناك ثلاث مستويات:

أ- مستوى الأصوات **Phonologie**

ب- المستوى الصرفي **Morphologie**

ج- المستوى النحوي **Syntaxe**

وتنقسم اضطرابات اللغة إلى مجموعتين:

أولاً: اضطرابات اللغة الاستقبالية

يتمكن الأطفال من سماع الكلام إلا أنهم لا يفهمونه، ويسمى أيضاً بالحبسة الاستقبالية أو الصمم اللفظي (أي عدم القدرة على فهم المعاني اللفظية والسمعية)

ثانياً: اضطرابات اللغة التعبيرية

لا يستطيع الطفل:

- التعبير عن نفسه
 - المشاركة في المحادثة
 - عدم القدرة على تقليد الكلام في مرحلة النمو المبكر
 - الصعوبة في استخدام الكلمات أو الجمل
 - الافتقار إلى التغييرات الوجهية الملائمة (Owens,1995)
- ومن بين اضطرابات اللغة نذكر:

- اضطرابات النطق ذات المنشأ العصبي كالأبراكسيا، عسر الكلام
- التأخر اللغوي
- التأتأة
- اضطرابات الكلام

9-4-4- إرشاد أسر الأفراد الذين لديهم اضطرابات لغوية

أشار الباحثون على أهمية أن يلعب الأخصائي الأطفوني دور المرشد وشارك الوالدين ومن يتعامل مع الشخص المضطرب في الخطة العلاجية. فالإرشاد ليس مجرد تبادل المعلومات وإعطاء النصح، بل يتعدى ذلك في السماح للمسترشد بأن يعبر عن انفعالاته وتشجيع نمو وتطور جميع مكونات الشخصية.

ويتمثل الإرشاد في ما يلي:

- المقابلات الأسرية
- تحويل الحالة إلى أخصائيين للكشف المبكر قبل تفاقم المشكلة
- التشخيص المبكر للسمع والذي يمكن أن يفيد في برامج التدخل المبكرة
- كل اضطراب يتطلب برنامج خاص
- تقديم خدمات داعمة في المدرسة لتجنب الاحباطات والفشل
- وضع برامج مستمرة ويتم مراجعتها لملائمة الكفاءات
- اختيار نمط الاتصال الأفضل والمناسب لهم ولحاجاتهم (عريبات، 2010، ص186)

10- معوقات إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

10-1- معوقات ذات علاقة بالأسرة

- عدم تعاون بعض أسر ذوي الاحتياجات الخاصة في تنفيذ البرنامج التربوي الفردي لأطفالهم
- التعاون غير المستمر بين الأسرة والبرنامج
- وضع أهداف وتوقعات تعوق قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل يعوق عمل المرشد

- تدني مستوى الوعي وتأخر اكتشاف الإعاقة

- قلة المعلومات لدى الأسرة عن الخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي

- تدني مستوى الخدمات التربوية والنفسية والتأهيلية المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة

- نقص معلومات وخبرات الأسرة عن الإعاقة وآثارها

- عدم التحلي بالصبر والتحمل عند التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة

10-2- معوقات ذات علاقة بالمرشد

- افتقار بعض المرشدين إلى المعايير اللازمة كممارسة المهنة وقلة الخبرة في المجال

- ضعف الإعداد الأكاديمي (العلمي) للمرشد مما يعوق الإرشاد الأسري

- عدم توافر العدد الكافي من المرشدين المؤهلين
- المفاهيم والاتجاهات السلبية نحو ذوي الاحتياجات الخاصة
- عدم توافر التسهيلات المادية المعينة للمرشد الأسري من كتب ومراجع حديثة وأجهزة تدريب متطورة بشكل كاف
- نقص خبرات بعض المرشدين عن الإعاقة ومشاكلها

بالإضافة إلى كل ما سبق يتطلب إرشاد الوالدين اهتمام المرشد بمعرفة تاريخ حالة الطفل وظروف أسرته وشخصية والديه وإدراكهما لإعاقته، وأساليب المعاملة الوالدية وعلاقة الزوجين وهذا يتطلب:

- ✓ أن يكون المرشد صبوراً وديبلوماسياً حتى يساعد الوالدين على التوافق مع الموقف والإعاقة
- ✓ أن يتدرج المرشد في إرشاد الوالدين ومساعدتهما على تقبل إعاقة ابنهما

المراجع

- ابتسام الحسيني، عبد الحميد درويش. (2015)، الإرشاد الأسري للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، ط01، الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- ابراهيم القريوتي. (1998)، أهمية التدخل المبكر في الإعاقة السمعية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين (النشرة الدورية)، العدد 54، ص ص 26-30.
- ابراهيم عبد الستار. (1994)، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- أبو أسعد أحمد عبد اللطيف. (2014)، ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أحمد أبو أسعد، أحمد عريبات. (2009)، نظريات الإرشاد النفسي والتربوي، ط 1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أحمد عبد الحليم عريبات. (2010)، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، عمان: دار الشروق.
- أحمد يحيى عبد الحميد. (1998)، الأسرة والبيئة، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- أسو صالح سعيد علي، حسين وليد عباس. (2015)، الإرشاد النفسي، ط01، عمان: دار غيداء للنشر والتوزيع.
- امتثال زيد الدين. (2013)، باثولوجية الحياة الأسرية، ط01، بيروت: دار المنهل اللبناني.
- بطرس حافظ بطرس. (2008)، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط01، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- بومعزة فتيحة. (2015)، أهمية الرسم التخطيطي العائلي في العلاج الأسري والمقاربة النسقية، العدد 47، المجلة العربية للعلوم الانسانية، العدد 47، تونس.
- جاك ستيوارت، ترجمة عبد الصمد الغبري، فريدة آل مشرف.(1993)، إرشاد آباء ذوي الأطفال غير العاديين، الرياض: جامعة الملك سعود.
- الحمادي حماد بن علي، الهجين عادل عبد الفتاح.(2009)، برامج الإرشاد النفسي والأسري، جامعة الملك فيصل، المملكة العربية السعودية: مركز التنمية الأسرية.
- حمدي أحمد بدران.(2014)، العنف الأسري دوافعه، ط01، عمان: الوراق للنشر والتوزيع.
- حنفي علي.(2007)، الإرشاد الأسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخطيب.جمال، منى.الحديدي، السرطاوي.عبد العزيز، إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان: دار حنين.
- الخطيب.جمال (1999)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ط 01، العين: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع
- الخطيب.جمال (2002)، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، قراءات حديثة، ط 02، العين: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع
- خولة أحمد يحيى،(2013)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ط05، عمان: دار الفكر للتوزيع.
- الرشدي، بشير صالح السهل، راشد علي.(2000)، مقدمة في الإرشاد النفسي، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الروسان.فاروق،(1998)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، عمان: جنعية عمال المطابع التعاونية.

- الزيايدي محمود. (1987)، علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سعيد حسني العزة. (2015)، الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية، ط05، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- سيلجمان ودارلنج، ترجمة إيمان الكاشف، (2001)، إعداد السرة والطفل لمواجهة الإعاقة، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- زيدان السرطاوي. (1991)، أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية، المجلد الثالث، ص ص 305 - 335.
- زيدان السرطاوي، عبد العزيز الشخص. (1998)، بطارية قياس الضغوط النفسية، العين: دار الكتاب الجامعي.
- سهير كمال. (2006)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.
- السيد صالح حزين. (1990)، اختبار دليل التفاعلات الأسرية، العدد 13، مجلة علم النفس.
- السيد عبيد ماجدة. (2012)، مقدمة في إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم، ط 01، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- شاكرا قنديل. (1995)، سيكولوجية الطفل الأصم، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ص 01-12.
- الشناوي محمد محروس. (دون سنة)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عباس محمود مكي. (2003)، متاهات النفس وضوابط علاجها، ط 01، لبنان: بيروت.

- عبد العزيز سيد الشخص. (1992)، دراسة السلوك التكيفي والنشاط الزائد لعينة من المعاقين سمعياً، المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري، 28-30 أبريل، مصر: جامعة عين شمس، ص ص 1023-1046.
- عبد العزيز عبد الله البريثن. (2011)، الإرشاد الأسري، عمان: دار الشروق.
- عبد الفتاح محمد الخوaja. (2009)، الإرشاد النفسي والتربوي، ط1، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبد المطلب القريطي. (2000)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: دار الفكر العربي.
- علاء الدين كفاي. (1999)، الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، القاهرة: دار الفكر العربي.
- علاء الدين كفاي. (2009)، علم النفس الأسري، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- علي الدين السيد وآخرون. (1999)، خدمة الفرد اتجاهات معاصرة، القاهرة.
- غنية بوفرم. (2015)، العلاج النفسي والمقاربة النسقية، العدد 47، المجلة العربية للعلوم النفسية، تونس.
- كاملة الفرخ، عبد الجابر تيم. (1999)، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- فرجينيا سايتز، ترجمة سهام أبو عيطة. (2016)، العلاج الأسري المشترك، ط1، عمان: دار الفكر.
- المؤمن داليا. (2004)، الأسرة والعلاج الأسري، القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
- المحارب ناصر ابراهيم. (2000)، المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي، الرياض: دار الزهراء.

- محمد فتحي عبد الحي.(1994)، **مدى فعالية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى المعاقين سمعياً**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- محمد مسفر القرني، سهير عبد الحفيظ الغالي.(2004)، **العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية**، الرياض: مكتبة الرشد.
- محمد محروس الشناوي.(1997)، **التخلف العقلي**، مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
- محمد المشاقبة.(2008)، **مبادئ الإرشاد النفسي**، الجزائر: دار المناهج للنشر والتوزيع.
- مفتاح عبد العزيز.(2001)، **علم النفس العلاجي**، بيروت: دار قباء للنشر.
- منى يونس بحري، نازك عبد الحلیم قطيشان.(2011)، **العنف الأسري**، ط01، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- مي عبد الله.(2006)، **نظريات التواصل**، ط01، بيروت: دار النهضة العربية.
- يحيى خولة. (2003)، **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، عمان: دار الفكر.
- Adams.J, Tidwa.R,(1987), **An custruction guide for reducing the stress of hearing parents of hearing in paired children**, Am, An,De, vol 12, pp 333-338.
- Alberhne,K et Alberne,T.(2013), **Application en thérapie familiale systémique**, 2éme edition, Paris : Masson .
- Ayes.F,Herol.F,(1996), **Turkish families withe deaf and hard of hearing children**, A systems approach in assessing family functioning, Am, An,De, vol 141(3) , pp 231-235.

- Bissel.p, (1990), **A study of effects of a home/ school, Communication model on improving parents involvement,** Dis.Ab.Int, Vol 50,(9), P2869.
- Canell Olivier et all. (2003), **Psychothérapie,Trois approches évaluées,** INSERM.
- Corsni,R.(1996), **Encyclopedia of psychology,** Second Edition, Newyork: Singspore.
- Hallon,Daniel Karfman, James,(1997), **Exceptional learners :Introduction to special education,** United States.
- Greenberg.M, (1983), **Family stress and child competence,** Am, An,De, June , pp 407-416.
- Leonard.D, (1998), **An integrated family therapy approach to hearing impaired family (Behavioral problems),** Dis,Abs,Int, Vol 55, P 5553.
- Owens,Robert,(1995), **Language disorders: a functional approach to assessement and intervention,** Simon schute campany appportunity person education, United States.