



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خضير - بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



محاضرات في مقياس إرشاد الحالات الخاصة

موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر إرشاد وتوجيه

إعداد الأستاذ: شفيق ساعد

السنة الجامعية: 2025-2026

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان	الرقم
أ-ج	وصف المادة التعليمية	01
د-هـ	مقدمة	02
06	مفهوم الحالات الخاصة	03
17	مبادئ وأخلاقيات إرشاد الحالات الخاصة	04
21	نظريات الإرشاد ذات الصلة بالحالات الخاصة	05
29	تشخيص وتقييم الحالات الخاصة	06
37	كتابة التقارير التشخيصية والتقييمية	07
42	استراتيجيات وأساليب إرشاد الحالات الخاصة	08
47	أساليب الإرشاد الفردي والجماعي للحالات الخاصة	09
61	التعامل مع التحديات والمشكلات السلوكية	10
65	قضايا معاصرة في إرشاد الحالات الخاصة	11
72	إرشاد الحالات الخاصة في سياقات مختلفة	12
80	قضايا الأسرة والعلاقات الأسرية	13
87	التدريب المهني والتأهيل	14
94	المناصرة والدفاع عن حقوق الحالات الخاصة	15
99	نموذج لدراسة الحالة الخاصة	16
106	قائمة المراجع	17

عنوان الماستر: ارشاد وتوجيه

السداسي: الأول

نوع الوحدة التكوينية: أساسية

اسم المادة: ارشاد الحالات الخاصة

الرصيد: 5

المعامل: 2

الحجم الساعي خلال السداسي: 45 سا

الحجم الساعي الأسبوعي: 1سا و30د (محاضرة) + 1سا و30د (أعمال موجهة)

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة (40%) + امتحان كتابي (60%)

أهداف التعليم:

(1) فهم متعمق للحالات الخاصة:

-الهدف: أن يكون الطالب قادرًا على تعريف الحالات الخاصة وأنواعها المختلفة بدقة.

-الهدف: أن يفهم الطالب أسباب الحالات الخاصة والعوامل المؤثرة فيها (وراثية، بيئية، اجتماعية).

-الهدف: أن يكون الطالب على دراية بخصائص كل نوع من أنواع الحالات الخاصة (الأعراض، نقاط القوة،

الاحتياجات).

-الهدف: أن يفهم الطالب تأثير الحالات الخاصة على النمو النفسي والاجتماعي والتعليمي للأفراد.

(2) فهم نظريات الإرشاد ذات الصلة:

- الهدف: أن يتعرف الطالب على النظريات الإرشادية المختلفة وكيفية تطبيقها في سياق الحالات الخاصة.

- الهدف: أن يتقن الطالب استخدام نماذج الإرشاد المتخصصة في حالات محددة.

(3) فهم عملية التشخيص والتقييم:

- الهدف: أن يتعرف الطالب على أساليب وأدوات التشخيص والتقييم المستخدمة مع الحالات الخاصة.

- الهدف: أن يفهم الطالب أهمية التقييم الشامل ومتعدد الأبعاد.

- الهدف: أن يكون الطالب قادرًا على تفسير نتائج التقييم بشكل صحيح.

(4) فهم الجوانب القانونية والأخلاقية:

- الهدف: أن يتعرف الطالب على القوانين والتشريعات المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

- الهدف: أن يلتزم الطالب بأخلاقيات المهنة في التعامل مع الحالات الخاصة.

المعارف السابقة

• أساسيات في علم النفس النمو

• أساسيات في علم النفس التربوي

• أساسيات في الإرشاد والتوجيه

القدرات المكتسبة

• القدرة على فهم وتصنيف الحالات الخاصة

• القدرة على تطبيق مبادئ وأخلاقيات الإرشاد مع الحالات الخاصة

• القدرة على تشخيص وتقييم الحالات الخاصة

• القدرة على تخطيط وتنفيذ برامج إرشادية فردية

• القدرة على تطبيق أساليب الإرشاد الفردي والجماعي.

• القدرة على العمل بفاعلية مع الأسر

• القدرة على المناصرة والدفاع عن حقوق الحالات الخاصة

المحاضرة (01): مفهوم الحالات الخاصة:

- تعريف الحالات الخاصة وأنواعها (إعاقات حسية، إعاقات حركية، إعاقات ذهنية، صعوبات تعلم، اضطرابات سلوكية، اضطرابات انفعالية، الموهبة والتفوق، إلخ).
- نماذج تصنيف الحالات الخاصة وتطورها.
- انتشار الحالات الخاصة وتأثيرها على الفرد والمجتمع.
- مفهوم الدمج والتضمين الشامل في التعليم.

المحاضرة (02): مبادئ وأخلاقيات إرشاد الحالات الخاصة:

- مبادئ الحقوق والمساواة والعدالة في الإرشاد.
- أخلاقيات العمل مع الحالات الخاصة (السرية، الخصوصية، الاستقلالية، حق تقرير المصير).
- دور الأسرة والمجتمع في دعم الحالات الخاصة.

المحاضرة (03): نظريات الإرشاد ذات الصلة بالحالات الخاصة:

- تطبيقات النظريات الإرشادية المختلفة (السلوكية، المعرفية، الإنسانية، الوجودية) في التعامل مع الحالات الخاصة.
- نماذج الإرشاد المتخصصة في حالات محددة (مثل إرشاد ذوي صعوبات التعلم، إرشاد الموهوبين، إلخ).

المحاضرة (04): تشخيص وتقييم الحالات الخاصة: عملية التشخيص والتقييم:

- أساليب وأدوات التشخيص والتقييم النفسي والتربوي للحالات الخاصة.
- المقاييس والاختبارات المستخدمة في الكشف عن الحالات الخاصة.
- أهمية التقييم متعدد الأبعاد (نفسى، تربوي، اجتماعي، طبي).
- فريق العمل المتعدد التخصصات في التشخيص والتقييم.

المحاضرة (05): كتابة التقارير التشخيصية والتقييمية:

- مهارات كتابة التقارير التشخيصية والتقييمية بشكل دقيق وواضح.
- استخدام المصطلحات المهنية المناسبة.
- تضمين التوصيات والإجراءات المناسبة.

المحاضرة (06): استراتيجيات وأساليب إرشاد الحالات الخاصة: التخطيط للبرامج الإرشادية الفردية:

- وضع أهداف إرشادية قابلة للقياس والتحقق.
- تحديد الاستراتيجيات والأساليب المناسبة لكل حالة.
- مراعاة الفروق الفردية والاحتياجات الخاصة.
- إشراك الأسرة في التخطيط والتنفيذ.

المحاضرة (07): أساليب الإرشاد الفردي والجماعي للحالات الخاصة:

- تطبيق أساليب الإرشاد المختلفة (المقابلات، العلاج باللعب، العلاج السلوكي المعرفي، التدريب على المهارات الاجتماعية، إلخ).
- تنظيم جلسات الإرشاد الفردي والجماعي.
- مراعاة الجوانب الثقافية والاجتماعية في الإرشاد.

المحاضرة (08): التعامل مع التحديات والمشكلات السلوكية:

- فهم أسباب السلوكيات غير المرغوبة.
- تطبيق استراتيجيات إدارة السلوك المناسبة (مثل التعزيز الإيجابي، التعديل السلوكي، التدخل المبكر).
- التعاون مع الأسرة والمدرسة في إدارة السلوك.

المحاضرة (09): قضايا معاصرة في إرشاد الحالات الخاصة:

- التكنولوجيا المساعدة في الإرشاد.
- استخدام التكنولوجيا في دعم الحالات الخاصة (أجهزة وبرامج مساعدة، تطبيقات تعليمية، وسائل التواصل).

المحاضرة (10): إرشاد الحالات الخاصة في سياقات مختلفة:

- إرشاد الحالات الخاصة في المدارس، الجامعات، مراكز الرعاية، المؤسسات الإصلاحية.
- مراعاة طبيعة المكان وأهداف المؤسسة.

المحاضرة (11): قضايا الأسرة والعلاقات الأسرية:

- تأثير وجود حالة خاصة على ديناميكية الأسرة.
- تقديم الدعم والإرشاد للأسرة.
- بناء شراكة فاعلة مع الأسرة.

المحاضرة (12): التدريب المهني والتأهيل:

- أهمية التدريب المهني والتأهيل في دمج الحالات الخاصة في المجتمع.
- تطوير مهارات التوظيف والاعتماد على الذات.

المحاضرة (13): المناصرة والدفاع عن حقوق الحالات الخاصة:

- دور المرشد في الدفاع عن حقوق الحالات الخاصة.
- التوعية والتثقيف المجتمعي.
- المشاركة في تطوير السياسات والتشريعات الداعمة.

المحاضرة (14): دراسات حالة: تحليل ودراسة حالات واقعية لتطبيق المفاهيم والمهارات المكتسبة.

المحاضرة (15): امتحان (تقييم المعارف المكتسبة)

المراجع:

- (1) إيهاب الببالوي، ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الزهراء للنشر والتوزيع
- (2) بدر الأنصاري، 2002، المرجع في خصائص الشخصية، ط، 1 درا الكتاب الحديث، القاهرة
- (3) بدر الأنصاري، 2007، الفروق في الاكتئاب بين طالب وطالبات الجامعة، دراسة مقارنة في عشرين بلد إسلامي، مجلة دراسات عربية في علم النفس
- (4) بدرة معتصم ميموني، 2003، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
- (5) بهيجة محمد عقان أحمد سليم السلوك العدواني لدى الأبناء، المجلة العلمية، كلية رياض الأطفال، العدد الرابع، المجلد "4"، جامعة المنصورة

- (6) Simons, Richard C. and Pardes, Herbert (1977) (eds) «Understanding Human behavior in health and illness», The William and Wilkins. Co. Baltimor; USA

مقدمة

يشهد حقل الإرشاد النفسي والتربوي تطورا متسارعا في التعامل مع الفئات ذات الاحتياجات الخاصة نتيجة التحولات الاجتماعية والتربوية والتشريعية التي تؤكد أهمية تعزيز مبادئ العدالة والمساواة وتكافؤ الفرص وقد رسخت الاتفاقيات الدولية وفي مقدمتها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رؤية شمولية تؤكد حق هذه الفئات في الحصول على خدمات الدعم والإرشاد الملائمة وفقا لاحتياجاتها الفردية وتضمن مشاركتها الفاعلة في المجتمع، وفي هذا السياق تبرز الحاجة إلى إعداد ممارسين محترفين يمتلكون كفايات معرفية ومهارية تؤهلهم للعمل بفعالية مع الحالات الخاصة داخل المؤسسات التعليمية والاجتماعية والصحية.

تأتي هذه المطبوعة لتحقيق هدف أكاديمي وتكويني يتمثل في تمكين طلبة الإرشاد من الإلمام بالأسس النظرية والمفاهيمية والمهارات التطبيقية المرتبطة بإرشاد الحالات الخاصة، وذلك من خلال عرض متدرج لمجموعة من المحاضرات التي تغطي الأبعاد الجوهرية لهذا المجال. وتنطلق المطبوعة من تقديم إطار مفاهيمي واضح لمفهوم الحالات الخاصة وأنواعها ونماذج تصنيفها وانتشارها، مع إبراز الانعكاسات النفسية والاجتماعية والتربوية لهذه الحالات. كما تتناول بعمق مفهوم الدمج والتضمين الشامل القائم على مبادئ المشاركة والتمكين داخل البيئة التعليمية.

وفي الجانب الأخلاقي والمهني توضح المطبوعة أهم المبادئ الأساسية للعمل الإرشادي مع الحالات الخاصة مثل احترام الكرامة الإنسانية والحفاظ على السرية والخصوصية ودعم الاستقلالية وحق تقرير المصير فضلا عن إبراز الدور المحوري للأسرة والمجتمع في العملية الإرشادية، وتقدم المحاضرات عرضا نظريا معمقا للنماذج الإرشادية الأكثر ارتباطا بالحالات الخاصة، مثل النظريات السلوكية والمعرفية والإنسانية والوجودية مع التركيز على تطبيقاتها العملية في تلبية الاحتياجات الفردية لهذه الفئات.

ويحظى التشخيص والتقييم بمكانة مركزية داخل هذه المطبوعة، إذ يتم عرض الأساليب والأدوات والمقاييس المستخدمة في الكشف عن الحالات الخاصة وفق منظور متعدد الأبعاد يشمل الجوانب النفسية والتربوية والاجتماعية والطبية مع التأكيد على أهمية العمل ضمن فرق متعددة الأبعاد، إضافة إلى إرشادات منهجية لكتابة التقارير التشخيصية والتقييمية وفق معايير مهنية دقيقة، بما يضمن صياغة معلومات واضحة وتوصيات عملية قابلة للتنفيذ.

وتتوسع المحاضرات في تناول الاستراتيجيات والأساليب الإرشادية المناسبة للعمل مع الحالات الخاصة سواء في إطار البرامج الإرشادية الفردية أو الجماعية مع التركيز على تصميم الخطط الإرشادية وتحديد الأهداف القابلة للقياس ومراعاة الفروق الفردية وتوظيف أساليب متنوعة مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج باللعب والتدريب على المهارات الاجتماعية، كما تتناول المحاضرات قضايا تتعلق بإدارة السلوك والتعامل مع المشكلات السلوكية والتعاون مع الأسرة والمدرسة لتحقيق نتائج مستدامة.

ووعيا بالتحويلات التكنولوجية تتطرق الدروس إلى المستجدات المعاصرة خاصة الاستخدامات المتنوعة للتكنولوجيا المساعدة في دعم وإرشاد الحالات الخاصة بما تشمله من الأجهزة والبرامج والتطبيقات الرقمية كما تخصص محاضرات لدراسة الإرشاد في سياقات مؤسساتية مختلفة كالمؤسسات التعليمية والجامعية ومراكز الرعاية والمؤسسات الإصلاحية مع إبراز خصوصية كل سياق ومتطلباته المهنية.

وتعالج المطبوعة كذلك ديناميكية الأسرة عند وجود فرد ذي حالة خاصة من خلال تقديم مقاربات إرشادية لتعزيز التكيف الأسري، وبناء شراكات فاعلة مع الأسرة باعتبارها عنصرا أساسيا في العملية العلاجية والتربوية. كما تتناول موضوعات التأهيل المهني وتطوير مهارات التوظيف والاعتماد على الذات لتمكين الأفراد ذوي الحالات الخاصة من الاندماج المهني والاجتماعي. وتختتم المطبوعة بتقديم نموذج لدراسة الحالة يمثل أرضية تطبيقية تسمح للطلبة بدمج المعارف النظرية بالمهارات العملية في تحليل الحالات وبناء خطط التدخل.

وعليه، فإن هذه المطبوعة تمثل مرجعا تعليميا يستجيب لحاجات تكوين طلبة الإرشاد، ويهدف إلى تطوير كفاياتهم العلمية والعملية بما يعزز قدرتهم على تقديم خدمات إرشادية مهنية قائمة على أسس علمية وأخلاقية وهادفة إلى تحقيق الدمج والتمكين والارتقاء بجودة حياة الحالات الخاصة.

الماضرة الأولى: مفهوم الحالات الخاصة

1- تعريف الحالات الخاصة:

يعد مصطلح الحالات الخاصة (Special Needs Cases) من أكثر المفاهيم اتساعاً وتطوراً في مجالات التربية وعلم النفس، وهو يشمل الأفراد الذين يختلفون عن أقرانهم اختلافاً ملحوظاً في القدرات العقلية، أو الحسية أو الجسمية، أو الانفعالية، أو السلوكية، بحيث تتطلب حالتهم خدمات أو تعديلات خاصة في التعليم والرعاية والإرشاد لتحقيق أقصى ما يمكن من النمو والتكيف.

ويعرف (عبدالرحمن، 2018، ص 22) الحالات الخاصة بأنهم "الأفراد الذين يواجهون صعوبات أو إعاقات بدنية أو عقلية أو نفسية أو اجتماعية تحول دون أدائهم وتعلمهم وتكيفهم بالمستوى الذي يحققه أقرانهم، ويحتاجون إلى خدمات وبرامج تربوية وإرشادية خاصة تساعدهم على تحقيق إمكاناتهم". ويركز هذا التعريف على الاختلاف في الأداء الوظيفي مقارنة بالأقران، ويرى أن وجود الصعوبة لا يعني العجز بل يستلزم توفير دعم متخصص.

تعريف (النزيات، 2018، ص 10): الحالات الخاصة هم "الأفراد الذين يخرجون في قدراتهم العقلية أو تحصيلهم الأكاديمي أو خصائصهم الجسمية أو الحسية أو السلوكية عن المتوسط بدرجة كبيرة موجبة أو سالبة بحيث يحتاجون إلى خدمات خاصة"، ويشير هذا التعريف إلى الاتجاه الإحصائي في تحديد الحالات الخاصة أي أن الاختلاف يقاس بمقدار الانحراف عن المتوسط الإحصائي، سواء نحو التفوق أو القصور.

ويرى (السرطاوي والصمادي، 2019، ص 15) أن الحالات الخاصة "هم الأفراد الذين يختلفون عن أقرانهم من حيث القدرات الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية إلى درجة تستدعي نوعاً من الرعاية الخاصة أو التعليم الخاص". ويبرز التعريف البعد التربوي أي أن معيار الاختلاف هو ما يحدد الحاجة إلى برامج التربية الخاصة، لا مجرد وجود الإعاقة.

ويعتبر (القريوتي، 2001، ص 13) أن الحالات الخاصة "هم الأفراد الذين ينحرفون عن السلوك العادي في نواح جسمية عقلية أو اجتماعية أو انفعالية أو أكاديمية انحرافاً يتطلب برامج تعليمية أو علاجية خاصة".

في الأدبيات الأجنبية يعتبر تعريف هيوارد (2013) من أكثر التعريفات استخداماً في ميدان التربية الخاصة وينص على أن الحالات الخاصة هم أولئك الذين يختلف أداءهم التربوي اختلافاً ملحوظاً عن المتوسط العام لأقرانهم في الجوانب العقلية أو الجسدية أو الاجتماعية أو الانفعالية، إلى درجة تتطلب توفير خدمات تربوية خاصة أو تعديلات في المناهج المدرسية لتمكينهم من تحقيق أقصى قدر ممكن من إمكاناتهم (Heward, 2013, p. 7). ووفق هذا التعريف فإن الحالات الخاصة لا تقتصر على ذوي الإعاقات فقط، بل تشمل أيضاً المتفوقين والموهوبين لأنهم جميعاً يحتاجون إلى خدمات تعليمية مميزة تختلف عن التعليم العادي حتى تتناسب مع احتياجاتهم الخاصة.

كما يركز تعريف منظمة اليونسكو على مفهوم الاحتياجات التعليمية الخاصة بدلاً من مجرد الإعاقة فيعتبر ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة " أولئك الأفراد الذين يواجهون صعوبات في التعلم أو التكيف ناجمة عن إعاقات بدنية أو عقلية أو حسية أو انفعالية أو اجتماعية، أو بسبب عوامل بيئية أو ثقافية بحيث تتطلب حالتهم توفير خدمات تربوية خاصة أو تكييفاً في المناهج وطرائق التعليم لتمكينهم من تحقيق أقصى ما يمكن من نموهم وقدراتهم" (UNESCO, 2020). وهذا التعريف بدوره يركز على البيئة والعوائق التعليمية أكثر من العجز ذاته وهو ما ينسجم مع فلسفة الدمج التربوي .

ومن خلال التعاريف السابقة نلاحظ أن أغلب الباحثين يتفقون على أن الحالات الخاصة تشمل جميع الأفراد الذين يختلفون عن أقرانهم اختلافاً ملحوظاً في أي من الجوانب العقلية، الحسية، الجسمية، الانفعالية، السلوكية سواء كان هذا الاختلاف نحو التفوق أو باتجاه القصور، بحيث تتطلب حالتهم خدمات أو تعديلات تربوية خاصة تساعدهم على تحقيق أقصى قدر ممكن من النمو والتكيف والتعلم الفعال. كما أن الاتجاهات الحديثة كما في تعريف اليونسكو تركز على أن جوهر المفهوم لا يقوم على الإعاقة ذاتها ، بل على العوائق التعليمية والبيئية التي تحد من قدرة الطفل على التعلم، مما يتطلب تهيئة بيئة تعليمية مناسبة لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية.

2- نماذج تصنيف الحالات الخاصة :

إن ظاهرة الفروق الفردية موجودة على مر التاريخ وفي كل المجتمعات لذلك فإن تصنيف الأفراد يختلف بدرجة كبيرة وفق العديد من المعايير والمحكات التشخيصية ، ونظراً إلى أن الحالات الخاصة أفراد ينحرفون عن المتوسط في جانب من جوانب النمو أو في خاصية أو أكثر من خصائص النمو. يمكن حصر وتصنيف فئات الحالات الخاصة حسب مجالات الانحراف عن متوسط أقرانهم العاديين في فئة أو أكثر على النحو التالي:

أ- في الجانب الجسمي : وتشمل هذه الفئة جميع الإعاقات الجسمية والعصبية التي تمثل الحركة مشكلة رئيسية لأصحابها كحالات بتر الأطراف أو الشلل أو هشاشة العظام أو ضمور العضلات.

ب- في الجانب الحسي : وتتضمن جميع أشكال الانحرافات في الأجهزة الحسية المختلفة التي تمكننا من استقبال المثيرات والتفاعل مع المثيرات والتفاعل مع البيئة التي نعيش فيها، كالسمع والبصر والتذوق والشم واللمس وما يختص به من نشاطات جلدية، والحاسة الحركية التي تمكن الفرد من الإحساس بوضع الجسم والأطراف أثناء الحركة . وعلى الرغم من تعدد مظاهر الانحراف داخل هذه الفئة كانهما حاسة الشم أو غياب الإحساس الجلدي أو بالألم إلا أن أكثر أنواع الانحراف دلالة وأهمية هي الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية نظراً لما تمثله حاستا السمع والبصر من أهمية في عمليات التفاعل مع البيئة الطبيعية والاجتماعية للإنسان، وما يترتب على القصور فيهما من مشكلات سواء بالنسبة للمعاق ذاته أو للجماعة التي يعيش فيها.

ج- في الجانب العقلي - المعرفي: وتشتمل أولئك الذين ينحرفون عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين سالبين أو أكثر من حيث معاملات الذكاء.

د- في الجانب النفسي-الاجتماعي: وتشتمل تلك الاضطرابات السلوكية التوافقية سواء كانت نفسية انفعالية كالعصاب والذهان أو اجتماعية تظهر في حالات سوء التوافق الاجتماعي كالعنف والجناح والإدمان.

هـ- اضطرابات التواصل: أي الإعاقة الكلامية واللغوية التي تؤثر سلباً على مقدرة الفرد التعبيرية وتعوق تواصله وتفاهمه مع الآخرين كالتأتأة أو اللجاجة أو عيوب النطق.

و- صعوبات التعلم: وتشمل مجموعة من أشكال القصور في واحدة أو أكثر من القدرات المعرفية (التفكير أو الانتباه أو تكوين المفاهيم أو التذكر أو الإدراك أو تعلم القراءة والكتابة أو النطق والكلام أو العمليات الحسابية) أو الوظائف الحركية أو مهارات الاستماع....

ز- الانحرافات المتعددة: وتتضمن الأفراد الذين لديهم انحرافات في أكثر من جانب من جوانب الشخصية حيث يعاني البعض من الإعاقة البصرية والسمعية في آن واحد، أو التخلف العقلي المصحوب بقصور واضح في المهارات الحركية أو اللغوية وغيرها من الأشكال .

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية تصنيفاً للإعاقة وفقاً للتعريفات المختلفة للإعاقة ومن بينها :

- ❖ الإعاقة الحركية : وتشمل الإعاقة الحركية الدقيقة وهي نقص أو صعوبة في القدرة على توظيف واستخدام الأيدي والأصابع والإعاقة الحركية الكبيرة وهي صعوبة الجلوس والارتزان والحركة.
- ❖ الإعاقة السمعية : وهي نقص في القدرة على السمع
- ❖ الإعاقة التخاطبية : صعوبة القدرة على التخاطب والكلام.
- ❖ الإعاقة البصرية : صعوبة في القدرة على الرؤية.
- ❖ الإعاقة الذهنية: صعوبة في القدرة على الفهم .
- ❖ نوبات الصرع: فقد وقي للوعي مصاحب بحركات تشنجية للعضلات .
- ❖ الإعاقة المركبة: صعوبة أو نقص في اثنين أو أكثر من القدرات .

ويضاف إلى ما سبق مجموعة أخرى من الاعاقات تتمثل في :

❖ الإعاقة الجسمية: وهم الأفراد الذين لا يستطيعون القيام بالوظائف الجسمية و الحركية بشكل عادي لذلك يحتاجون لتوفير خدمات متخصصة لتمكينهم من التعلم. مثل من يصابون بضمور بالعضلات أو الهيكل العظمي أو بتر الأطراف.

❖ ذوي صعوبات التعلم: الذين يظهر لديهم اضطرابات في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة ، أو يظهرون اضطرابات بالسمع أو بالتفكير أو بالهجاء أو بالحساب رغم أنهم لا يعانون من عجزا من الناحية العقلية .

- ❖ اضطرابات التواصل: اضطراب ملحوظ بالنطق و الصوت و الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو الاستيعابية .
- ❖ الاضطرابات السلوكية والانفعالية: وهم الاطفال الذي يكون لديهم واحد أو أكثر من خصائص الاضطراب السلوكي ويكون ملازم لهم لمدة طويلة من الزمن ويكون واضحاً بدرجة كبيرة لديهم.
- ❖ التوحد: يعتبر إعاقة نمائية تؤثر على التواصل اللفظي و غير اللفظي كما تؤثر على تفاعله الاجتماعي مع الآخرين ويمتاز التوحدي بأنه لا يستجيب للمؤثرات الحسية بشكل جيد و ببعض السلوكيات النمطية التي لا تتناسب مع الموقف وغالباً ما تظهر هذه الأعراض قبل 36 شهراً.
- ❖ الإعاقات الصحية: تشمل من يعانون ضعفاً بالقوة الحيوية أو الجسدية نتيجة بعض الأمراض الحادة كالربو وسرطان الدم وأمراض الغدد و الدم و القلب و السكري و أيضاً مرض نقص المناعة .
- كما تصنف الإعاقة وفق سبب حدوثها إلى إعاقة خلقية ، إعاقة بسبب حادث أثناء الحمل ، إعاقة بسبب مرض أو علة معينة .

3- انتشار الحالات الخاصة :

يشكل انتشار الحالات الخاصة أحد المؤشرات الهامة على مستوى الصحة العامة والاجتماعية لأي مجتمع إذ يتيح فهم حجم الظاهرة وتحديد الموارد والخدمات اللازمة للتعامل معها بفاعلية. وتشير الدراسات العالمية إلى أن حوالي 16% من سكان العالم يعانون نوعاً من الإعاقة أو الاحتياجات الخاصة، وهو ما يعادل نحو مليار وثلثمائة مليون فرد تقريباً وهذه الأرقام في تزايد بسبب ارتفاع الأمراض غير المعدية وزيادة متوسط العمر وتشمل هذه الحالات الإعاقات الحركية، الحسية، الذهنية، والنفسية... بالإضافة إلى الحالات الصحية المزمنة التي تؤثر على الأداء اليومي للفرد ، كما تظهر البيانات أن نسبة انتشار الحالات الخاصة تختلف بين الدول والمناطق تبعاً لمستوى الرعاية الصحية، البيئة الاجتماعية، والتعليم والوعي المجتمعي بالإعاقة (WHO ; 2023).

كما أنه في البلدان منخفضة الدخل غالباً ما تكون نسبة انتشار الإعاقة أعلى نتيجة ضعف برامج الوقاية ونقص التشخيص المبكر، وعدم وجود سياسات وبرامج فعالة للرعاية الشاملة (Wehmeyer & al., 2020) وعلى المستوى العربي أظهرت دراسات (الشرقاوي، 2016؛ يوسف، 2018) أن الحالات الخاصة ليست ظاهرة فردية بل تتأثر بعوامل ثقافية واجتماعية كالوصم الاجتماعي والتمييز ونقص الخدمات التربوية والصحية المتخصصة كما تشير الأبحاث إلى أن نسبة بعض الإعاقات الذهنية والحركية في بعض الدول العربية تتراوح بين 5% و15% مع تفاوت كبير بين المناطق الحضرية والريفية، مما يستدعي خطاً دقيقة للتدخل المبكر والدعم (خير الله، 2020).

ويشير تقرير لمنظمة الصحة العالمية (2023) أن معدلات الانتشار تختلف بين البلدان والمناطق بسبب طرق القياس، ولكن تقارير المنطقة العربية غالبا ما تظهر نسبا أقل من المتوسط العالمي عندما تستخدم قياسات وطنية قديمة أو تعريفات ضيقة، كما أن الحالات الخاصة مجموعة متنوعة تؤثر عوامل مثل الجنس، العمر الهوية الجندرية الدين، العرق والحالة الاقتصادية على تجاربهم في الحياة واحتياجاتهم الصحية، فبعضهم لديهم صحة أضعف ويواجهون قيودا أكبر في الأداء اليومي مقارنة بالآخرين وقد يموتون في سن أصغر (WHO ; 2023).

وتختلف الاعاقات فيما بينها من حيث نسب الانتشار، فبعض أنواع الإعاقة أكثر شيوعا لدى كبار السن (الإعاقات الحسية والحركية الناتجة عن أمراض مزمنة)، بينما أنواع أخرى مثل اضطرابات النمو العصبي (طيف التوحد واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط) تظهر في الطفولة وهذه الأخيرة تقديراتها متزايدة بسبب تحسن طرق الكشف وتعريفات أوسع، فوفقا لمنظمة اليونيسيف (UNICEF , 2023) يقدر عدد الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات التطورية كاضطراب فرط الحركة (ADHD) بين 0.2% و 2.9% حسب الفئة العمرية فيما تختلف التقديرات الشاملة بحسب البلدان، فانتشار الإعاقة لا يعني بالضرورة تشخيصا محددًا لكل نوع لأن كثيرا من الإعاقات لم تسجل في البيانات الرسمية. وهذا الأمر ينطبق على الجزائر حيث أشار التقرير السنوي لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في إفريقيا سنة 2021 إلى أن عدد الأفراد ذوي الإعاقة في الجزائر حوالي 2 مليون فرد تقريبا، حيث تشكل الإعاقات الجسدية والحركية ما نسبته 44% من إجمالي الإعاقات وهي النسبة الأعلى، تليها نسبة 32% ممن لديهم صعوبات في الفهم والتواصل (إعاقة ذهنية-لغوية) وحوالي 24% يعانون من إعاقات بصرية. وفي ذات التقرير وحسب بيانات عام 2006 فإن الأسباب المعلنة للإعاقة تشمل: خلقية ووراثية (28.5%)، إصابات وحوادث (16.7%)، أمراض معدية (14.2%)، والشيخوخة (12.5%). ومن حيث توزيع الأعمار تشكل الإعاقات الخلقية (Congenital) نحو 65% من الفئة العمرية (0-19) سنة. وعلى الرغم من توفر مثل هذه البيانات ولو على قلتها فإنه يجب التعامل مع هذه الأرقام بحذر لأنها تعتمد غالبا على تعريفات وأدوات قياس مختلفة، كما أن كثيرا من أشكال الإعاقات لا تزال غير معروفة الأسباب حتى الآن حيث يشير كوفمان Koffman مثلا أنه في حوالي 80-90% من حالات الإعاقة العقلية فإن الأسباب غير محددة فقد ترجع إلى مختلف المراحل النمائية، وفيما يلي نوجز أهم الأسباب:

3-1- أسباب ما قبل الولادة :

قد تتعرض الأم الحامل أو الجنين إلى جملة من العوامل التي يحتمل أن تنتهي بضعف أو عجز أو إعاقة مستقبلية لدى الطفل ومن أهم هذه العوامل :

أ- **الأسباب الوراثية** : تعتبر من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات حيث إن صفة وراثية سائدة لدى أحد الوالدين يحتمل ظهورها لدى الطفل وقد تكون صفة متنحية يحملها الوالدان ويمكنهما توريثها للطفل ومما يجدر ذكره هنا إلى ارتفاع العوامل الوراثية المسببة لبعض الإعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج وغيرها ، وتعتبر الاضطرابات الكروموزومية (الجينية) من العوامل الوراثية المسببة للإعاقة وكذلك الاضطرابات في عملية التمثيل الغذائي .

ب- **الأسباب المتعلقة بظروف الحمل** : يضاف للعوامل الوراثية مجموعة أخرى من الأسباب ما قبل الولادة مثل :

- ✓ تعرض الأم للأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية واضطرابات القلب والغدد والربو وتسمم الحمل ...
- ✓ حالة الأم الانفعالية و العاطفية: يتأثر الجنين بانفعالات الأم وتعرضها للضغوط، مما يؤدي إلى ولادة مبكرة أو ما يسمى بالخداج أو عسر ولادة أو إجهاض ...
- ✓ سوء تغذية الأم الحامل أو تعرضها لعوامل ضارة كالتدخين والكحول والأدوية والأشعة ونقص الأكسجين
- ✓ الأمراض المزمنة عند الأم: كثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل كضغط الدم الزائد والسكري وأمراض الكلى قد تؤدي إلى أضرار تصيب الجنين وتضيف تعقيدات و أخطار إضافية بالنسبة لنموه.
- ✓ عدم توافق العامل الريزي سي Rh (فصيلة الدم تكون سالبة أو موجبة). والذي يبدو أثره في حالة واحدة وهي اختلاف هذا العامل بين الأب و الأم.
- ✓ تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل: لعل أغلب الأمهات حالياً يدركن خطورة تناول العقاقير و الأدوية أثناء فترة الحمل و خاصة خلال أشهر الحمل الأولى (الثلاث أشهر الأولى من الحمل)
- ✓ الإصابات أو الضربات العنيفة التي تحدث للأم الحامل .

2-3- **الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة** : من أهم هذه الأسباب نجد :

- ✓ إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة .
- ✓ صعوبات الولادة أو الولادة المتعسرة واستخدام أدوات مساعدة مما قد يسبب رضوضا في دماغ الجنين.
- ✓ ارتفاع نسبة المادة الصفراء .
- ✓ النزيف أثناء الولادة أو الولادة باستخدام أساليب غير صحية .
- ✓ نقص الأكسجين نتيجة التفاف الحبل السري مما يؤدي إلى تلف خلايا بالدماغ .
- ✓ الولادة غير المكتملة : ولادة جنين بوزن ناقص أقل من 2 كغ.
- ✓ استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة .

3-3- أسباب ما بعد الولادة : وتشتمل على العديد من العوامل البيئية كسوء التغذية والإصابات والأمراض مثل العدوى الشديدة (التهاب السحايا، شلل الأطفال التاريخي) خاصة في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل التعرض للسموم، الحوادث، سوء التغذية الشديد والذي يؤدي إلى تأخر نمو عصبي أو الإصابات في شبكية العين أو طبلية الأذن وغيرها، إضافة إلى ظروف التنشئة الاجتماعية وما يصاحبها من حالات حرمان متعددة قد تؤثر فرادى أو مجتمعة وبدرجات متفاوتة على نشأة الطفل وتكوينه النفسي والاجتماعي وعلى نموه الحسي والحركي والمعرفي... ومن بين مظاهر الحرمان نذكر:

- ❖ **الحرمان الحسي:** والذي يقلل بدوره من نشاط التكوين الشبكي في المخ ومن القدرات المعرفية مما يؤدي إلى تفكك وانحلال التفكير وتأخر النمو العقلي ، كما أن حرمان الطفل من استخدام إحدى الحواس بطريقة سليمة نتيجة قصور في وظيفتها من شأنه أن يحرمه من خبرات تنمي ذكاءه وقدراته.
- ❖ **الحرمان الاجتماعي :** وهو الحرمان من الخبرات الاجتماعية التي تحقق للطفل التواصل مع الآخرين وتكسبه مهارات التكيف الاجتماعي ، وقد أثبتت بحوث أجريت على أطفال الملاجئ أنهم يعيشون مشاعر فقدان الثقة والخوف من المجهول وعدم قدرة على المبادأة والحرمان من المهارات الحسية والحركية وانتشار عيوب النطق والكلام.
- ❖ **الأساليب التربوية الخاطئة:** كالقسوة والإهمال... التي تؤثر على ثقة الطفل بنفسه وتعيق اتصاله الاجتماعي .
- ❖ **انفصال الطفل عن الوالدين أو أحدهما:** والذي يتسبب في تكوين خبرات سيئة لدى الطفل نتيجة نقص الرعاية النفسية والاجتماعية السليمة مما يؤدي لتكوين شخصية غير متزنة نفسيا وانفعاليا .
- ❖ **الحرمان الاقتصادي- الاجتماعي:** يمكن أن يؤثر انخفاض المستويات الاجتماعية والاقتصادية على الطفل ويحرمه من كثيرة من الخبرات المبكرة، كما قد يؤدي إلى سوء التغذية وقابلية العدوى للأمراض النفسية والعضوية.

4- تأثير الحالات الخاصة على الفرد والمجتمع :

أصبح فهم تأثير الحالات الخاصة على الفرد والمجتمع أمرا ضروريا لتطوير سياسات شاملة وداعمة وبرامج تأهيلية متكاملة لا تعالج الجانب الصحي فقط، بل الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية أيضا بما يضمن تعزيز الاستقلالية والاندماج والمشاركة الفعالة للأفراد ذوي الإعاقة في الحياة المجتمعية وفيما يأتي بعض أهم تأثيرات الحالات الخاصة على الفرد والمجتمع:

4-1- تأثير الحالات الخاصة على الفرد :

الإعاقة ليست مجرد قصور وظيفي بل هي تفاعل معقد بين العوامل الصحية والشخصية والاجتماعية والبيئية مما يجعل آثارها تمتد إلى مستويات نفسية، معرفية، اجتماعية، تعليمية، واقتصادية (WHO, 2011) فهي تؤثر على المعاقين بشكل متعدد الأبعاد ، كما تختلف استجاباتهم تجاه إعاقته وتنوع ، إذ يؤكد الباحثون أن ذوي الإعاقة يظهرون استجابات نفسية وسلوكية متباينة تجاه وضعهم، ويمكن تلخيص أبرزها فيما يأتي:

- ❖ **التعويض الإيجابي:** يشير القريوتي (2017) إلى أن التعويض الإيجابي يعد أحد أهم آليات التكيف الإيجابية حيث يعترف المعاق بنواحي القصور لديه ويتقبلها ويسعى إلى تجاوزها من خلال التطوير الذاتي والمثابرة.
 - ❖ **التعويض المفرط أو العدواني:** وهو اتجاه يتسم بالمبالغة في الدفاع عن الذات أو رفض مساعدة الآخرين نتيجة مشاعر العجز أو الإحباط. وقد أوضح إبراهيم (2010) أن السلوك العدواني لدى بعض ذوي الإعاقات قد يكون رد فعل دفاعي لتعويض الشعور بالنقص.
 - ❖ **الإنكار:** يمثل رفض الاعتراف بوجود الإعاقة أو تجاهل آثارها، مما يعيق عملية التكيف. ويذكر عطية (2015) أن الإنكار يعد من أكثر آليات الدفاع النفسي شيوعاً لدى الأفراد في مواجهة الإعاقة.
 - ❖ **الدفاعية:** حيث يلجأ الشخص إلى تبرير السلوك أو إلقاء اللوم على الآخرين أو البيئة لتخفيف مشاعر القلق أو لحماية ذاته، ويرى الخطيب (2014) أن الدفاعية قد تستخدم كغطاء للمخاوف الداخلية المرتبطة بالإعاقة.
 - ❖ **الانسحاب أو السلوك غير المتوافق:** ويظهر حين يميل الفرد إلى تجنب العلاقات أو العزلة الاجتماعية وقد يتجه نحو جماعات تشبه صورته الذاتية كما تظهر مشاعر القلق وضعف التكيف، ويؤكد العبدلي (2016) أن الانسحاب الاجتماعي من أكثر الاستجابات السلبية شيوعاً لدى الحالات الخاصة، ويكون بصورة واضحة إذا غاب الدعم الأسري والاجتماعي.
- ويتأثر مدى تكيف الفرد المعاق وتقبله لإعاقته بمجموعة من العوامل المتداخلة تشمل العوامل الشخصية والأسرية، والاجتماعية، والبيئية. فعلى المستوى الشخصي يلعب نوع الإعاقة وشدتها وسمات الشخصية ومستوى الذكاء والدافعية الداخلية دوراً حاسماً في شكل الاستجابات النفسية والسلوكية التي يظهرها الفرد كما تعد الصورة الذاتية وتقدير الذات من أهم المؤشرات التي تحدد نجاح الفرد في التكيف أو إخفاقه إذ يساهم التفهم الإيجابي للذات في تعزيز القدرة على المواجهة. أما على المستوى الأسري فإن الدعم الانفعالي وتقبل الأسرة للإعاقة ونوعية العلاقة بين الوالدين والطفل تمثل عناصر محورية في بناء التكيف السوي حيث يؤكد الخطيب (2014) أن الأسرة المتقبلة تعد مصدراً أساسياً للأمان النفسي. وعلى المستوى الاجتماعي يلعب موقف المجتمع ودرجة الوصم أو التمييز وتوفر فرص التعليم والعمل دوراً هاماً، إذ ينعكس التقبل الاجتماعي إيجاباً على الاندماج والتوافق بينما تؤدي الاتجاهات السلبية إلى الانسحاب والعزلة.
- كما تؤثر العوامل البيئية مثل الخدمات الصحية وبرامج التأهيل وغيرها... في مدى قدرة الفرد على التكيف وتحقيق الاستقلالية. ويرى العبدلي (2016) أن توفير بيئة داعمة ومهيأة يعد عاملاً جوهرياً لنجاح جهود التأهيل ورفع جودة حياة المعاق، بينما قد البيئة تؤدي غير الداعمة إلى ضعف التكيف واحتمال أكبر للمشكلات النفسية ومن جهتها تمثل العوامل الثقافية والدينية عاملاً قوياً في تشكيل الهوية وشعور الاستحقاق أو العجز لدى المعاق.

وتظهر الدراسات الحديثة أن تأثير الإعاقة على الفرد ليس أحادي البعد، بل هو تأثير مركب يمس عدة جوانب يمكن تصنيفها ضمن نموذج يضم الأبعاد الصحية، النفسية، الاجتماعية، التعليمية، الاقتصادية والوظيفية إضافة إلى البعد الأسري، وفيما يلي عرض لأبرز تلك التأثيرات:

❖ **البعد الصحي:** تشكل الإعاقة عاملاً مباشراً يؤثر في القدرات الجسدية والوظيفية للفرد، حيث يواجه المعاق وخاصة ذوو الإعاقة الحركية والحسية قيوداً في الحركة والعناية الذاتية وإدارة الأمراض المصاحبة لحالتهم وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن ذوي الإعاقة أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة ونقص الرعاية الطبية (WHO, 2022) وتؤدي محدودية الوصول للخدمات الصحية إلى تراكم المشكلات الصحية وتأخير العلاج.

❖ **البعد النفسي والانفعالي:** كما سبق لنا ذكره فإن الفرد المعاق يمر بجملة من الانفعالات النفسية التي قد تتراوح بين التقبل والتكيف الإيجابي وبين القلق والاكتئاب والانسحاب، إذ يؤكد إبراهيم (2010) أن الإعاقة قد تضع الفرد في حالة صراع بين قدراته الفعلية وتوقعات المجتمع، مما يزيد احتمالية ظهور القلق وضعف تقدير الذات، الشعور بالنقص أو التوتر، كما قد تتطور أنماط سلوكية دفاعية كالإنكار أو التعويض أو التبرير تبعاً لنوع الإعاقة وشدتها وطبيعة الدعم المتوفر.

❖ **البعد الاجتماعي:** تؤثر الإعاقة على علاقات الفرد الاجتماعية، فقد يواجه أشكالاً من الوصم الاجتماعي والتمييز وصعوبة الاندماج في الحياة العامة، ويشير الخطيب (2014) إلى أن الاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الحالات الخاصة تعد من أقوى العوامل المؤدية إلى الانسحاب الاجتماعي، انخفاض الشعور بالانتماء والمشاركة في الأنشطة العامة كما تعيق عوامل كضعف التهيئة العمرانية ووسائل النقل من المشاركة الاجتماعية.

❖ **البعد التعليمي:** يواجه الأطفال ذوو الإعاقة تحديات في تحصيلهم التعليمي نتيجة عوامل عديدة مثل غياب التهيئة في المدارس ونقص الوسائل التربوية المناسبة وصعوبة المناهج غير المتكيفة، ويذكر العبدلي (2016) أن كثيراً من الأطفال ذوي الإعاقات يحرمون من فرص التعليم الجيد مما يحد من تطور قدراتهم الأكاديمية لاحقاً كما تؤدي صعوبات التعلم المرتبطة بالإعاقة إلى زيادة الحاجة لبرامج تعليمية فردية.

❖ **البعد الاقتصادي والمهني:** تقل فرص العمل المتاحة للحالات الخاصة، وغالباً ما يعانون من البطالة أو محدودية فرص العمل، ويشير عطية (2015) إلى أن غياب الفرص المهنية يحد من الاستقلالية الاقتصادية للفرد المعاق كما أن قلة تلك الفرص مع ضعف الاعتراف بقدراته والتمييز في سوق العمل بينه وبين العاديين تؤدي إلى تدهور وضعه الاقتصادي.

❖ **البعد الأسري:** يمثل الدعم الأسري عاملاً حاسماً في تكيف الفرد المعاق، إذ يؤكد الخطيب (2014) أن الأسرة قد تكون مصدر حماية واحتواء، كما قد تكون أيضاً مصدر ضغط إذا لم تتقبل وضع الإعاقة وقد تعاني الأسرة من مشكلات اقتصادية ونفسية بسبب الحاجة للرعاية المستمرة.

4-2- تأثير الحالات الخاصة على المجتمع:

يشكل وجود الحالات الخاصة في أي مجتمع ظاهرة إنسانية طبيعية، إلا أن كيفية استجابة المجتمع لها هي التي تحدد ما إذا كانت الإعاقة تتحول إلى عبء اجتماعي أم إلى فرصة لتعزيز التكافل الاجتماعي والابتكار فالمجتمعات التي لا توفر بيئة تتسم بالتقبل والدمج قد تزيد من القيود المفروضة على الأفراد ذوي الإعاقة مما يؤدي إلى آثار اقتصادية واجتماعية ونفسية تمتد لتشمل الأسرة والمؤسسات والاقتصاد الوطني ككل وبالمقابل فإن المجتمعات التي تعتمد سياسات الدمج تحقق مكاسب بشرية واقتصادية واضحة (الخطيب، 2014). كما تشير تقارير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) بأن فهم تأثير الإعاقة على المجتمع يمثل خطوة أساسية لتطوير سياسات فعالة في مجالات الصحة والاقتصاد والعمل والتعليم والحماية الاجتماعية.

وتشير الدراسات إلى أن الاتجاهات السلبية نحو الحالات الخاصة تؤدي إلى تكوين أنماط من الوصم الاجتماعي مما يعيق اندماجهم الاجتماعي ويؤثر على العلاقات الاجتماعية العامة، ويؤكد المقرئوتي (2017) أن الصور النمطية السلبية تنتج استبعادا اجتماعيا وتحد من مشاركة ذوي الإعاقة في الأنشطة العامة، فتميش فئة من المجتمع يضعف الترابط الاجتماعي ويزداد الإحساس بالاختلاف والتفاوت الاجتماعي وارتفاع مظاهر التفكك والصراع. ومن جهتها تتحمل الأسر عبئا نفسيا واقتصاديا كبيرا عند غياب الدعم المؤسسي، ما يؤدي إلى إرهاق اجتماعي يظهر في أشكال متعددة كالتوتر الأسري، محدودية المشاركة الاجتماعية، وتراجع في جودة العلاقات الأسرية (العبدلي، 2016).

و تواجه المؤسسات التعليمية تحديات كبيرة في دمج التلاميذ ذوي الإعاقة وتوفير خدمات دعم فردية ما يؤثر على جودة التعليم، إذ تشير بيانات الأمم المتحدة إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة أكثر عرضة للتسرب من المدرسة بثلاث مرات مقارنة بأقرانهم، مما يؤدي إلى خلق فجوة تعليمية طويلة الأمد (UNESCO, 2020). كما تعد الإعاقة من العوامل المؤثرة في انخفاض النشاط الاقتصادي للأفراد وانخفاض معدلات التشغيل لدى الحالات الخاصة مقارنة بغيرهم، وهذا الغياب يؤدي إلى خسارة قوة إنتاجية مهمة للمجتمع. ويضاف إلى ذلك عدد من الأعباء الأخرى، حيث يشير تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2022) إلى أن الدول تتحمل تكاليف مالية كبيرة ترتبط بتوفير الرعاية الصحية والتأهيل والدعم الاجتماعي، خصوصا إذا لم تطبق برامج وقائية فعالة كما تتحمل الأسر تكاليف إضافية تشمل الرعاية والنقل والأجهزة المساعدة وغياب أحد أفراد الأسرة عن العمل وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من معدلات أعلى من الأمراض المزمنة ما يزيد الضغط على النظام الصحي، كما أن غياب الوعي يؤدي إلى انتشار مشكلات مثل سوء التغذية الإهمال الطبي، أو عدم استخدام الأجهزة المساعدة، مما ينعكس على الصحة العامة للمجتمع.

5- مفهوم الدمج والتضمين الشامل في التعليم :

يعد الدمج والتضمين الشامل (Inclusive Education) أحد أهم الاتجاهات العالمية الحديثة في التربية حيث ينظر إليه باعتباره حقاً أساسياً لجميع المتعلمين ، ويستند هذا الاتجاه إلى مبادئ العدالة والمساواة وتكافؤ الفرص، وإلى الاتفاقيات الدولية مثل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNESCO, 2020) وقد أصبحت المدارس مطالبة بتوفير بيئة تعليمية داعمة تستجيب لاحتياجات المتعلمين مهما اختلفت احتياجاتهم بهدف تحقيق تعليم منصف وشامل للجميع ، إذ يشير الدمج إلى إلحاق المتعلمين ذوي الإعاقة بالمدارس العادية أين يتعلمون جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين في إطار بيئة طبيعية مع توفير الدعم الأكاديمي والاجتماعي والنفسي الملائم لهم داخل الصفوف العامة، ويعرفه الخطيب بأنه "عملية منظمة تهدف إلى تمكين الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من التعلم في الصفوف العادية وتزويدهم بخدمات دعم وفق احتياجاتهم الفردية " (الخطيب، 2014، ص 320) . ويرى هالاهان وآخرون أن الدمج يمثل "عملية تنظيم التلاميذ ذوي الإعاقات في الصفوف العادية مع توفير خدمات مساندة تضمن مشاركتهم وتكيفهم التربوي" (Hallahan et al., 2020, p. 45) . فيما يمثل التضمين الشامل مفهوماً أوسع من ذلك ، فهو يقوم على إعادة تصميم النظام التعليمي بأكمله ليصبح قادراً على استيعاب كل المتعلمين دون استثناء (الفئات المهمشة ، الأقليات اللغوية، ذوي صعوبات التعلم والإعاقات، ذوي الظروف الاجتماعية الخاصة...) . وتعرفه منظمة اليونسكو بأنه "عملية الاستجابة للتنوع بين الطلاب عبر زيادة مشاركتهم في التعلم والحد من أشكال الإقصاء داخل المدارس" (UNESCO, 2017) . وهذه العملية تركز على جملة من المبادئ أهمها (Booth & Ainscow, 2016) :

- ✓ مبدأ حق التعليم للجميع: كل طالب قادر على التعلم ويملك الحق في البيئة التي تراعي اختلافاته.
- ✓ احترام التنوع: لا ينظر لاختلاف القدرات أو الخلفيات بوصفها مشكلة بل مصدر إثراء للتعلم.
- ✓ توفير الدعم والاستجابات الفردية: تعليم قائم على الخطط التربوية الفردية والبرامج العلاجية.
- ✓ إزالة الحواجز البيئية والتربوية : مثل المعوقات المادية والتواصلية والمناهج غير المتكيفة.
- ✓ الشراكة بين المدرسة والأسرة والمجتمع: إشراك الأسرة عنصر محوري لتحقيق التضمين.

وتتعدد أشكال ونماذج الدمج في المدرسة والمجتمع ومن بين الأشكال نذكر:

- ✓ الدمج الكلي : وجود التلميذ في الصف العادي طوال اليوم مع خدمات دعم.
- ✓ الدمج الجزئي : وجوده في الصف العادي جزءاً من اليوم وفي غرف مصادر في الجزء الآخر.
- ✓ غرف المصادر : دعم أكاديمي خاص داخل المدرسة.
- ✓ الدمج الاجتماعي : مشاركة غير أكاديمية (مجموعات الأنشطة ، نوادي، رحلات...).

الماضرة الثانية: مبادئ وأخلاقيات إرشاد الحالات الخاصة

تمهيد:

يعد الإرشاد النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة أحد أهم ميادين الممارسة المهنية التي تتطلب التزاماً صارماً بالمبادئ الإنسانية والأخلاقية، فالأشخاص ذوو الإعاقة لا يواجهون فقط تحديات وظيفية أو معرفية بل يتأثرون أيضاً بنظرة المجتمع ونظام القيم وفرص التعليم والعمل وغيرها. ولهذا يعتبر الإرشاد النفسي قناة أساسية لتحقيق التمكين والمساواة، وتعزيز الصحة النفسية والاندماج الاجتماعي (Heward, 2013). كما أن الإرشاد النفسي والتربوي من أهم الوسائل لمساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف وتحقيق الذات والمشاركة الاجتماعية، وتستلزم ممارسة الإرشاد التزاماً صارماً بالمبادئ الأخلاقية المهنية.

1- أهم مبادئ إرشاد الحالات الخاصة:

☑ **مبدأ المساواة:** حيث يقوم الإرشاد النفسي للحالات الخاصة على مبدأ المساواة في القيمة الإنسانية أي أن جميع الأفراد متساوون في الكرامة والحق في النمو وتحقيق الذات، بغض النظر عن الإعاقة أو الاختلاف (UNESCO, 2020)، فينبغي للمرشد أن يعامل العميل من ذوي الاحتياجات الخاصة دون تمييز أو تحيز، وأن يقدم له نفس فرص الخدمات الإرشادية التي تقدم لغيره (Corey, 2016). كما أكدت اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أن التمييز على أساس الإعاقة انتهاك للكرامة الإنسانية وحق الفرد في التعلّم والعمل والمشاركة، ومن المنظور التربوي تتحول المساواة هنا إلى عدالة تربوية، أي توفير الدعم والتكليف المناسب لتحقيق فرص تعلم متكافئة وليس مجرد معاملة متشابهة للجميع (Heward, 2013).

☑ **مبدأ العدالة والإنصاف:** العدالة لا تعني المساواة المطلقة، بل تعني تقديم ما يحتاجه كل فرد لينجح في الإرشاد النفسي للحالات الخاصة يترجم هذا المبدأ إلى إتاحة الخدمات الإرشادية بطرائق تتوافق مع نوع الإعاقة كاستخدام لغة الإشارة، مواد بصرية، أدوات تقييم بديلة... وفي البيئات التربوية تتجسد العدالة في تعديل المناهج وطرق التقييم بما يضمن تكافؤ فرص التعليم، كما يجب على المرشد أن يراعي العدالة في الوقت والجهد والاهتمام الممنوح لكل حالة دون تحيز على أساس الجنس أو الفئة الاجتماعية أو نوع الإعاقة وغيرها (Gibson & Mitchell, 2016).

✓ **مبدأ احترام الحقوق الإنسانية:** يرتكز الإرشاد التربوي والمهني على مبدأ أن لكل فرد حقاً في تقرير مصيره وحقاً في الحصول على دعم نفسي وتربوي آمن، وأن الإعاقة لا تنقص من حقه في المشاركة والاختيار ويشمل ذلك احترام حق الفرد في الخصوصية، ورفض أي شكل من أشكال الاستغلال أو الإكراه أو التهميش أثناء العملية الإرشادية (ACA, 2014).

✓ **مبدأ الإحسان:** ويقصد به التزام المرشد بأن تكون كل أفعاله بهدف منفعة المسترشد وتحسين جودة حياته النفسية والاجتماعية، ويتطلب ذلك أن يعمل المرشد دائماً لمصلحة العميل، وأن يوازن بين الفوائد المحتملة والأضرار المحتملة لأي تدخل مع الحرص على تجنب الوصم الاجتماعي وتعزيز التمكين وتقدير قدرات الفرد بدلا من التركيز على العجز (Heward, 2013).

✓ **مبدأ احترام التنوع الثقافي والفروق الفردية:** تؤكد العديد من الدراسات الحديثة على أهمية أن يكون إرشاد الحالات الخاصة حساساً للثقافة والسياق الاجتماعي (Sue & Sue, 2016)، فما يعد "سلوكاً مشكلاً" في ثقافة ما قد يكون مقبولاً في ثقافة أخرى، كما تختلف نظرة الأسر إلى الإعاقة باختلاف الخلفيات الثقافية والدينية والتعليمية مما يتطلب من المرشد أن يتحلى بالتسامح والانفتاح وتجنب التقييمات النمطية.

✓ **مبدأ الكفاءة المهنية:** يلتزم المرشد بالعمل فقط ضمن حدود خبرته وتدريبه الأكاديمي وأن يسعى باستمرار إلى تطوير ذاته، فإرشاد الحالات الخاصة يتطلب معرفة علمية دقيقة بخصائص الإعاقة وأدوات التشخيص وأساليب التكيف النفسي، ومختلف التدخلات السلوكية المناسبة، ويعتبر العمل مع حالات خارج نطاق الخبرة مخالفة أخلاقية واضحة.

✓ **مبدأ المسؤولية الاجتماعية:** يتحمل المرشد مسؤولية تجاه المجتمع، فينخرط في نشر الوعي حول قضايا الإعاقة ومكافحة الوصم الاجتماعي (Heward, 2013) كما يتعين عليه أن يسهم في تغيير الاتجاهات السلبية وأن يكون داعماً لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم.

✓ **مبدأ التعاون المهني:** يعد التعاون بين الأخصائيين (المرشد، الأخصائي النفسي، المعلم، الطبيب، الأسرة...) من أهم مبادئ العمل مع الحالات الخاصة (Turnbull & al., 2015)، حيث يجب أن يكون هذا التعاون قائماً على الاحترام المتبادل وتبادل المعلومات بما يخدم مصلحة الطفل دون خرق السرية.

✓ **مبدأ التوثيق والدقة العلمية:** على المرشد أن يوثق الجلسات الإرشادية والملاحظات بدقة وموضوعية وأن يتجنب التفسيرات غير المدعومة بالأدلة (Gibson & Mitchell, 2016).

☑ **مبدأ تمكين المسترشد:** يتجاوز الإرشاد الحديث مجرد المساعدة النفسية إلى هدف أعمق هو تمكين الأفراد من السيطرة على حياتهم واتخاذ قراراتهم باستقلالية (Wehmeyer, 2005)، ويعد هذا المبدأ جوهرياً في الإرشاد مع ذوي الإعاقة، إذ يهدف إلى بناء القدرة على التكيف والثقة والاعتماد على الذات في مواجهة التحديات اليومية.

☑ **مبدأ العدالة الشاملة في الخدمات:** أي ضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على فرص متكافئة في الاستفادة من الخدمات الإرشادية والنفسية والتعليمية بغض النظر عن مكان الإقامة أو الوضع الاقتصادي (UNESCO, 2020).

☑ **مبدأ احترام الأسرة كشريك أساسي:** الإرشاد الحديث يرى الأسرة شريكاً لا متلقياً للخدمة ويجب احترام آرائها وخبرتها في التعامل مع الحالة (Turnbull et al., 2015)، ويقتضي ذلك التواصل المستمر مع الأسرة وإشراكها في الأهداف والقرارات الإرشادية دون فرض توجهات مهنية ضيقة (عبد المجيد، 2020).

2- أخلاقيات العمل مع الحالات الخاصة :

يتطلب التعامل مع الحالات الخاصة مستوى عالياً من المهنية والوعي بخصوصيات كل حالة مع الالتزام بالمعايير الأخلاقية التي تنظم السلوك المهني للعاملين في مجالات التربية الخاصة (التأهيل، الإرشاد، والخدمات الصحية) وتنبع أهمية فهم هذه الأخلاقيات وتطبيقها باعتبارها إطاراً ينظم السلوك وشرطاً أساسياً لنجاح البرامج والخدمات المقدمة لهذه الفئة ، ومن بين أهم الأخلاقيات يذكر كوراي وكوراي (2021) Corey & Corey :

❖ **السرية :** إحدى المبادئ الجوهرية في الإرشاد النفسي وتعني الحفاظ على خصوصية معلومات المسترشد وعدم مشاركتها إلا بإذنه، وفي الحالات الخاصة تتخذ السرية بعداً أكثر حساسية إذ غالباً ما يتضمن الإرشاد معلومات طبية أو تعليمية حساسة، ويسمح بكشف المعلومات فقط إذا كان هناك خطر مباشر على حياة الفرد أو الآخرين أو بموافقة ولي الأمر في حالات القصر، فالمرشد هنا لا يحمي السرية فحسب بل يخلق بيئة آمنة تمكن المسترشد من التعبير بحرية.

❖ **الخصوصية واحترام الكرامة الإنسانية:** يرتبط مبدأ الخصوصية بمفهوم احترام الكرامة الإنسانية إذ يجب على المرشد أن يضمن أن بيئة الجلسة الإرشادية خالية من التطفل وتحترم المسافة الشخصية والحدود النفسية، وعدم استخدام أدوات قياس أو ملاحظة تخرق خصوصية الفرد أو تعرضه للإحراج الاجتماعي.

❖ **الاستقلالية وحق تقرير المصير:** أي حق الفرد في أن يختار لنفسه الاتجاهات والقرارات التي تخصه حتى في حال وجود إعاقة عقلية أو ذهنية، يجب إشراك المسترشد في اتخاذ القرار بما يتناسب مع قدراته

وتؤكد الأدبيات الحديثة على أهمية تعزيز "التمكين الذاتي" للأشخاص ذوي الإعاقة، أي تدريبهم على اتخاذ قرارات حياتية مسؤولة بدلا من الاعتماد الكلي على الآخرين، كما يعد هذا المبدأ حجر الأساس في فلسفة الدمج الاجتماعي والتعليم الشامل .

❖ **المسؤولية المهنية والصدق:** يلتزم المرشد المهني بالعمل ضمن حدود كفاءته وأن يحيل الحالة إلى مختصين آخرين عند الضرورة ، ويلتزم بالصدق في تفسير النتائج وألا يقدم وعودا زائفة بالشفاء أو التحسن كما أن العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة يتطلب تأهيلاً مستمراً ومراجعة ذاتية للممارسات المهنية .

3- دور الأسرة والمجتمع في دعم الحالات الخاصة:

3-1- الأسرة كمنظومة دعم أولية :

تعد الأسرة البيئة الأولى التي تشكل اتجاهات الطفل نحو ذاته ومجتمعه لذلك فإن الدعم الأسري الإيجابي يعزز الثقة بالنفس ويحسن نتائج التدخل العلاجي والإرشادي (Turnbull & al., 2015) ، وقد أظهرت الدراسات أن مشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر تسهم في تحسين مهارات التواصل والاستقلالية لدى الأطفال ذوي الإعاقة، كما تظهر الأبحاث التربوية أن الأسر التي تتبنى أسلوب التقبل والتشجيع تساعد أبناءها المعاقين على التكيف بشكل أفضل مقارنة بالأسر التي تتبنى مواقف الرفض أو الحماية الزائدة (عبد المجيد، 2020) لذا تعد مشاركة الأسرة في الخطة الإرشادية والتعليمية عاملاً أساسياً في نجاح برامج الدمج (Heward, 2013) .

ومن بين أهم أدوار الأسرة في الكشف ومتابعة الحالات الخاصة نذكر:

- الاكتشاف المبكر ومتابعة الحالة مع المختصين.
- توفير الدعم العاطفي والبيئة الآمنة.
- التعاون المستمر مع المدرسة والمعالجين.
- غرس الثقة في الطفل وتنمية استقلاليتته.

3-2- دور المجتمع ومؤسساته : المجتمع له دور تكاملي في تعزيز اندماج ذوي الإعاقة، عبر:

- توفير بيئات تعليمية دامجة.
- تكييف المرافق العامة ووسائل النقل والتعليم لتكون شاملة وتسهيل الوصول إليها.
- تعديل الاتجاهات الاجتماعية السلبية مع دعم التشريعات والسياسات الوطنية الخاصة بالدمج.
- توفير فرص عمل ومشاركة مدنية.
- نشر الوعي بقضية الإعاقة من منظور حقوقي وإنساني وتشجيع المبادرات المجتمعية لخدمة هذه الفئة.

المحاضرة الثالثة: نظريات الإرشاد ذات الصلة بالحالات الخاصة

تمهيد:

يشكل الإرشاد النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة أحد أكثر فروع النفسي حساسية وأهمية إذ يتعامل مع فئات من الأفراد يواجهون تحديات نمائية، معرفية، أو سلوكية تتطلب فهما نظريا عميقا وتطبيقا عمليا مرنا ، لذلك تعد النظريات الإرشادية الأساس الذي يبني عليه التخطيط والتدخل النفسي فهي توفر نموذجا تفسيريا للسلوك الإنساني وطرقا لمساعدة الأفراد على التكيف والنمو الايجابي.

1- تعريف الإرشاد النفسي وإرشاد الحالات الخاصة:

1-1- مفهوم الإرشاد النفسي:

تطور مفهوم الإرشاد منذ بداية القرن العشرين ، فبدأ بمرحلة التوجيه المهني ثم التوجيه المدرسي حيث ركزت برامج التوجيه والإرشاد على المجالات التربوية، ثم جاءت مرحلة علم النفس الإرشادي التي تم فيها التركيز على الصحة النفسية والنمو النفسي. وفي السبعينات اعتبر التوجيه والإرشاد النفسي عملية لاتخاذ القرار بهدف التقليل من القلق الدراسي، ثم تطور المفهوم ليعبر عن تلك العلاقة المهنية تتجلى في المساعدة المقدمة من فرد يملك القدرة على المساعدة (مرشد) إلى آخر يحتاج إلى المساعدة (مسترشد) وفق عملية متخصصة تقوم على أسس وفتيات تتيح لهذا الأخير الفرصة لفهم نفسه وإدراك قدراته بشكل يمنحه التوافق والصحة النفسية ويدفعه إلى مزيد من النمو والإنتاجية.

ويعتبر كارل روجرز (1951) Rogers أن الإرشاد هو "علاقة مهنية يسعى فيها المرشد إلى مساعدة المسترشد على فهم ذاته واتخاذ قراراته وإجراء التكيفات اللازمة بناءً على هذا الفهم".

ويرى خليفة أن الإرشاد النفسي "تفاعل منظم بين المرشد والمسترشد، يهدف إلى تعديل الاتجاهات الخاطئة وتطوير السلوك نحو تحقيق أهداف شخصية واجتماعية واقعية" (خليفة، 2003، ص. 60).

ويعرفه سليمان بأنه: "عملية بناءة تتم في إطار علاقة مهنية بين المرشد والمسترشد تهدف إلى تمكين الفرد من تحقيق ذاته في حدود القيم السائدة في المجتمع" (سليمان، 2015، ص. 32).

أي أن الإرشاد النفسي هو تلك العلاقة المهنية والإنسانية المتبادلة التي يتم عبرها التفاعل (التأثير والتأثر) بين طرفين أحدهما متخصص يسعى إلى مساعدة الطرف الآخر لحل المشكلة التي يعاني منها من خلال مساعدة مهنية منهجية تهدف إلى تمكين الأفراد من فهم أنفسهم واتخاذ قراراتهم وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي.

1-2- مفهوم إرشاد الحالات الخاصة:

يعتبر إرشاد الحالات الخاصة فرعاً متخصصاً من فروع الإرشاد النفسي يعنى بالأفراد الذين يختلفون عن أقرانهم في القدرات العقلية أو الحسية أو الانفعالية أو السلوكية أو الأكاديمية، مما يتطلب استراتيجيات خاصة للتدخل والدعم، ويهدف هذا النوع من الإرشاد إلى تحقيق التكيف، تقليل مظاهر العجز، تنمية القدرات الأخرى، وتمكين الفرد من المشاركة الاجتماعية. ويعتبر هوارد أن خدمات التربية الخاصة والإرشاد المرافقة لها تصمم لتلبية الاحتياجات الفريدة للأفراد ذوي الإعاقات ولمساعدتهم على تحقيق الاستقلال الشخصي والمشاركة الاجتماعية (Heward, 2013, p. 5).

ويعرفها عبد الرحمن (2012) بأنها: "مجموعة من الخدمات الإرشادية والنفسية التي تقدم للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، بهدف مساعدتهم على التكيف مع إعاقاتهم، وتنمية قدراتهم، وتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي" (عبد الرحمن، 2012، ص. 75).

وعرفها القريوتي وآخرون بأنها: "جهد إرشادي منظم يهدف إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأفراد غير العاديين وأسرتهم من أجل تحسين تكيفهم الشخصي والتربوي والمهني" (القريوتي وآخرون 2009، ص. 98).

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن إرشاد الحالات الخاصة هو عملية مهنية وإنسانية منظمة تهدف إلى مساعدة الأفراد الذين يواجهون إعاقات أو صعوبات نمائية أو تعليمية أو نفسية أو اجتماعية على تحقيق تكيفهم النفسي والاجتماعي والتربوي الأمثل، من خلال توظيف مبادئ ونظريات الإرشاد النفسي بما يتناسب مع طبيعة كل حالة واحتياجاتها الخاصة، ويرتكز الإرشاد هنا على الفهم العميق للفروق الفردية والإيمان بقدرة الفرد مهما كانت إعاقته أو اختلافه على النمو والتعلم وتحقيق الذات متى توفرت له بيئة داعمة وعلاقة إرشادية قائمة على التقبل والاحترام والتمكين، كما يسعى هذا النوع من الإرشاد إلى دعم الأسرة والمدرسة والمجتمع في أداء أدوارهم في الدمج من خلال تعزيز الوعي والمشاركة والتعاون بين جميع الأطراف بحيث يصبح الفرد ذو الاحتياجات الخاصة عنصراً فاعلاً ومنتجاً في بيئته.

2- النظريات الإرشادية وتطبيقاتها في إرشاد الحالات الخاصة:

تعد نظريات الإرشاد النفسي بمثابة الإطار الفكري والمهني الذي يوجه عملية الإرشاد، من خلال تفسير السلوك الإنساني ووضع أساليب مناسبة لمساعدة الأفراد في التكيف وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي.

وعند التعامل مع الحالات الخاصة (الإعاقات بأنواعها، صعوبات التعلم، اضطرابات التواصل، الموهبة...) تمثل هذه النظريات أداة علمية فعالة لتصميم برامج إرشادية قائمة على الفهم الموضوعي للفروق الفردية والاحتياجات الخاصة، وإرشاد الحالات الخاصة هو تطبيق منهجي للنظريات النفسية من أجل دعم النمو الشخصي والاجتماعي والتربوي لهؤلاء الأفراد وتحسين جودة حياتهم (Hardman, Drew, & Egan, 2017). وتنوع النظريات النفسية التي يعتمد عليها المرشدون في التعامل مع الحالات الخاصة، وفيما يأتي بعض أكثر تلك النظريات استخداماً وفعالية :

1-2- النظرية السلوكية (Behavioral Theory) :

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني مكتسب من خلال عمليات التعلم ، وبالتالي فإن تعديل السلوك غير المرغوب وتدعيم السلوك المرغوب يمكن تحقيقه عبر برامج منهجية للتعزيز والتشكيل ، حيث يرى سكينر (Skinner 1953) أن السلوك يمكن تغييره إذا تم التحكم في العوامل البيئية التي تسببه، وأن الإرشاد يجب أن يركز على السلوك القابل للملاحظة والقياس وفق مجموعة من المبادئ الأساسية :

- ✓ السلوك متعلم ويمكن تعديله.
- ✓ التركيز على الحاضر وليس الماضي.
- ✓ التعزيز الإيجابي أهم وسيلة لتشكيل السلوك.
- ✓ الملاحظة والقياس أساسيان في التقييم.
- ✓ العلاقة الإرشادية وظيفية وليست تحليلية.

وتستخدم الأساليب السلوكية على نطاق واسع مع الأطفال ذوي الإعاقات العقلية واضطرابات السلوك وصعوبات التعلم وطيف التوحد...، حيث تقدم بيئة منظمة وتغذية راجعة فورية تساعد على التعلم (Cooper & al., 2020). ومن أبرز تطبيقاتها:

- ✓ التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement): مكافأة السلوك المرغوب .
 - ✓ الإطفاء (Extinction): تجاهل السلوك غير المرغوب حتى يضعف.
 - ✓ التشكيل (Shaping): تعزيز السلوكيات المتقاربة تدريجياً حتى الوصول إلى السلوك المطلوب.
 - ✓ الاقتصاد الرمزي (Token Economy): نظام نقاط أو رموز تستبدل بمكافآت.
- وتطبق المبادئ السلوكية في مجالات الإرشاد الأسري والمدرسي والمهني من خلال تعديل السلوكيات السلبية مثل القلق والعدوانية أو التسوية الدراسي وتعزيز السلوكيات الإيجابية مثل التعاون والانضباط.

2-2- النظرية المعرفية (Cognitive Theory) :

تنطلق النظرية المعرفية من افتراض مفاده أن الأفكار والتصورات الداخلية تؤثر على المشاعر والسلوك وأن تعديل أنماط التفكير غير العقلانية يؤدي إلى تحسين السلوك والتكيف (Beck, 1976) ، ولذلك فهي تركز على أن سلوك الفرد ناتج عن أنماط التفكير التي يحملها تجاه ذاته والعالم والعمليات العقلية الداخلية لديه مثل التفكير، التفسير، الانتباه، والذاكرة باعتبارها المحرك الأساسي للسلوك البشري الذي يتأثر بطريقة إدراك الفرد للأحداث وليس بالأحداث نفسها، لذا فال تغيير السلوكي لا يتحقق إلا من خلال تغيير الأفكار المشوهة وغير منطقية والمعتقدات السلبية وإعادة بناء الإدراك الواقعي للذات.

وتركز المدرسة المعرفية على مجموعة من المبادئ الأساسية:

- ✓ الأفكار تحدد السلوك والانفعال.
- ✓ إعادة البناء المعرفي يؤدي إلى تعديل السلوك.
- ✓ الحوار الإرشادي العقلاني أسلوب رئيسي.
- ✓ التركيز على الحاضر والمستقبل بدل الانشغال بالماضي.
- ✓ المرشد يعمل كموجه معرفي يساعد المسترشد على اكتشاف أنماطه الفكرية.

ومن أبرز الأساليب في الإرشاد المعرفي نذكر:

- ✓ إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) : تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار واقعية وإيجابية.
- ✓ التدريب على حل المشكلات (Problem-Solving Training) : حل المشكلات بطريقة عقلانية.
- ✓ الوعي الذاتي والتفكير النقدي (Self-Awareness and Critical Thinking) : مساعدة الفرد على مراقبة أفكاره واختبار صحتها.
- ✓ التدريب على الاستراتيجيات المعرفية (Training in Cognitive Strategies) : كتنظيم الوقت واستخدام الخرائط الذهنية ...
- ✓ الجلسات التفاعلية والموجهة (Guided Interactive Sessions) : الحوار بين المرشد والمسترشد لفهم الأنماط الفكرية وتصحيحها.

وتطبق المبادئ المعرفية في مجال إرشاد الحالات الخاصة لعلاج بعض المشاكل النفسية كالاكتئاب ، القلق الإدمان واضطرابات الشخصية من خلال تعديل الأنماط الفكرية وتعليم كيفية التعامل مع المعتقدات السلبية وتعزيز التواصل الإيجابي وتطوير التفكير النقدي.

2-3- النظرية الإنسانية (Humanistic Theory) :

من أبرز روادها أبراهام ماسلو A. Maslow صاحب نظرية الاحتياجات الهرمية و كارل روجرز C. Rogers مؤسس العلاج المتمركز حول العميل، وتركز هذه النظرية على الجانب الإنساني للفرد معتبرة أن الفرد يسعى فطريا نحو النمو الذاتي وتحقيق الذات، فهي تختلف عن الاتجاهين السلوكي والمعرفي الذين ركزا على السلوكيات والأفكار إذ يرى رواد الاتجاه الإنساني أن الحرية الشخصية والمسؤولية الذاتية هما أساس النمو النفسي الصحي وأن الفرد ككائن فريد قادر على اتخاذ قراراته وتوجيه حياته وتحقيق إمكاناته الكاملة إذا توفرت له بيئة داعمة خالية من التهديد تتسم بالتقبل غير المشروط والتعاطف والصدق ، وبالتالي فوظيفة المرشد هي خلق علاقة تساعد على إطلاق هذا النمو. ويمكن تلخيص المبادئ الأساسية للمدرسة الإنسانية فيما يأتي:

✓ السعي نحو تحقيق الذات : الإنسان يسعى لاكتشاف ذاته وتنمية إمكاناته الكاملة.

✓ الحرية الشخصية والمسؤولية : الأفراد مسؤولون عن قراراتهم وأفعالهم.

✓ الوعي الذاتي : الإدراك الكامل للأفكار والمشاعر والسلوكيات يساعد على النمو الشخصي.

✓ الأهمية الفطرية للعلاقات الإيجابية : بيئة داعمة ومحبة تساعد على تطوير الذات والثقة بالنفس.

✓ التقبل غير المشروط: والتعاطف والفهم الوجداني والصدق في العلاقة الإرشادية.

✓ التركيز على الحاضر والخبرة الذاتية.

وتطبق مبادئ المدرسة الإنسانية في الإرشاد الأسري والمدرسي والمهني للحالات الخاصة عبر توفير بيئة آمنة وداعمة تشجع الحالات الخاصة على التعبير عن ذواتهم والتركيز على نقاط القوة والقدرات بدلا من العجز. بناء علاقة إرشادية قائمة على التقبل والاحترام المتبادل، وتستخدم هذه المبادئ والتطبيقات بفاعلية مع المراهقين ذوي الإعاقات السمعية أو الجسدية، لتقوية مفهوم الذات والهوية (Corey, 2016).

2-4- النظرية الوجودية (Existential Theory) :

تركز النظرية الوجودية على الوجود الإنساني والمعنى الشخصي للحياة، معتبرة أن الإنسان حر في اختياراته ومسؤول عن عواقبها، لذا فهي تنظر إلى المشكلات النفسية على أنها ناتجة عن شعور الفرد بالفراغ أو فقدان المعنى أو القيود المفروضة على حريته، وأن الحل يكمن في مواجهة هذه التحديات بوعي وتحمل المسؤولية (Yalom, 1980) . مما يجعل من هذه النظرية ملائمة لدعم الأفراد الذين يشعرون بالاختلاف أو الاعتماد على الآخرين، مثل ذوي الإعاقات الجسدية أو الحسية، حيث تساعدهم على قبول وضعهم وتطوير شعور بالاستقلالية والمسؤولية وإيجاد معنى لحياتهم، كما تفيد الحالات ذات الاضطرابات النفسية والسلوكية الخاصة من خلال تقليل شعور الفراغ النفسي وتعزيز القدرة على مواجهة التحديات بوعي، ويمكن تطبيقها أيضا في الإرشاد الأسري والتربوي لتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي.

ومع ذلك ينتقد البعض هذا الاتجاه لصعوبة تطبيقه مع الفئات ذات القدرات التحليلية المحدودة، ولعدم وجود أدوات كمية لقياس نتائجه بدقة، وقد يتطلب دمجها مع أساليب معرفية أو سلوكية لتحقيق أثر مباشر وملحوس. وتقوم النظرية الوجودية على مجموعة من المبادئ الأساسية:

- ✓ الحرية والمسؤولية : الإنسان حر في اختياراته ومسؤول عن عواقبها.
- ✓ إيجاد المعنى : البحث عن معنى شخصي للحياة هو محور الصحة النفسية.
- ✓ الوعي بالوجود : مواجهة الواقع والقبول بالحقائق الأساسية للحياة مثل الموت والمعاناة.
- ✓ التجربة الشخصية والفردية : كل فرد فريد ويجب احترام تجربته الخاصة دون تعميم.

كما تعتمد أساليب الإرشاد الوجودي على الحوار الواعي مع العميل حول القيم والمعنى والمسؤولية وتعزيز الوعي الذاتي واستخدام التجربة الشخصية لفهم المشاعر والأفكار العميقة، بالإضافة إلى التعامل مع القلق الوجودي المرتبط بالحرية والموت والشعور بالفراغ بدلاً من تجنبه.

3- نماذج الإرشاد المتخصصة في حالات محددة :

تقوم نماذج الإرشاد المتخصصة على تطوير تدخلات مهنية موجهة لفئات محددة من الحالات الخاصة حيث تصمم البرامج الإرشادية بما يتلاءم مع طبيعة الإعاقة وخصائص الفرد النفسية والاجتماعية والمعرفية. ويستند هذا التوجه إلى مبدأ فردية الحالة وضرورة التكيف مع احتياجات المسترشد، وهو ما أكدت عليه الأدبيات الحديثة في التربية الخاصة، وتجمع هذه النماذج بين الإرشاد الفردي والجماعي مع مراعاة السياق الأسري والمدرسي والاجتماعي لضمان تحقيق أكبر قدر من التكيف. وينظر إلى هذه النماذج كبرامج تستند إلى تشخيص دقيق للأبعاد المعرفية والانفعالية والسلوكية قبل إعداد خطة التدخل، وهو ما أوضحه ملحم (2016) بضرورة بناء خطة إرشادية تستجيب للفروق الفردية، وأثبتت دراسات حديثة ضرورة الاعتماد على نهج شامل يدمج بين الجوانب النفسية والاجتماعية والطبية مع تكيف التدخل وفق خصوصية الحالة (Corey, 2017) .

يمثل الإرشاد المتخصص في حالات اضطراب طيف التوحد واحدا من أبرز هذه النماذج، إذ يعتمد على تنظيم البيئة الحسية واستخدام الوسائل البصرية كالصور والجدول للتواصل مع تعزيز التفاعل الاجتماعي تدريجيا وقد طورت غراي (2010) Gray ما أسمته "القصص الاجتماعية" والتي أسهمت في تحسين الفهم الاجتماعي كما أشار القريوتي (2015) إلى أهميتها في تنمية السلوك التكيفي لدى الطفل التوحدي، حيث يركز هذا النموذج على تنمية مهارات التواصل الاجتماعي وفهم السلوك النمطي وتعديله عبر استراتيجيات سلوكية ومعرفية. ويعد الدمج بين تحليل السلوك التطبيقي ABA والإرشاد الأسري أحد أكثر الأساليب فعالية في هذا المجال فمن المهم جدا تدريب الوالدين على تعزيز السلوكيات المرغوبة وتقليل السلوك المشكل في المنزل.

أما صعوبات التعلم فيتطلب الإرشاد فيها نمودجا قائما على التدخل المعرفي ، يشمل تدريب الذاكرة العاملة واستراتيجيات ما وراء المعرفة وتنظيم الوقت، وقد شدد كل من ميرسر وبولن (Mercer & Pullen 2020) على أهمية استخدام أساليب متعددة الحواس، فيما ركز الأشول (2014) على الدمج بين الدعم الأكاديمي والإرشاد النفسي لرفع الدافعية لدى تلميذ صعوبات التعلم وتطوير ثقته بنفسه. ويبني هذا النموذج من الإرشاد على الفهم العميق لآليات معالجة المعلومات، ويعتمد على التعويض والتدريب المعرفي واستراتيجيات تنظيم الذات ويؤكد عدس (2010) أن الإرشاد النفسي لذوي صعوبات التعلم يستلزم تقييما دقيقا لمواطن القوة والضعف ثم تصميم برامج علاجية فردية تراعي قدرات الطفل.

ويعتمد الإرشاد في الإعاقة السمعية على التعويض الحسي والتقنيات المساندة، حيث يركز هذا النموذج على دعم الجانب الانفعالي وتعزيز الهوية الذاتية لدى الفرد الأصم، إضافة إلى تطوير مهارات التواصل باستخدام لغة الإشارة والوسائط البصرية، وتشير الزرعوني (2017) إلى أن المرشد يحتاج إلى فهم عميق للثقافة الصماء واستخدام أساليب بديلة للتواصل مع تعديل البيئة للتقليل من العوائق التواصلية.

ويعنى نموذج إرشاد المعاقين بصريا بتنمية استقلاليتهم ومساعدتهم على التكيف النفسي والاجتماعي والأكاديمي وتعزيز الثقة بالنفس وتقليل الشعور بالوصم وتمكين الفرد من مواجهة التحديات بثقة ودعم التنقل والحركة وكذا علاج الضغوط الانفعالية الناتجة عن فقدان البصر، ويهتم المرشد بتنمية مهارات الاعتماد على الحواس البديلة إضافة إلى ضرورة استخدام الوسائل اللمسية والسمعية أثناء الجلسات الإرشادية وتعليم الفرد استخدام التقنيات المساعدة كلفة برايل وبرامج قراءة الشاشة، إضافة إلى دعم الأسرة لموازنة الحماية والاستقلالية كما يركز الإرشاد المدرسي على تكييف طرق التدريس عبر التعلم اللمسي والتسجيلات الصوتية والوصف اللفظي لضمان المشاركة الفعالة، ويستخدم التدريب على المهارات الاجتماعية لتعزيز القدرة على إدارة الحوار وبناء العلاقات بينما تسهم أساليب الإرشاد الواقعي والعلاج بالفن أو الدراما في دعم التعبير الانفعالي وتنمية الكفاءة الذاتية.

في الإعاقات الحركية يستهدف الإرشاد معالجة المشكلات المرتبطة بصورة الجسد والاعتمادية وتقدير الذات إضافة إلى المشكلات الأسرية والاجتماعية، لذا يركز هذا النموذج على التمكين وتعزيز الاستقلالية من خلال تدريب المسترشد على استخدام الأجهزة المساعدة وإدارة التوتر والتكيف مع الضغوط البيئية والاجتماعية وقد أكد شيريل (Sherrill 2004) على الدور العلاجي للنشاط البدني التكيفي، كما أشار إبراهيم (2010) إلى أهمية الجوانب النفسية في دعم التقبل الذاتي وتخفيف الضغوط المرتبطة بالعجز الجسدي..

وفي الاضطرابات السلوكية والانفعالية يعتمد نموذج الإرشاد المتخصص على إعادة بناء المهارات الانفعالية والاجتماعية (ضبط الذات، وحل المشكلات، والتفكير الأخلاقي، وإدارة الغضب...) . ويؤكد فاضل (2019) فاعلية هذا النموذج مع هذه الفئة مع ضرورة إشراك الأسرة في كل مراحل الإرشاد . ويعتبر هالاهان وآخرون (Hallahan & al. (2022) أن هذا النموذج الإرشادي يتطلب نوعاً من الضبط مع دفء في علاقة المرشد مع الطفل.

ويهدف إرشاد الأطفال ذوي اضطرابات الانتباه وفرط الحركة (ADHD) إلى دعم الطفل في تنظيم سلوكه وزيادة قدرته على التركيز وتحسين مهارات التكيف الاجتماعي والأكاديمي، وذلك من خلال عدد من الاستراتيجيات مثل ضبط الذات والتعرف على المثيرات التي تؤدي إلى السلوكيات المفرطة وتطبيق برامج التعزيز الإيجابي لتشجيع السلوكيات المرغوبة، كما يشمل توجيه الطفل لتطوير مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات والتعامل مع الإحباطات بطريقة مناسبة، وتؤكد الدراسات الحديثة فعالية الدمج بين العلاج السلوكي وتعديل المعتقدات المعرفية (Barkley, 2015) .

أما إرشاد الموهوبين فيختلف عن غيره من النماذج السابقة عبر تركيزه على إدارة القلق المرتبط بالكمال وتطوير مهارات التفكير الإبداعي، ومساعدة الموهوب على التكيف الاجتماعي. ويرى رينزولي (Renzulli (2016) أن الإرشاد يجب أن يركز على الدافعية الذاتية وتنمية الحس بالمسؤولية والتفكير الإبداعي والقدرات العقلية العليا من خلال استخدام استراتيجيات مثل حل المشكلات الإبداعية وتحفيز الفضول وتوجيه الاهتمامات الأكاديمية نحو مجالات التميز، كما يشمل الإرشاد هنا أيضاً مساعدة الطفل الموهوب على التكيف الاجتماعي والعاطفي من خلال تعزيز مهارات التواصل وفهم المشاعر الذاتية والقدرة على إدارة الضغوط الناتجة عن التوقعات العالية (الخشان، 2018). ويتم ذلك بأساليب متعددة مثل المقابلات الفردية لمناقشة القلق والانفعالات الشخصية والإرشاد الجماعي لتطوير مهارات التعاون والعمل ضمن فرق، كما يتضمن إرشاد الموهوبين التوجيه المهني المبكر والاستشارات الأسرية لدعم الأسرة في التعامل مع احتياجات الطفل الموهوب بشكل متوازن دون إفراط في الحماية أو الضغط (ملحم، 2016) .

المحاضرة الرابعة: تشخيص وتقييم الحالات الخاصة

تمهيد:

تعتبر عمليتا التشخيص والتقييم من أهم الخطوات في التعامل مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لأنها الأساس الذي تبنى عليه جميع الخطط العلاجية والتعليمية والإرشادية. فقبل أن نقدم أي مساعدة ينبغي علينا أن نعرف بدقة طبيعة الحالة ونفهم قدراتها ومشكلاتها ونحدد جوانب القوة والضعف لديها. وتقوم عملية التشخيص على جمع معلومات شاملة عن الفرد من خلال المقابلات والملاحظات والاختبارات ثم تحليلها لفهم حالة الفرد بطريقة موضوعية، أما التقييم فهو عملية مستمرة تستخدم لقياس التقدم وتحديد مدى فاعلية البرامج المقدمة له وتستخدم فيها أدوات متعددة مثل الاختبارات النفسية والتربوية والطبية والاجتماعية، ويشارك فيها فريق من المختصين رفقة الأسرة لضمان نظرة شاملة ودقيقة للحالة. ومن خلال هذه المحاضرة سنتعرف على أساليب وأدوات التشخيص والتقييم وعلى المقاييس الأكثر استخداماً وأهمية التقييم متعدد الأبعاد، إضافة إلى دور الفريق متعدد التخصصات في التشخيص ووضع الخطط المناسبة.

1- مراحل عملية التشخيص والتقييم :

تمر عملية التشخيص والتقييم بعدة مراحل عملية تبدأ بالملاحظة الأولية وتنتهي بوضع خطة التدخل المناسبة وتتكامل هذه المراحل لضمان عدالة التقييم ودقته ولتجنب الخطأ في تصنيف الأفراد أو حرمانهم من الخدمات التي يحتاجونها، وفيما يأتي أهم تلك المراحل :

1-1- مرحلة الملاحظة الأولية (Initial Observation) : وهي المرحلة الأولى التي يتم فيها التعرف المبدئي على مؤشرات أو سلوكيات غير مألوفة لدى الطفل أو الفرد سواء في المدرسة أو المنزل أو الحياة اليومية حيث يلاحظ المعلم أو ولي الأمر أن الطفل يعاني صعوبة في التعلم أو ضعف في التواصل أو سلوكيات غير تكيفية وفي هذه المرحلة لا يتم اتخاذ قرارات وإنما يتم تسجيل الملاحظات وجمع المعلومات الأولية لتحديد ما إذا كانت الحالة تحتاج لتقييم أكثر عمقا (الزعبي، 2018).

1-2- مرحلة الإحالة (Referral Stage) : أو ما يسمى بالشك الأولي ، فبعد ملاحظة وجود مؤشرات مقلقة تتم إحالة الحالة من قبل المعلم في المدرسة، الطبيب، الأسرة أو حتى من الفرد نفسه إلى فريق مختص أو أخصائي نفسي تربوي من أجل التقييم الرسمي ، وتتضمن الإحالة وصفا للمشكلة والأسباب المشتبه بها كما أن الغرض منها هو التأكد من وجود مشكلة حقيقية تحتاج إلى تدخل متخصص، وليس مجرد تأخر مؤقت أو مشكلة بيئية أخرى (الخطيب، 2019).

3-1- مرحلة جمع المعلومات الشاملة (Data Collection): تهدف هذه المرحلة إلى بناء صورة متكاملة عن جوانب الأداء المختلفة (العقلي، اللغوي، الاجتماعي، الانفعالي) في هذه المرحلة يتم جمع معلومات دقيقة عن الحالة من مصادر متعددة مثل (حجازي، 2017):

- المقابلات مع الأهل والمعلمين.
- المقابلات مع الحالة.
- السجلات الطبية والتربوية.
- الملاحظة المباشرة في المواقف اليومية.

4-1- مرحلة القياس والتقييم (Assessment Stage): يتم في هذه المرحلة تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية المناسبة لطبيعة الحالة، مثل:

- اختبارات الذكاء (وكسلر – ستانفورد بينيه).
- مقاييس السلوك التكيفي.
- اختبارات التحصيل الأكاديمي.
- مقاييس التواصل أو الانتباه أو المهارات الحركية.

ويراعى في هذه المرحلة الصدق والثبات والمعايير العمرية والثقافية للاختبار، حتى تكون النتائج دقيقة وموثوقة.

5-1- مرحلة التحليل والتشخيص (Diagnosis Stage): بعد جمع البيانات، يقوم الأخصائيون بتحليلها لتحديد نوع الحالة ومستواها والعوامل المسببة لها. حيث يتم تشخيص الإعاقة أو الصعوبة وفق معايير علمية محددة، مثل أدلة التشخيص الدولية DSM-5 أو ICD-11، ويستخدم مفهوم "التشخيص الوصفي" بدلا من "الوصم" للتركيز على خصائص الفرد لا على تسميته المرضية (الخليفة، 2018).

6-1- مرحلة إعداد التقرير والتوصيات (Reporting & Recommendations): حيث توثق نتائج التشخيص في تقرير شامل يتضمن:

- ملخص الحالة.
- نتائج المقاييس والاختبارات.
- نقاط القوة والضعف.
- توصيات تربوية ونفسية محددة.

وهذا يسلم التقرير للأسرة والمؤسسة التعليمية، حيث يعد المرجع الأساسي لوضع خطة التدخل الفردية.

7-1- مرحلة المتابعة وإعادة التقييم (Follow-up and Re-evaluation) : يعاد التقييم بعد فترة زمنية محددة لقياس التقدم ومراجعة فاعلية البرنامج ، فقد يظهر التقييم الجديد تحسنا في بعض المهارات أو الحاجة لتعديل الخطة العلاجية (الخطيب، 2019).

وعموما يمكن القول أن نجاح عملية التشخيص والتقييم يعتمد على التكامل بين جوانب الخبرة المهنية والدقة العلمية والتعاون بين التخصصات المختلفة لتكوين صورة شاملة ودقيقة عن الفرد.

2- أساليب وأدوات تشخيص الحالات الخاصة:

إن الهدف من عملية التشخيص هو تحديد نوع الحالة ودرجتها وأسبابها وتطورها ومدى فاعلية البرامج المقدمة لها لذلك تستخدم في هذه العملية مجموعة من الأساليب والأدوات النفسية والتربوية التي تساعد في تكوين صورة شاملة عن الحالة، تجمع بين الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية والطبية ويقصد بالأساليب هي الطرق والإجراءات التي يعتمد عليها الأخصائي لجمع المعلومات عن الحالة مثل المقابلة، الملاحظة ودراسة الحالة. أما الأدوات فهي الوسائل أو المقاييس المقننة التي تُستخدم لقياس القدرات والسمات والسلوكيات بشكل كمي وموضوعي، مثل اختبارات الذكاء أو التحصيل الدراسي. والتي يراعى عند اختيارها أن تكون مناسبة لعمر الحالة وثقافته وطبيعته حالته، كما ينبغي أن تتميز بالصدق والثبات والموضوعية (Anastasi & Urbina, 1997)، وفيما يلي عرض لتلك الأساليب والأدوات:

1-2- المقابلة الإرشادية: هي لقاء منظم بين المرشد وبين الفرد أو أسرته أو معلميه، بهدف جمع معلومات نوعية حول النمو والسلوك والتاريخ الصحي والتربوي والاجتماعي ، وتهدف إلى :

✓ التعرف على مظاهر السلوك والمشكلات التي يعاني منها الفرد.

✓ استكشاف الظروف الأسرية والتعليمية المؤثرة.

✓ بناء علاقة مهنية قائمة على الثقة والتقبل.

كما تنقسم أشكال المقابلة الإرشادية إلى ثلاثة أنواع:

✓ مقابلة أولية (لتحديد الحاجة للتقييم).

✓ مقابلة تشخيصية (لجمع بيانات معمقة).

✓ مقابلة متابعة (لتقييم التقدم بعد التدخل).

2-2- الملاحظة السلوكية (Behavioral Observation): هي متابعة مباشرة لسلوك الفرد في مواقف طبيعية (القسم، المنزل...) بغرض تحديد الأنماط السلوكية والتفاعلات الاجتماعية والحصول على بيانات واقعية عن الأداء اليومي للفرد في بيئته الحقيقية، وتكشف جوانب لا تظهر في الاختبارات المقننة، وتنقسم إلى:

- ✓ ملاحظة منظمة: وفق معايير محددة وجدول تسجيل (مثل تكرار السلوك)
- ✓ ملاحظة غير منظمة: تعتمد على الوصف الحر للسلوكيات.

3-2- دراسة الحالة (Case Study): أسلوب شامل لجمع وتحليل معلومات من مصادر متعددة حول الفرد (المعلم، الأسرة، السجلات، الاختبارات...) لبناء ملف متكامل عن تاريخ الحالة، وتستخدم لتكوين صورة شاملة للحالة (شخصية وصحية، تاريخ النمو والتعليم، العلاقات الأسرية والاجتماعية، السلوك العام والاهتمامات، النتائج النفسية والتربوية) مما يساعد في اتخاذ قرارات دقيقة تتعلق بالتشخيص والتدخل.

4-2- الاختبارات النفسية المقننة (Psychological Tests): أدوات مقننة تطبق وفق إجراءات موحدة لقياس جوانب محددة مثل الذكاء، القدرات، السمات الانفعالية، أو السلوك التكيفي، ومن أمثلتها:

- ✓ اختبارات الذكاء: وكسلر (WISC-V)، ستانفورد-بينيه (SB5)
- ✓ الاختبارات الشخصية: مقياس بيركس، اختبار جودانف لرسم الشخص.
- ✓ اختبارات السلوك التكيفي.

وتتميز هذه الاختبارات بأنها تتسم بالموضوعية والموثوقية كما تتيح مقارنة الفرد بأقرانه في نفس الفئة العمرية ولكنها أيضا تتطلب تطبيقا وتفسيرا من مختص مؤهل.

5-2- الاختبارات التربوية (Educational Tests): وهي اختبارات تقيس أداء الفرد في المهارات الأكاديمية مثل القراءة، الكتابة، والرياضيات، بهدف تمييز الفروق بين القدرات العقلية والتحصيل الدراسي للكشف عن صعوبات التعلم تحديد مستوى التحصيل الدراسي وصعوبات التعلم، ونذكر منها (Heward, 2013):

- ✓ اختبار وودكوك-جونسون للتحصيل (Woodcock-Johnson)
- ✓ اختبار كوفمان للتحصيل الأكاديمي (KTEA)
- ✓ اختبارات القراءة والفهم اللغوي المقننة.

6-2- الاستبيانات والمقاييس السلوكية (Behavioral Rating Scales): وهي قوائم أو استبيانات تساعد في الحصول على تقديرات كمية للسلوك عبر أكثر من مصدر، حيث يملؤها المعلمون أو أولياء الأمور لتقييم سلوكيات الفرد في مواقف مختلفة، ومن بينها:

- ✓ مقياس كونرز Connors لتقييم اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه .
- ✓ مقياس جيليام للتوحد.(GARS)
- ✓ مقياس القلق والاكتئاب للأطفال.(RCMAS)

7-2- تحليل السجلات والوثائق (Record Review) :

الاطلاع على السجلات الطبية، والتقارير المدرسية، ونتائج الفحوصات السابقة لتتبع التاريخ التطوري والأكاديمي للحالة. مما يسهم في توضيح تسلسل ظهور الأعراض وتحديد مدى تأثير العوامل البيئية والصحية.

3- معايير اختيار أدوات وأساليب التشخيص :

عند اختيار الأداة أو الأسلوب المناسب يجب مراعاة مجموعة من الاعتبارات العلمية والأخلاقية، منها:

- ❖ الصدق والثبات: أن تقيس الأداة ما صممت لقياسه بدقة ونتائجها مستقرة.
- ❖ الملاءمة الثقافية: أن تكون الأداة مكيفة لغويًا وثقافياً مع بيئة الفرد.
- ❖ الاعتبارات الأخلاقية: الحفاظ على السرية واحترام خصوصية الفرد.
- ❖ المرونة والتكامل: الجمع بين أدوات كمية ونوعية.
- ❖ مشاركة فريق متعدد التخصصات .

وينبغي التأكيد أنه لا يمكن لأي أداة أو أسلوب واحد أن يقدم صورة كاملة عن الحالة لأن الفرد كائن متكامل لذا فإن الدمج بين هذه الأدوات يضمن تشخيصاً أكثر دقة وموضوعية (الخطيب، 2019).

4- أهمية التقييم المتعدد الأبعاد (Multidimensional Assessment) :

يعد التقييم المتعدد الأبعاد من أهم الركائز العلمية في التعامل مع الحالات الخاصة، إذ يمثل مدخلا شاملا لفهم الحالة من زوايا متعددة تتكامل فيما بينها لتكوين صورة دقيقة عن قدراتها واحتياجاتها وصعوباتها فالفرد ذو الاحتياجات الخاصة لا يمكن النظر إليه من منظور أحادي، لأن خصائصه تتداخل فيما أبعاد بيولوجية ونفسية وتربوية واجتماعية تسهم جميعها في تحديد مستوى أدائه الحالي وسلوكه العام، لذلك يتطلب الأمر خطة تدخل فعالة تقوم على توفر العديد من البيانات الطبية (الأسباب عضوية)، النفسية (العواطف والسلوك) التربوية (الاحتياجات التعليمية)، والاجتماعية (الأسرة/البيئة). كما أنه من المهم الوصول إلى تشخيص فريقي في الحالات المتداخلة لفصل الأسباب والأعراض والعوامل المصاحبة (WHO, 2022).

وقد تطور مفهوم التقييم في السنوات الأخيرة من مجرد قياس للقدرات العقلية أو التحصيلية إلى عملية تشخيصية تشاركية تعتمد على جمع المعلومات من خلال مصادر متعددة باستخدام أدوات متنوعة تتيح فهما أعمق وأشمل للفرد، ويستند هذا النوع من التقييم إلى مبدأ أساسي مفاده أن الاضطراب أو القصور لا يمكن عزله عن السياق الكلي الذي يعيش فيه الفرد، فالجوانب الطبية أو العصبية قد تتقاطع مع عوامل نفسية أو بيئية لتشكل معا صورة الحالة، فالتقييم المتعدد الأبعاد يتطلب فريقا متعدد التخصصات (طبيب، أخصائي نفسي، مرشد، أخصائي تربوي، أخصائي أرطوفوني وأخصائي اجتماعي) يعملون بصورة تكاملية لتحديد احتياجات الحالة بدقة واقتراح أنسب التدخلات لها (Pierangelo & Giuliani, 2009, p. 45).

وتتبع أهمية هذا التوجه من تلاقي نتائج الأبعاد المختلفة لتكون قاعدة علمية لاتخاذ القرار التربوي والعلاجي المناسب، مما يسهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة للحالات الخاصة وتمكينهم من تحقيق أقصى إمكاناتهم. ولهذا أصبح التقييم متعدد الأبعاد أساسا منهجيا في الكشف والتشخيص والتخطيط التربوي للحالات الخاصة ثم صياغة التدخلات العلاجية والتعديلات في العملية التعليمية وفي برامج التدريب المهني، وأيضا توفير خدمات دعم أسري واجتماعي تحسن من احتمالية نجاح الدمج المدرسي والمجتمعي (Turnbull & al., 2015)، حيث يهدف إلى التشخيص الدقيق لنوع وطبيعة الحالة و التعرف على نقاط القوة والضعف لديها ثم توجيه الخطة التربوية الفردية بما يتناسب مع قدراتها واحتياجاتها. ويغطي التقييم متعدد الأبعاد عددا من الجوانب المختلفة:

❖ **البعد الطبي (Medical Dimension):** يتعلق بتحديد الجوانب الجسدية والعضوية التي قد تكون سببا أو عاملا مساعدا في الحالة ويتضمن فحوصا طبية عامة ومتخصصة (السمع، البصر، الأعصاب، النمو الجسدي) ومراجعة التاريخ الطبي والعائلي وكذا تقييم الحالة الصحية والغذائية.

❖ **البعد النفسي (Psychological Dimension):** يركز على القدرات العقلية والانفعالية والسلوكية.

- القدرات العقلية: من خلال اختبارات الذكاء مثل وكسلر أو ستانفورد-بينيه.
- الجوانب الانفعالية: اختبارات الشخصية، القلق، الاكتئاب....
- استخدام أدوات مثل بطاقات الملاحظة، مقاييس السلوك التكيفي، استمارات التقدير السلوكي....

❖ **البعد التربوي (Educational Dimension):** يتعلق بأداء الفرد في المهارات الدراسية والتعليمية.

- مستوى التحصيل الدراسي في القراءة، الكتابة، والرياضيات.
- مهارات التعلم الأساسية (الذاكرة، الانتباه، التفكير...)
- أساليب التعلم ونقاط القوة والضعف التعليمية.
- ملاحظة الأداء أثناء الأنشطة التعليمية.

❖ البعد الاجتماعي والأسري (Social & Familial Dimension) : يعنى بيئة الفرد الاجتماعية وأثرها على نموه وسلوكه (Hallahan & al 2022) .

- العلاقات الأسرية وطبيعة الدعم الأسري.
- الظروف الاقتصادية والاجتماعية.
- العلاقات مع الأقران والمعلمين.
- مستوى التفاعل الاجتماعي والتواصل.

❖ البعد التواصلية (Communication Dimension) : يقيم القدرات اللغوية والتواصلية للفرد من خلال اختبارات اللغة وقوائم الملاحظة اللغوية (عبد الرحمن ، 2014) .

- القدرة على الفهم والتعبير اللفظي.
- اضطرابات النطق والكلام.
- التواصل غير اللفظي (إشارات، حركات، تفاعل بصري).

❖ البعد المهني (Vocational Dimension) : يستخدم غالبا مع المراهقين والبالغين (Smith, 2018) .

- تحديد الميول المهنية والقدرات العملية.
- مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية.

5- فريق العمل متعدد التخصصات في التشخيص والتقييم :

غالبا ما تتسم الحالات الخاصة بالتعقيد والتداخل بين العوامل الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية مما يجعل التقييم الفردي القائم على تخصص واحد غير كاف للوصول إلى تشخيص دقيق أو خطة علاجية فعالة لذا يعد فريق العمل متعدد التخصصات من الركائز الأساسية في عملية تشخيص وتقييم ورعاية الحالات الخاصة فهو يضم مجموعة من المختصين من مجالات مختلفة يعملون بشكل تكاملي لتحقيق فهم شامل لاحتياجات الفرد وتقديم التدخل المناسب له عبر تحقيق الأهداف الآتية:

- ❖ ضمان الشمول والدقة في التشخيص من خلال جمع بيانات من مجالات مختلفة.
- ❖ تبادل الخبرات والملاحظات بين الأخصائيين لتكوين فهم متكامل للحالة.
- ❖ تصميم خطة تربوية فردية تتوافق مع القدرات والاحتياجات الفعلية للفرد.
- ❖ متابعة التقدم والتقييم المستمر لمدى فاعلية التدخلات التربوية والعلاجية.

ويشير الكثير من الباحثين إلى أن التشكيل النموذجي للفريق متعدد التخصصات ينبغي أن يتضمن :

جدول رقم 01 يوضح مهام الفريق متعدد التخصصات

المهام	العضو
فحص الحالة من الناحية العضوية أو العصبية وتحديد مدى ارتباطها بالصعوبات النمائية أو التعليمية.	الطبيب
تطبيق اختبارات الذكاء، الشخصية، والسلوك التكيفي وتحليل النتائج لتحديد الجوانب النفسية.	الأخصائي النفسي المرشد النفسي
تقييم التحصيل الدراسي والمهارات الأكاديمية ووضع الخطة التعليمية الفردية.	الأخصائي التربوي معلم التربية الخاصة
تشخيص اضطرابات التواصل والنطق واللغة ووضع برنامج علاجي مناسب.	أخصائي النطق واللغة
دراسة الظروف الأسرية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في أداء الفرد وسلوكه.	الأخصائي الاجتماعي
تقييم القدرات الحركية الدقيقة والعمامة ووضع برامج لتقويتها.	العلاج الطبيعي الوظيفي
توفير معلومات عن تاريخ الحالة والمشاركة بخطة التدخل.	الأسرة

وتتطلب فعالية فريق العمل هذا اتباع آليات منهجية منظمة تضمن التعاون والتنسيق بين الأعضاء في إطار تكاملي ، يبدأ من خلال استقبال الحالة وتحليل الطلب أو الإحالة، سواء من الأسرة أو المدرسة أو الطبيب وفي هذه المرحلة يقوم الفريق بجمع المعلومات الأولية حول الحالة ومن ثم تحديد مجالات الفحص ليجتمع أعضاء الفريق قصد مناقشة النتائج وتبادل وجهات النظر، حيث تدمج نتائج الأبعاد المختلفة في تقرير شامل واحد يراعي المقارنة بين النتائج لتحديد مدى الاتساق أو التناقض وتفسير مختلف الصعوبات في ضوء العلاقات بين العوامل النفسية والطبية والاجتماعية ثم الاتفاق على التشخيص النهائي للحالة تبني عليه خطة تربوية فردية ذات أهداف قصيرة وطويلة المدى تشارك فيها الأسرة وتتضمن (Smith, 2018) :

✓ أساليب واستراتيجيات التعليم المناسبة.

✓ الخدمات المساندة (علاج نطق، دعم نفسي، علاج وظيفي)

✓ آليات المتابعة والتقييم الدوري.

ولا تنتهي مهمة الفريق بمجرد وضع الخطة، بل تمتد إلى تتبع التقدم ومراجعة الأهداف دورياً من خلال تقارير شهرية أو فصلية واجتماعات دورية لمناقشة مدى تحقق الأهداف مع إمكانية تعديل الخطة وفقاً للتغيرات في قدرات الفرد أو ظروفه (الخطيب وعلي، 2010).

الماضرة الخامسة: كتابة التقارير التشخيصية والتقييمية

تمهيد :

تعد التقارير التشخيصية والتقييمية من أهم مخرجات العملية الإرشادية والتقويمية في مجال التربية الخاصة وعلم النفس والإرشاد التربوي، فهي تمثل وثيقة علمية رسمية تلخص نتائج التقييم النفسي والتربوي والسلوكي وتقدم توصيات مهنية دقيقة توجه عملية التدخل العلاجي أو التربوي. وتتطلب هذه التقارير مهارات عالية في تحليل البيانات، وتفسير النتائج، وصياغة التوصيات بلغة مهنية وأخلاقية تحترم خصوصية الأفراد وكرامتهم.

1- مفهوم التقرير التشخيصي والتقييمي :

التقرير التشخيصي وثيقة رسمية تتضمن عرضاً منظماً ومتكاملاً لمعلومات المسترشد بناءً على بيانات دقيقة تم جمعها من خلال أدوات التقييم المختلفة (المقابلات، الاختبارات النفسية، والملاحظات السلوكية، إضافة إلى التاريخ الصحي والتربوي)، بهدف تحديد نوع الاضطراب أو الإعاقة وشدة الحالة وخصائصها الأساسية ومستوى أداء الفرد في المجالات المختلفة العقلية، والنفسية، والاجتماعية، والتحصيلية والمهنية (عدس، 2010، ص. 112). فهو أداة علمية لتوثيق حالة المسترشد وفهم احتياجاته وتحديد مستوى قدراته ووضع خطط التدخل المناسبة ويهدف هذا التقرير إلى تقديم معلومات دقيقة عن الفرد، تساعد الأخصائيين والمعلمين وأولياء الأمور على اتخاذ القرارات السليمة بشأن البرامج التعليمية، التدخل العلاجي، أو البرامج التأهيلية. ويعتمد التقرير التشخيصي على مجموعة أسس علمية دقيقة تشمل جمع البيانات الأولية عن النمو الجسدي، النفسي، والاجتماعي للفرد واستخدام أدوات التقييم المعيارية مثل اختبارات الذكاء والقدرات والمقاييس السلوكية وكذا الملاحظة المباشرة لتحديد سلوك الفرد وردود أفعاله ومستوى تكيفه الاجتماعي. ويرى كوراي (2017) أن التقرير التشخيصي يشكل الخطوة الأولى في الإرشاد، إذ يتيح للمرشد النفسي بناء خطة تدخل فردية تلائم احتياجات الحالة بدقة.

أما التقرير التقييمي فهو حسب هالاهان وزملاؤه "أداة لتقدير مستوى الأداء الحالي وقياس مدى تحقق الأهداف وتحديد الاحتياجات المستمرة أو الجديدة، مع تقديم توصيات قابلة للتطبيق لتحسين الأداء والتكيف" (Hallahan & al., 2022, p. 221)، وبذلك يتجاوز هذا التقرير عملية التشخيص ويركز على تفسير النتائج ومقارنة أداء الحالة بالمعايير أو الفئات المرجعية وتحديد مدى الحاجة إلى خدمات أو تدخلات محددة. ومن ثم متابعة تقدم الفرد بمرور الوقت وتقييم مدى فعالية برامج التدخل وإجراء التعديلات اللازمة لضمان التحسين المستمر.

2- أهداف التقرير التشخيصي والتقييمي :

من خلال التعريف السابق يمكن القول أن التقرير التشخيصي يهدف إلى تقديم فهم علمي شامل لحالة الفرد وتحديد طبيعة الإعاقة أو الاضطراب وخصائصه الأساسية، وهو خطوة محورية لوضع خطط التدخل المناسبة ويمكننا تلخيص أهداف التقرير التشخيصي ما يلي (Hallahan & al., 2022) :

- ❖ تحديد طبيعة الإعاقة أو الاضطراب: وصف دقيق للحالة لتسهيل وضع استراتيجيات التدخل.
- ❖ تقييم شدة الحالة وخصائصها الفردية: فهم مستوى أداء الفرد في المجالات المختلفة.
- ❖ تقديم توصيات أولية للتدخل: اقتراح برامج تعليمية أو علاجية مناسبة.
- ❖ توفير قاعدة علمية لمتابعة التطور: تكون مرجعا لمقارنة الأداء مع الزمن وضبط البرامج.
- ❖ التواصل بين الأطراف المعنية: التنسيق بين الأخصائيين، المعلمين، والأسرة.

أما التقرير التقييمي فيتم تحديثه بشكل دوري لمتابعة التطور وقياس فعالية البرامج وإعادة ضبط الخطة الفردية ويشمل توصيات عملية قابلة للتطبيق مثل التعديلات الصفية والأنشطة التأهيلية والأساليب الإرشادية المناسبة ويمكن تلخيص أهم أهدافه في:

- ❖ قياس فعالية برامج التدخل: تحديد مدى نجاح الاستراتيجيات التعليمية أو العلاجية في تحقيق الأهداف المرجوة للفرد.
- ❖ تقييم التقدم الفردي: مقارنة الأداء الحالي بالوضع السابق للتدخل لتحديد مدى التطور والتحسين.
- ❖ تحديد الاحتياجات: معرفة المجالات التي لا تزال تحتاج إلى دعم إضافي أو تعديل البرنامج.
- ❖ تعديل خطط التدخل: تغيير أو تحسين الاستراتيجيات والأساليب لضمان تحقيق نتائج أفضل.
- ❖ تعزيز التواصل بين الأطراف المعنية: تزويد الأهل والمعلمين والأخصائيين النفسيين بمعلومات دقيقة حول نجاعة الخطط الفردية.

3- مهارات كتابة التقارير التشخيصية والتقييمية :

كتابة التقارير تتطلب دمج المهارات اللغوية، والفكرية، والمهنية لضمان دقة المعلومات وسلامة التوصيات ويجب أن يعكس التقرير المصاغ التحليل الموضوعي والقدرة على تقديم البيانات بشكل واضح ومنظم . وتشمل المهارات الأساسية حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2020) ما يلي:

- ❖ الوضوح والدقة في عرض المعلومات : ويشمل استخدام لغة بسيطة خالية من الغموض وترتيب الفقرات وفق تسلسل منطقي وعرض النتائج بالأرقام والجداول عند الحاجة ، كما ينبغي تجنب الأحكام العامة أو التفسيرات غير المدعمة بالأدلة .
- ❖ الموضوعية وعدم التحيز: ينبغي التركيز على البيانات السلوكية القابلة للملاحظة وتجنب اللغة الانفعالية أو الأخلاقية مع الفصل بين الملاحظات والتفسيرات الشخصية.
- ❖ الربط بين النتائج والنظريات النفسية: تفسير النتائج في ضوء النظريات الحديثة والمقاييس المستخدمة مع ذكر الأساس العلمي لأداة القياس ودلالاتها السيكومترية، والعمل على إظهار الوعي بعلاقة المتغيرات المختلفة (مثل العلاقة بين الذكاء والتحصيل أو بين السلوك والانفعال).
- ❖ مهارة الاختصار مع الشمول: تقديم أكبر قدر من المعلومات بأقل عدد من الكلمات مع حذف التفاصيل غير الضرورية التي لا تؤثر في التشخيص.
- ❖ الالتزام بالأخلاقيات المهنية: ضمان السرية واحترام حقوق الحالة وعرض النتائج دون الإساءة أو الوصم.

ويجب أن تتضمن التقارير التشخيصية والتقييمية مجموعة من العناصر مثل :

- ✓ البيانات الشخصية للحالة: الاسم، الجنس، المرحلة العمرية، الصف الدراسي، الحالة الصحية العامة
- ✓ معلومات حول الأسرة والخلفية الاجتماعية، إذا كانت ذات صلة بالتقييم.
- ✓ التاريخ الصحي والنمائي: معلومات حول الولادة، النمو الحركي والمعرفي، التاريخ المرضي، التدخلات السابقة، أي عوامل تؤثر على الأداء الحالي للفرد، مثل الأمراض المزمنة أو الإصابات السابقة.
- ✓ التاريخ التعليمي والتربوي: المستويات الدراسية السابقة، الإنجازات، الصعوبات التعليمية
- ✓ أساليب التعلم المفضلة، أي تعديلات تعليمية أو برامج دعم تم تطبيقها سابقًا.
- ✓ نتائج التقييم والاختبارات: نتائج الاختبارات النفسية، السلوكية، المعرفية، والاجتماعية
- ✓ الملاحظات المباشرة لسلوكيات الفرد وأدائه في البيئات المختلفة.
- ✓ تحليل البيانات والتفسير: تقديم تفسير علمي للنتائج وربطها بالمعايير المهنية والمراجع الحديثة.
- ✓ التوصيات العملية والتدخلية: اقتراح برامج تعليمية، علاجية، أو تعديل بيئات التعلم بما يتناسب مع احتياجات الفرد مع تحديد المسؤولية عن التنفيذ
- ✓ الخلاصة والاستنتاجات: ملخص موجز للحالة، أهم النتائج، والقرارات المقترحة بناء على البيانات.
- ✓ الملاحق والمرفقات (إذا لزم الأمر): نسخ من الاختبارات، الجداول، الملاحظات الميدانية أو أي وثائق دعم.

4- استخدام المصطلحات المهنية المناسبة:

إن استخدام المصطلحات الدقيقة من مظاهر الاحتراف في كتابة التقرير، فعلى المرشد أن يستخدم مفردات علمية تعكس فهمه العميق للحالة وتضمن تقديم وصف موضوعي وواضح لها (Corey, 2017). نظراً لأن التقارير التي تحتوي على لغة واضحة وعلمية تساعد على تبادل المعلومات بشكل صحيح، دون التسبب في لبس أو تأويل خاطئ أو سوء فهم بين الأطراف المعنية سواء كانوا معلمين أخصائيين أو أولياء أمور (عدس، 2010)، كما أن استخدام لغة مهنية يعزز من مصداقية التقرير ويمنحه طابعاً رسمياً وموثوقاً بعيداً عن التعابير الشخصية أو الانطباعات غير الموضوعية مما يزيد من الالتزام بتنفيذ التوصيات المقترحة. (Hallahan & al., 2022, p. 227)، وفي هذا الإطار ينبغي على المرشد الاطلاع المستمر على المصطلحات المتوافقة مع المراجع العلمية الحديثة والممارسات المهنية المعتمدة المستخدمة في مجال التربية الخاصة والإرشاد النفسي واختيار المصطلح الدقيق المناسب للسياق دون حشو زائد لتسهيل قراءة التقرير وفهمه من قبل جميع الأطراف المعنية مع الحفاظ على ثبات المصطلحات عبر جميع أجزاء التقرير. والجدول التالي يوضح أمثلة عن بعض المصطلحات غير المناسبة:

جدول رقم 02 يوضح بعض المصطلحات غير المناسبة في كتابة التقارير التشخيصية

المصطلحات المناسبة	مصطلحات غير مناسبة	المجال
القدرة العامة - التفكير المجرد - الكفاءة المعرفية	ذكاء ضعيف - عقلية محدودة	الجانب العقلي
اضطراب القلق - تقلب المزاج - تكيف ضعيف	شخصية غير متزنة - عصبي	الجانب الانفعالي
مهارات التفاعل الاجتماعي - التوافق الاجتماعي	غير محبوب - منطوي	الجانب الاجتماعي
مستوى تحصيلي متوسط - صعوبات تعلم نوعية	فاشل دراسياً	التحصيل الدراسي

5- التوصيات والإجراءات في التقارير التشخيصية والتقييمية:

تعد التوصيات والإجراءات العملية من أهم عناصر التقارير التشخيصية والتقييمية، فهي الخطوة التطبيقية التي تربط بين مرحلة جمع البيانات والتحليل وبين التدخلات العملية، حيث تمكن الأخصائيين والمربين من تصميم برامج تعليمية وعلاجية متناسبة مع احتياجات الفرد. وبدون توصيات واضحة وقابلة للتنفيذ تظل نتائج التقييم مجرد بيانات نظرية لا تفيد في تحسين أداء الحالة أو تطوير مهاراتها، كما توضح التوصيات الجهات المسؤولة عن تنفيذ كل جزء من خطة التدخل (الأهل، المعلم، أو الأخصائيون) وتجعل من السهل مراقبة مدى تنفيذ الخطوات وتحقيق الأهداف وبالتالي تقييم فاعلية البرامج الخاصة (Corey, 2017).

ومن بين الشروط الواجب مراعاتها في تضمين التوصيات والإجراءات المناسبة يمكن ذكر (عدس، 2010):

- ✓ الربط بين البيانات والنتائج : يجب أن تنبع التوصيات مباشرة من نتائج التقرير التشخيصي أو التقييمي.
- ✓ تحديد الأولويات : ترتيب التدخلات حسب أهميتها وحاجة الفرد الماسة إليها.
- ✓ وضع إجراءات قابلة للتطبيق : كتعديل بيئة التعلم، تطبيق برامج علاجية، التدريب على المهارات الاجتماعية استخدام وسائل مساعدة....
- ✓ تحديد مؤشرات قياس للنجاح: وضع معايير قابلة للقياس لتقييم فعالية التوصيات مثل تقدم مستوى المهارة أو انخفاض السلوكيات غير المرغوبة.
- ✓ تقديم الجدول الزمني للتنفيذ: تحديد الوقت المناسب لكل خطوة أو تدخل لضمان متابعة مستمرة.
- ✓ تضمين اقتراحات بديلة : توفير حلول مرنة يمكن تعديلها وفق استجابة الحالة للتدخلات.

الماضرة السادسة : استراتيجيات وأساليب إرشاد الحالات الخاصة

تمهيد :

إرشاد الحالات الخاصة مجالاً مهماً من مجالات الإرشاد النفسي، ويهدف إلى مساعدة الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية أو الإعاقات الجسدية أو السلوكية على التكيف وتحقيق أقصى درجات النمو والاندماج الاجتماعي الممكنة. وتستلزم عملية الإرشاد استخدام أساليب علمية قائمة على فهم دقيق للفروق الفردية، وتخطيط أهداف قابلة للقياس، وتطبيق استراتيجيات مناسبة لكل حالة، بالإضافة إلى التعاون الفعال مع الأسرة، كونها البيئة الأولى والداعمة لعملية الإرشاد.

1- وضع أهداف إرشادية قابلة للقياس :

يعرف الهدف الإرشادي بأنه : "التغيير السلوكي أو الانفعالي أو المعرفي المتوقع أن يحققه المسترشد خلال فترة زمنية محددة، ويصاغ بصورة قابلة للقياس ليوجه عملية الإرشاد ويستخدم في تقييم فاعلية الخطة العلاجية " (القريوتي وآخرون، 2019، ص. 215) ، فصيغة الأهداف خطوة أساسية لضمان فعالية العملية الإرشادية. وتعتمد معظم مدارس الإرشاد الحديثة وفق ماير ودافيس (2019) Meier & Davis نموذج S.M.A.R.T. way لصياغة الأهداف وهو أحد أبرز النماذج المستخدمة في صياغة الأهداف الإرشادية (Counseling Goals) بطريقة منهجية قابلة للتطبيق والقياس، وقد اقترحه دوران (Doran, G. T. (1981) لأول مرة في مجال الإدارة عام 1981 ثم تم تبنيه في ميادين التربية والإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي لقدرته على تحويل الأهداف العامة إلى أهداف عملية قابلة للتنفيذ والمتابعة. حيث يجب أن تكون:

- ❖ محددة (Specific): يجب تحديد السلوك المراد تغييره بشكل واضح وتجنب استخدام العبارات العامة عبر توضيح السلوك المراد تغييره أو المهارة المستهدفة كزيادة قدرة الطفل على التعبير اللفظي باستخدام خمس جمل يومية.
- ❖ قابلة للقياس (Measurable): من خلال وضع مؤشرات كمية أو وصفية دقيقة مثل خفض نوبات السلوك العدواني بنسبة 30٪ خلال شهرين.
- ❖ قابلة للتحقيق (Achievable): يجب أن تتناسب مع مستوى قدرات الحالة.
- ❖ ذات صلة بحياة الفرد (Relevant): أن تتوافق مع احتياجات الحالة الواقعية.
- ❖ محددة زمنياً (Time-bound): تحديد فترة زمنية واضحة للمتابعة.

2- تحديد الاستراتيجيات المناسبة لكل حالة:

تختلف الاستراتيجيات التربوية والإرشادية بحسب طبيعة الحالة الخاصة، لكن هناك مبادئ عامة تحكم تصميم أي تدخل فعال بغض النظر عن نوع الإعاقة، فهذه الاستراتيجيات يجب أن تكون فردية، مرنة شاملة ومتعددة الأبعاد فما ينجح مع طفل ما قد يحتاج تعديلاً أو تغييراً مع طفل آخر، لذلك تظل المرونة والتقييم المستمر هما العاملان الرئيسيان في نجاح أي خطة تعليمية أو إرشادية. وفيما يلي أمثلة عن بعض أهم المبادئ:

1.2. **التقييم الفردي:** أي استراتيجية تبدأ بفهم شامل للفرد: قدراته، نقاط القوة، الصعوبات، نمط التعلم البيئة الأسرية والاجتماعية. هذا التقييم يوجه اختيار الاستراتيجية المناسبة دون الاعتماد على نمط ثابت لكل فئة.

2.2. **تكييف التعليم والبيئة:** يجب تعديل البيئة التعليمية أو الإرشادية لتكون متناسبة مع احتياجات الفرد ويمكن ذلك من خلال تعديل محتوى المناهج أو استخدام وسائل تعليمية متنوعة (بصرية، سمعية، حركية) مع تهيئة البيئة الصفية لتقليل العوامل المشتتة أو الضاغطة.

2.3. **الاستراتيجيات السلوكية والانفعالية:** يتم توظيف استراتيجيات تعزيز السلوك الإيجابي، وتقليل السلوكيات غير المرغوبة، وتدريب الفرد على تنظيم الانفعالات والتكيف مع المواقف الاجتماعية.

2.4. **التدخل متعدد التخصصات:** غالباً ما يتطلب العمل مع الحالات الخاصة تعاون الأسرة مع المدرسة والمختصين (معالجون نفسيون، نطق ولغة، علاج طبيعي، أخصائي تعديل سلوك)، لضمان تنسيق الاستراتيجيات وتكاملها.

2.5. **مرونة وتدرج الأهداف:** يتم تصميم الأهداف بشكل تدريجي ومرن، بحيث تتكيف مع تطور قدرات الفرد واستجابته للتدخل، مع استخدام استراتيجيات متابعة وتقييم مستمر.

2.6. **دعم الاستقلالية والمهارات الحياتية:** أي استراتيجية ناجحة تسعى إلى تعزيز مهارات الفرد في الاعتماد على الذات، اتخاذ القرار، وحل المشكلات اليومية، وليس الاكتفاء بتحصيل المعرفة الأكاديمية فقط.

2.7. **استخدام استراتيجيات تعليمية متنوعة:** والتي تعد عنصراً أساسياً في التدخل مع الحالات الخاصة لأنها تسمح بتكييف العملية التعليمية والإرشادية بما يتناسب مع قدرات كل فرد وخصائصه، وتنبع أهمية التنوع في الاستراتيجيات التعليمية من كون الأطفال يختلفون في أنماط التعلم: بصري، سمعي، حركي أو مختلط كما أن التنوع في الأنشطة التعليمية يحفز الاهتمام ويزيد من فرص التعلم النشط و يساعد في التعامل مع صعوبات الانتباه، التحفيز، أو التواصل، ومن بين تلك الاستراتيجيات التعليمية نذكر:

- ❖ التعلم التفاعلي (Active Learning): يتضمن استخدام الألعاب التعليمية، المحاكاة، والأنشطة العملية.
- ❖ التعلم بالممارسة (Experiential Learning): تعليم المهارات العملية من خلال تطبيقها مباشرة.
- ❖ التعلم التعاوني (Cooperative Learning): العمل في مجموعات صغيرة لتعزيز التفاعل الاجتماعي .
- ❖ استخدام التكنولوجيا المساعدة (Assistive Technology): (سندستها في محاضرة لاحقة)
- ❖ التعلم المرئي والسمعي (Multisensory Learning): توظيف الحواس لتسهيل عملية التعلم وفهم المفاهيم.

3- مراعاة الفروق الفردية:

تعد الفروق الفردية قاعدة إنسانية عامة ومبدأ من المبادئ الأساسية في علوم التربية وعلم النفس إذ تشير إلى الاختلافات الطبيعية بين الأفراد في القدرات العقلية، والسمات الشخصية، والخصائص الجسمية والميول، والمهارات. وهو ما يتطلب تصميم خطة إرشادية فردية مع المتابعة المستمرة وتعديلها حسب تطور الحالة وتجريب استراتيجيات مختلفة للوصول إلى الطريقة الأنسب. وفي التربية الخاصة تكتسب هذه الفروق أهمية مضاعفة لأنها تحدد مستوى الدعم المطلوب وكذا نوعية الخدمات التربوية والإرشادية اللازمة. حيث يشير نشواتي (2020) إلى أن فعالية البرامج تعتمد بشكل كبير على مراعاة الخصائص الفريدة لكل فرد وتكييف الاستراتيجيات وفق هذه الاختلافات وتشمل الفروق الفردية بين الحالات الخاصة ما يلي:

3-1- الفروق النمائية: حيث أن لكل فئة من فئات الإعاقة منحنى نمائي مختلف يؤثر في التطور المستقبلي والاحتياجات الإرشادية، حيث نجد مثلاً أن الأطفال ذوو الإعاقة السمعية غالباً ما يظهرون تأخرًا في النمو اللغوي مما ينعكس على فهم المشاعر والضبط الانفعالي فيما تتأثر المسارات الحركية مبكراً لدى حالات الشلل الدماغي مما يحد من خبرات الطفل الاستكشافية ويؤدي إلى تجزئة النمو المعرفي، أما ذوو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD فيظهر لديهم نمو نمطي، لكن بوتيرة غير متوازنة في مهارات التحكم التنفيذي وتنظيم الذات.

3-2- الفروق المعرفية: تشمل قدرات عقلية مثل الانتباه، الذاكرة، معالجة المعلومات والوظائف التنفيذية ويؤكد هالاهان وكوفمان (2018) أن هذه الفروق أساسية في تحديد ما إذا كانت الصعوبات التي يظهرها الفرد عامة أو خاصة، وتختلف الفئات الخاصة في قدراتها المعرفية الأساسية حيث تظهر لدى ذوي الإعاقة الذهنية صعوبات واضحة في الذاكرة العاملة، التجريد، ومعالجة المعلومات، وهو ما يتطلب من المرشدين استخدام استراتيجيات مبسطة وجزئية مع ضرورة تصميم خطط إرشادية تأخذ في الاعتبار طبيعة معالجة المعلومات لدى كل فئة (إبراهيم، 2010). أما ذوو اضطراب طيف التوحد فيظهرون فيتفوقون في المعالجة البصرية-المكانية مقابل ضعف المرونة المعرفية، وفي صعوبات التعلم تكون القدرة العقلية العامة طبيعية، لكن الخلل يكون في معالجة المعلومات اللفظية أو القراءة أو الذاكرة السمعية.

3-3- الفروق الانفعالية والسلوكية: تتضمن فروقا في خصائص كالاندفاعية، القلق، التهيج، الحساسية الانفعالية أو الانسحاب الاجتماعي، ويشير ربيع (2020) إلى أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة قد يطورون أنماطا سلوكية نتيجة الضغوط النفسية أو البيئية ما يتطلب تدخلا إرشاديا خاصا، وتختلف فئات الإعاقة في أنماطهم السلوكية وفي كيفية استجابتهم الانفعالية للمواقف، حيث يعاني الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا من القلق الاندفاعية، الغضب وصعوبة تنظيم الانفعالات، وهو ما يستدعي القيام بتدخلات سلوكية معرفية متخصصة وقد يظهر أطفال صعوبات التعلم تدني تقدير الذات والإحباط المتكرر بسبب التعثر الأكاديمي (الخطيب، 2012). فيما يظهر ذوو الإعاقات الجسدية تحديات متعلقة بصورة الجسد والهوية النفسية خاصة في المراهقة.

3-4- الفروق الحسية والحركية: تتجلى في اضطرابات التكامل الحسي أو ضعف القدرات الحركية الدقيقة أو الكبرى وتختلف من اضطرابات خفيفة إلى إعاقات جسدية شديدة، وقد تؤثر بشكل مباشر في التعلم والانخراط في البيئة الصفية، وتعد الفروق الحسية أهم ما يميز الحالات الخاصة، فالأطفال ذوو الإعاقة البصرية مثلا يعتمدون اعتمادا كبيرا على القنوات الحسية البديلة مثل اللمس والسمع، مما يوجه العمل الإرشادي نحو استخدام الوصف اللفظي وتدريب التوجيه والتنقل (حسين، 2016)، بينما قد يطور ذوو الإعاقة السمعية نمطا بصريا لتعويض نقص الإحساس السمعي، وبالتالي يعتمدون على اللغة الإشارية والتواصل البصري المباشر أما في الاضطرابات النمائية الشاملة فتظهر أنماط شديدة في الاستثارة الحسية كفرط الاستجابة للأصوات أو اللمس، أو طلب الإحساس المتكرر، وهي عوامل يجب مراعاتها في البيئة الإرشادية (Dunn, 2008).

3-5- الفروق الاجتماعية والتواصلية: يوضح سميث (2020) Smith أن هذه الفروق تشمل المبادرة الاجتماعية فهم الإشارات غير اللفظية، وتفسير سلوك الآخرين مما يؤثر مباشرة في التفاعل الاجتماعي. وهذه الفروق تؤثر في قدرة الطفل على بناء علاقات مع الآخرين، ولعل أبرز فئة يلاحظ عليها ذلك هي فئة اضطراب طيف التوحد والتي تظهر بشكل واضح صعوبات في قراءة الإشارات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي، كما قد يواجه الأطفال ذوو الإعاقة السمعية مشكلات تواصل بسبب ضعف الوصول إلى اللغة المنطوقة مما قد يؤدي إلى عزلة اجتماعية ما يوجه المرشد نحو استخدام برامج مهارات اجتماعية، وتعزيز العلاقات بين الطفل وبيئته (Heward, 2017).

3-6- الفروق التعليمية: وتشير إلى اختلاف طرق التعلم وأساليب معالجة المعلومات، ويؤكد كيرك وكلاغار (2019) Kirk & Gallagher أن بعض الطلاب يستجيبون للتعلم البصري، وآخرون للتعلم السمعي أو الحركي بينما يحتاج بعض ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة إلى الاعتماد على جداول بصرية. وتختلف الفئات الخاصة في قدرتها على التعلم، فالأطفال ذوو صعوبات القراءة يعانون من ضعف في الوعي الصوتي، والتعرف إلى الكلمات ومعالجة المفردات، فيما يواجه طفل فرط الحركة وتشتت الانتباه صعوبات في الانتباه المستمر، ما يؤدي عادة إلى تدني التحصيل الدراسي رغم القدرات العقلية الطبيعية أما ذوو الإعاقة العقلية فيحتاجون مناهج مبسطة تعتمد على المهارات العملية والوظيفية (Hallahan & Kauffman, 2019).

7-3- الفروق الصحية والوظيفية: ترتبط هذه الفروق بالحالة الجسدية والوظيفية للطفل، فبعض الإعاقات الجسمية تحتاج إلى خطط علاجية موازية للخطة الإرشادية، كما يحتاج الأطفال ذوو الإعاقات الحركية إلى بيئة مهيأة وأدوات مساعدة، مما يؤثر على قدرتهم على المشاركة.

8-3- الفروق في المهارات الحياتية: مثل العناية الذاتية، الاستقلالية، إدارة الوقت، وتنظيم السلوك. وهذا الجانب يعد أساسيا في تشخيص الإعاقة الذهنية وتصنيف مستويات الدعم.

4- إشراك الأسرة في العملية الإرشادية:

أصبح تعزيز البيئة الأسرية والاجتماعية للحالات الخاصة عنصرا مركزيا ضمن منظومة خدمات التربية الخاصة إذ لم تعد الجهود تقتصر على الطفل فقط، بل امتدت لتشمل الأسرة باعتبارها البيئة الأولى التي يعيش فيها الطفل، والإطار الأكثر تأثيرا على نموه المعرفي والانفعالي والاجتماعي، وكونها تواجه العديد من الضغوط مثل الصدمة، الإنكار، الشعور بالذنب، القلق والإرهاق النفسي والجسدي الناجم عن قلة المعلومات حول طبيعة المشكلة وعدم معرفة مصادر الخدمات المتاحة والخوف على مستقبل الطفل. إضافة إلى المشكلات السلوكية والصحية التي تستلزم يقظة مستمرة وأعباء مالية للرعاية والعلاج وضآلة الوقت لرعاية بقية الأبناء كما تواجه مشكلات تتعلق بالحد من الأنشطة الاجتماعية... وغيرها.

وفي هذا السياق برزت البرامج الموجهة للأسرة **Family Oriented Programs** بوصفها مكونا هاما في استراتيجيات التدخل المبكر والتي تقوم على اعتبار الأسرة عميلا بحاجة إلى الدعم أو وسيطا نشطا يشارك في تقديم الرعاية للطفل، لذلك تشمل الخدمات الإرشادية الموجهة إلى الأسرة أشكالاً مختلفة من الدعم الأسري **Family Support** (العاطفي والاجتماعي والاقتصادي...) بهدف تحسين نوعية حياة الأسرة وتعديل اتجاهاتها ومساعدتها على فهم حالة الطفل ومشكلاته وتقبله، وتحسين أنماط الاتصال والتفاعل المبكر بين الوالدين والطفل، وتهيئة بيئة منزلية مناسبة ومعززة لنموه الصحي المتكامل (الخطيب وآخرون، 2002) وتؤكد الأدبيات الحديثة في التربية الخاصة والإرشاد النفسي أن إشراك الأسرة في البرامج العلاجية والتعليمية يمثل ركنا أساسيا يحدد مدى نجاح التدخلات المقدمة للطفل سواء كانت تربوية، سلوكية، أو علاجية ويضمن استمرارية تطبيقها خارج الجلسات الرسمية.

المحاضرة السابعة: أساليب الإرشاد الفردي والجماعي للحالات الخاصة

تمهيد:

الإرشاد النفسي والتربوي يمثل أداة رئيسية لدعم الحالات الخاصة، حيث يهدف إلى تعزيز قدراتهم ومساعدتهم على مواجهة الصعوبات وتحقيق تكيف نفسي واجتماعي أفضل، ونظرا لتنوع الحالات الخاصة (الإعاقة الذهنية، الحركية، السمعية، البصرية، اضطراب التوحد، وصعوبات التعلم) يحتاج الإرشاد إلى تصميم استراتيجيات وتقنيات مرنة وشخصية لكل فرد أو مجموعة. وتهدف هذه المحاضرة إلى التعريف بمفهوم الإرشاد الفردي والجماعي للحالات الخاصة، توضيح أشكالها وأنواعها وإجراءاتها، وتقديم استراتيجيات وتقنيات عملية تسهم في دعم نمو الطفل وتطوير مهاراته.

1- الإرشاد الفردي:

الإرشاد الفردي هو عملية مهنية بين المرشد والمسترشد، ويعرفه **كوراي (2017) Corey** بأنه "تفاعل مهني قائم على العلاقة بين مرشد واحد ومسترشد واحد، يهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته وحل مشكلاته". ويعرفه **برامر وشوستروم (1997) Brammer & Shostrom** بأنه: "إرشاد يتم بين المرشد ومسترشد واحد وجهها لوجه في كل مقابلة. وتعتمد فاعليته أساسا على العلاقة الإرشادية المهنية بين الطرفين، وهي علاقة مخططة ومضبوطة تتم في إطار الواقع، وفي ضوء الأعراض، ووفق خصائص الشخصية ومظاهر النمو". كما تعرفه **الجمعية الأمريكية للإرشاد (ACA, 2014)** بأنه "علاقة مهنية قائمة على السرية والثقة، يقدم فيها المرشد الدعم للفرد لمواجهة تحدياته وتحقيق أهدافه الشخصية والمهنية".

ويعد الإرشاد الفردي أعلى درجات العمل الإرشادي وأكثرها تخصصا، كما يستخدم عادة مع الحالات التي تتسم بالحساسية الشديدة، وخاصة تلك التي يصعب التعامل معها بفعالية ضمن الإرشاد الجماعي مثل اضطرابات مفهوم الذات العميقة و المشكلات المرتبطة بالانحرافات أو الصراعات الانفعالية الخاصة والاضطرابات الشخصية أو تلك الحالات التي تتطلب سرية عالية. فهو يقوم عادة بعدد من الوظائف الهامة مثل تبادل المعلومات المتعلقة بجوانب المشكلة وتاريخ الحالة وإمكانات الدعم المتاحة، ثم مساعدة المسترشد على فهم مشكلته والعوامل المؤثرة فيها واحتياجاته النفسية والسلوكية وبناء علاقة مهنية داعمة ومحفزة اتجاه التغيير عبر تقديم الدعم النفسي والاجتماعي وتعزيز المهارات الاجتماعية والمعرفية لتحقيق التكيف والاستقلالية.

ويتضمن الإرشاد الفردي سلسلة من الخطوات المهنية لخصها كوراي (Corey, 2017) فيما يأتي:

- ❖ **المقابلة الأولية:** هي نقطة البداية، يتم فيها استقبال المسترشد وبناء العلاقة المهنية وشرح قواعد السرية وتحديد المشكلة كما يراها المسترشد
- ❖ **جمع المعلومات:** حيث تجمع بيانات شاملة باستخدام المقابلة، والملاحظة، والسجلات، والاختبارات النفسية عند الحاجة.
- ❖ **التشخيص الأولي وتحديد المشكلة:** تحليل المعلومات لتحديد طبيعة المشكلة وأسبابها والعوامل المؤثرة فيها ثم إعادة صياغتها بالتشارك مع المسترشد.
- ❖ **وضع الخطة الإرشادية:** تحديد أهداف الجلسات، زمنها، الأساليب العلاجية المستخدمة والتزامات الطرفين.
- ❖ **تنفيذ الجلسات الإرشادية:** تطبيق أساليب كالاستماع الفعال، إعادة البناء المعرفي، التدريب على المهارات تحليل السلوك... إلخ.
- ❖ **التقويم المستمر:** قياس التقدم في كل جلسة وإعادة تعديل الخطة عند الحاجة.
- ❖ **إنهاء العملية الإرشادية:** إنهاء منظم يشمل تلخيص التقدم وتعزيز الاستقلالية ووضع خطة تعزيز.
- ❖ **المتابعة:** الاتصال اللاحق بالمسترشد لضمان استمرار التحسن ومعالجة المشكلات المستجدة.

2- الإرشاد الجماعي:

الإرشاد الجماعي هو عملية إرشادية مهنية حيث يتم العمل على القضايا الفردية ضمن إطار جماعي بحيث يستفيد كل عضو من التفاعل مع الآخرين ، ويعتبر كوراي (Corey 2017) بأن الإرشاد الجماعي "هو استخدام المجموعة كوسيلة لتقديم الدعم النفسي، مشاركة الخبرات، وتطوير مهارات التكيف الاجتماعي والمعرفي لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة" كما وصفه غيبسون وميتشل (Gibson & Mitchell 2012) بأنه "عبارة عن جلسات منظمة لمجموعة صغيرة من الأفراد، يتم فيها معالجة المشكلات الفردية والجماعية وتطوير مهارات اجتماعية وتعليمية ضمن بيئة داعمة".

ويقوم الإرشاد الجماعي على عدد من الأسس النفسية والاجتماعية، إذ يعد الإنسان بطبيعته كائنًا اجتماعيًا يحتاج إلى إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية داخل إطار جماعي، كالحاجة إلى الأمن والنجاح والاعتراف والتقدير والمكانة والانتفاء وتحمل المسؤولية والحب، كما تتحكم المعايير الاجتماعية في تنظيم الأدوار داخل الجماعة فتؤثر في سلوك الفرد من خلال الضغوط الاجتماعية ونظام التوقعات المشتركة. إذ يعيش الفرد ضمن بيئة تعتمد بدرجة كبرى على العمل التعاوني مما يتطلب اكتساب مهارات تفاعل اجتماعي وإدارة العلاقات الاجتماعية.

- ومن أهم مميزات الإرشاد النفسي الجماعي عند العمل مع الحالات الخاصة ذكر كوراي (Corey, 2017) :
- ❖ تعزيز الشعور بالانتماء وتقليل العزلة الاجتماعية: كثير من الأفراد ذوي الحالات الخاصة يعانون نوعاً من الإقصاء الاجتماعي أو محدودية التفاعل مع الآخرين. لذا يوفر الإرشاد الجماعي بيئة يشعرون فيها بأنهم جزء من جماعة تتفهم تجاربهم، مما يخفف الشعور بالعزلة ويرفع مستوى التقبل الذاتي.
 - ❖ تخفيف الوصمة المرتبطة بالإعاقة: عندما يرى المسترشد أن زملاءه الآخرين لديهم تحديات مشابهة يقل الشعور بالوصمة أو الخجل المرتبط بالإعاقة (الجسمية، الحسية، العقلية أو الاضطرابات السلوكية). وهذا الإدراك يعزز تقدير الذات ويحرك الدافعية نحو التكيف الإيجابي.
 - ❖ تنمية المهارات الاجتماعية المناسبة لنوع الإعاقة: يساعد الإرشاد الجماعي على تدريب الحالات الخاصة على مهارات محددة مثل التواصل، الاستماع، إدارة الانفعالات، حل المشكلات، والتفاعل الاجتماعي، وهو أمر هام خاصة لذوي الاضطرابات السلوكية واضطراب طيف التوحد واضطرابات التعلم.
 - ❖ تعديل السلوك من خلال النمذجة: يشاهد الفرد سلوكيات إيجابية صادرة عن أعضاء آخرين فيتعلم من خلال الملاحظة والمحاكاة ، وهذه الاستراتيجية فعالة جداً مع ذوي صعوبات التعلم واضطرابات السلوك.
 - ❖ إتاحة الفرصة للتعبير الانفعالي بطريقة آمنة: يحتاج العديد من ذوي الإعاقات أو الاضطرابات الانفعالية إلى بيئة تسمح لهم بالتنفيس الانفعالي دون حكم، فالإرشاد الجماعي يتيح ذلك في إطار من الدعم والتقبل.
 - ❖ تعلم استراتيجيات التكيف من تجارب الآخرين: يمكن أن يستفيد الأفراد ذوو الإعاقات المختلفة من الطرق التي يستخدمها الآخرون في مواجهة التحديات اليومية (كالدراسة، إدارة الضغوط، التعامل مع الألم أو القلق...).
 - ❖ تعزيز الدافعية نحو التغيير: رؤية أعضاء في الجماعة يحققون تقدماً رغم إعاقاتهم أو تحدياتهم يعطي رسالة قوية بأن التغيير ممكن، ويزيد الحافز الداخلي للمشاركة وتبني سلوكيات جديدة.
 - ❖ تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية وقوة الذات: المشاركة الناجحة في التفاعل الجماعي تزيد ثقة الفرد بنفسه وبقدراته، خاصة لمن لديهم تاريخ من الفشل الأكاديمي أو التوتر الاجتماعي.
 - ❖ توفير بيئة علاجية واقعية: الجماعة تمثل "مجتمعاً مصغراً"، مما يتيح الفرصة للتعامل مع مشكلات حقيقية في التفاعل الاجتماعي ضمن بيئة مسيطر عليها وتحت إشراف المرشد.
 - ❖ الفعالية في الجهد والوقت للمرشد: العمل الجماعي يسمح للمرشد النفسي بخدمة عدد أكبر من الحالات الخاصة ضمن جلسة واحدة، دون التأثير على جودة التدخل.

ويتضمن الإرشاد الجماعي جملة من المراحل لخصها كوراي (Corey, 2017) فيما يأتي:

❖ **مرحلة التكوين (Initial Stage):** ويصفها كوراي بأنها مرحلة بناء الثقة وتوضيح الأهداف، حيث يبدأ المرشد بتشكيل المجموعة وفق احتياجات مشتركة لدى الحالات الخاصة، سواء كانت إعاقات حسية أو اضطرابات نمائية أو مشكلات سلوكية. وتعد هذه المرحلة حساسة لأن الأعضاء قد يشعرون بالتردد والخوف من الوصم أو الفشل إضافة إلى القلق من مشاركة تجاربهم الشخصية. لذلك يحرص المرشد على تعريفهم بطبيعة الإرشاد الجماعي وأهدافه وخلق بيئة آمنة تراعي احتياجاتهم الانفعالية والمعرفية. كما يقوم بتحديد قواعد واضحة للمجموعة والعمل على تشجيع التفاعل الأولي، وإعطاء الأعضاء فرصة للتعبير عن توقعاتهم والصعوبات التي يواجهونها في المدرسة أو العمل أو في التفاعلات الاجتماعية، إلى أن يصبحوا أكثر استعداداً للانخراط في العملية الإرشادية وبناء علاقة جماعية قائمة على الثقة والدعم المتبادل.

❖ **مرحلة الانتقال (Transition Stage):** وفي هذه المرحلة تبدأ المجموعة في مواجهة التوترات والانفعالات التي ترافق الانتقال من التعارف السطحي إلى الانخراط الحقيقي، حيث تظهر مظاهر المقاومة والتردد في الثقة بالمرشد أو بالأعضاء، إضافة إلى بروز بعض الانفعالات المكبوتة مثل الغضب والحزن والصدمة. ويزداد هذا التوتر لدى ذوي الاحتياجات الخاصة بسبب الخبرات السابقة المرتبطة بالوصم الاجتماعي أو الفشل أو التقييم المستمر كما تظهر صراعات داخلية بين الانفتاح والخوف من الحكم، خاصة وأن موضوعات المجموعة قد تكون مؤلمة مثل الشعور بالذنب، القلق من المستقبل، الصعوبات السلوكية والأعباء المرتبطة بالإعاقة. وفي هذه المرحلة قد يعاني بعض الأعضاء من صعوبة التعبير اللفظي أو الخوف من تقييم الأقران أو التردد في كشف نقاط الضعف وهنا تتمثل مهمة المرشد في مساعدة الأعضاء على تجاوز التوتر، وتطبيع المشاعر، وتعزيز الثقة بالنفس وتشجيعهم على التدرج في مشاركة تجاربهم، وبناء بيئة داعمة تخفف القلق المرتبط بالفروق الفردية والإعاقة. وتهدف هذه المرحلة تجاوز الحواجز النفسية والاجتماعية التي تعيق الاندماج والمشاركة الفعلية في العمل الجماعي.

❖ **مرحلة العمل (Working Stage):** اعتبرها كوراي المرحلة المحورية في الإرشاد الجماعي، حيث يبدأ التغيير الحقيقي بالظهور ويصبح الأعضاء خلالها أكثر انفتاحاً وقدرة على التعبير وتزداد الثقة المتبادلة بينهم وبين المرشد. وهنا يقدم المشاركون تغذية راجعة صادقة ويعملون على تطوير مهارات جديدة مرتبطة بتحدياتهم اليومية مما يساهم في رفع مستوى التماسك والدعم داخل المجموعة. كما يتفاعل المشاركون بعمق مع مشكلاتهم ويتم التركيز على تنمية مهارات حياتية وسلوكية تتناسب مع طبيعة الإعاقة أو الاضطراب الذي يعانون منه مثل مهارات التكيف وتنظيم الانفعال والتواصل وضبط السلوك والتعامل مع الصعوبات المدرسية أو المهنية. ويعد الدعم المتبادل عنصراً أساسياً في هذه المرحلة إذ يخفف الشعور بالعزلة ويعزز الثقة بالنفس وتقدير الذات مما يجعل العملية الإرشادية أكثر عمقا وأقرب إلى تحقيق أهدافها.

❖ مرحلة الإنهاء (Final Stage) : تتضمن مراجعة الخبرات وتعزيز ما تم اكتسابه ووضع خطط للمستقبل ويعمل المرشد على إنهاء الجلسات بشكل تدريجي ومساعدة الأعضاء على تقبل مشاعر الاستقلال عن المجموعة. وفي هذه المرحلة يتم تلخيص التقدم الذي حققه كل مشارك وتثبيت المهارات المكتسبة ومناقشة طرق تطبيقها في الواقع. كما قد يواجه بعض الأعضاء مشاعر الحزن أو الخوف من فقدان الدعم الجماعي، فيساعدهم المرشد على وضع خطط متابعة فردية وتحديد موارد دعم مستقبلية، وتختتم العملية ببناء تصور إيجابي لدى الأفراد حول قدراتهم وإمكاناتهم وتعزيز شعورهم بالاستقلالية.

3- الأساليب الإرشادية مع الحالات الخاصة؛

يتطلب الإرشاد مع الأفراد ذوي الحالات الخاصة استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب التي تتكيف مع احتياجاتهم النفسية والسلوكية والمعرفية، وتهدف هذه الأساليب إلى تعزيز التكيف، تطوير المهارات الاجتماعية والشخصية، ودعم الأسرة والمدرسة في مواجهة التحديات ، وفيما يلي بعض أهم تلك الأساليب:

1-3- المقابلة الإرشادية (Counseling Interview)؛

تعد المقابلات الإرشادية الأساس البنائي لعملية الإرشاد النفسي، وهي الأسلوب المهني الذي يتيح للمرشد جمع المعلومات وفهم المشكلة وبناء العلاقة العلاجية مع الفرد ذو الاحتياجات الخاصة. وتعرف المقابلة الإرشادية بأنها "تفاعل مهني منظم بين المرشد والمسترشد بهدف الفهم والتشخيص واتخاذ القرارات العلاجية المناسبة" (Corey, 2017) ، وتمثل المقابلة نقطة الانطلاق في العمل الإرشادي لأنها توفر فهما أوليا لطبيعة الحالة وخلفيتها الأسرية، ومستوى المهارات، والعوامل المؤثرة في سلوكها.

وتتميز المقابلات مع الحالات الخاصة بضرورة تكيف أسلوب التواصل بما يتناسب مع قدرات المسترشد فقد تتضمن استخدام وسائل بصرية مع ذوي طيف التوحد أو لغة الإشارة مع ذوي الإعاقة السمعية، أو التبسيط اللغوي والتكرار مع الإعاقة الذهنية، إضافة إلى الاعتماد على مصادر معلومات إضافية مثل الأسرة والمعلمين. وتشمل المقابلة عادة عددا من المهارات المهنية مثل: الاستماع الفعال، طرح الأسئلة المفتوحة، عكس المشاعر الملاحظة السلوكية، واستخدام تقنيات تخفيف التوتر لبناء علاقة آمنة. وتعد المقابلات الإرشادية مع هذه الفئة أداة حساسة تتطلب مهنية عالية وصبرا وتقبلا واحتراما لخصوصية كل حالة، لأنها تسهم في الكشف الدقيق عن طبيعة الاحتياجات وبناء استراتيجيات تدخل فعالة تراعي الفروق الفردية وتعزز التكيف النفسي والاجتماعي (Brammer & Shostrom, 1997).

وتتم المقابلة بعدة مراحل أساسية:

- ❖ التهيئة وبناء العلاقة : خلق جو آمن وغير مهدد وتعريف المسترشد بقواعد السرية والإجراءات.
- ❖ جمع المعلومات : معرفة المشكلة، ظروف ظهورها، العوامل المرافقة والسياق الأسري والتعليمي.
- ❖ التحليل والتشخيص الأولي : تنظيم البيانات وفهم أنماط التفكير والسلوك والانفعال.
- ❖ التخطيط المبدئي للتدخل : وضع تصور أولي لأهداف الإرشاد وفق قدرات الحالة.
- ❖ الإنهاء والمتابعة : تلخيص ما تم التوصل إليه وتحديد خطوات الجلسات القادمة.

2-3- العلاج باللعب (Play Therapy) :

يعد العلاج باللعب واحدا من بين أكثر الأساليب الإرشادية انتشارا وفعالية في العمل مع الأطفال بصورة عامة والحالات الخاصة تحديدا الذين يواجهون صعوبات في التعبير اللفظي، أو يعانون من مشكلات سلوكية وانفعالية ناتجة عن الإعاقة أو ظروف النمو. وتستند فلسفة هذا الأسلوب الإرشادي إلى أن اللعب هو اللغة الطبيعية للطفل والوسيلة التي يعبر من خلالها عن مشاعره ودوافعه ومخاوفه وصراعاته، كما أنه البيئة الأكثر أمانا التي تتيح له إعادة بناء خبراته والتعبير عن ذاته بصورة تلقائية (السرطاوي، 2018)، ويشير الباحثون إلى أن العلاج باللعب يُمكن الطفل من تفرغ انفعالاته وتعديل سلوكه وتنمية مهاراته الاجتماعية في سياق رمزي مقارب للواقع لكنه لا يحمل تهديداته، مما يجعله مناسباً للأطفال ذوي الإعاقات العقلية البسيطة، أو اضطرابات طيف التوحد أو الاضطرابات السلوكية والانفعالية، أو الإعاقات الحسية التي قد تحد من قدرتهم على التواصل اللفظي المباشر (Landreth, 2012)، كما يمكن أن يستخدم اللعب كذلك كأداة تشخيصية تساعد المرشد أو الأخصائي النفسي على فهم ديناميات الشخصية وطرق التفاعل التي يتبناها الطفل. فالطفل ذو الحالة الخاصة يحتاج إلى مساحة يشعر فيها بالتحكم وتوجيه الموقف، وهو ما يوفره اللعب العلاجي القائم على مبدأ قيادة الطفل للجلسة وفق نموذج أكسلين (Axline 1969) الذي يراعي الإيقاع الداخلي للطفل ويمنحه حرية التعبير.

يتضمن العلاج باللعب مجموعة متنوعة من التقنيات تتناسب مع طبيعة الحالة الخاصة، فالأساليب الموجهة تستخدم في كثير من الأحيان مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية واضحة أو ضعف القدرة على المبادرة مثل بعض حالات الإعاقة العقلية، بينما تكون الأساليب غير الموجهة أكثر فاعلية مع حالات الأطفال القادرين على التعبير الرمزي الذاتي (كحالات القلق أو اضطرابات التكيف). كما تستخدم تقنيات مثل الدراما لعب الأدوار والسرد القصصي العلاجي واللعب بالرمل واللعب الحسي، وكلها أدوات تسمح لذوي الإعاقة البصرية أو السمعية أو الحركية بتحقيق تواصل بديل يراعي قدراتهم، إذ تساعد الإجراءات الرمزية على تقليل السلوك العدواني وتنمية مهارات الضبط الانفعالي وزيادة القدرة على احترام الذات. وقد ثبت أن ذوي اضطرابات طيف التوحد يستجيبون بفعالية لتقنيات اللعب القائمة على التفاعل المشترك التي تعزز التواصل الاجتماعي والانتباه المشترك كما يقدم اللعب فرصة لتدريب ذوي الإعاقات الحركية على مهارات التناسق الحركي وتحسين التفاعل.

وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن العلاج باللعب يقلل التوتر الأسري، إذ يتيح للمرشد تقديم تغذية راجعة للوالدين حول أنماط السلوك التي يظهرها الطفل خلال اللعب، ويساعدهما على فهم احتياجاته الانفعالية ويمكن إشراك الوالدين في جلسات اللعب المنظم لتعزيز الاستمرارية والاستقرار ودعم التقدم العلاجي (العميرة، 2019).

3-3- العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) :

يعتبر هذا الأسلوب الإرشادي من بين أكثر الأساليب الإرشادية استخداماً وفعالية مع ذوي الاحتياجات الخاصة لأنه يعمل على تعديل التفكير والسلوك والانفعال عبر ربطها ببعضها، حيث يؤدي تغيير أحدها إلى تحسين البقية ويرتكز على أن الاضطرابات الانفعالية تنبع من تشوهات معرفية وأن تغيير الأفكار يقود إلى تغيير المشاعر والسلوك وأن التعلم الجديد يمكن أن يحل محل الأنماط غير التكيفية (Kendall, 2012) وقد أثبتت الأبحاث الحديثة إمكانية تطبيق هذه المبادئ مع مختلف فئات الإعاقة مع ضرورة تكيفها تبعاً لقدراتهم العقلية واللغوية والحسية حيث يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى تخفيف الأفكار السلبية التي تزيد من مظاهر القلق والإحباط لدى الطفل ورفع المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعل، إضافة إلى تعزيز الضبط الانفعالي وإدارة الغضب وتنمية تقدير الذات. كما يساعد هذا الأسلوب المسترشد على اكتساب مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار، وهي أهداف قابلة للتحقيق إذا تم تقديمها بأساليب مبسطة وبالاعتماد على جلسات قصيرة، مما يجعلها مناسبة للحالات التي تعاني من ضعف الانتباه أو بطء التعلم، كما أن العلاج السلوكي المعرفي قابل للتكيف حيث يتم تعديل إجراءاته وفق طبيعة الإعاقة، فمع الإعاقة الذهنية يتم الاعتماد على الجمل القصيرة والنمذجة والتكرار، ومع اضطراب طيف التوحد توظف الجداول البصرية والتركيز على مهارات التواصل. أما الإعاقة السمعية فتتطلب لغة الإشارة ومواد بصرية، في حين تعتمد الإعاقة البصرية على الشرح السمعي والقصص، ومع الاضطرابات السلوكية يركز على إدارة الغضب والضبط الذاتي وحل المشكلات.

ويمر العلاج السلوكي المعرفي بمجموعة من المراحل لخصها عبد الستار إبراهيم (2019) في :

- ❖ التقييم الشامل: تعد هذه المرحلة الخطوة الأولى في العلاج، حيث يجمع المرشد بيانات دقيقة عن الحالة من خلال المقابلات، والملاحظة السلوكية، والاختبارات النفسية المناسبة للحالات الخاصة، ويتم تحليل السلوك وفق نموذج (A-B-C) لتحديد المثيرات والنتائج، مما يساعد على فهم جذور المشكلة وبناء خطة علاجية واقعية.
- ❖ بناء العلاقة العلاجية وتحديد الأهداف: يتم التركيز في هذه المرحلة على تأسيس علاقة تقوم على الثقة والاحترام وهو أمر أساسي للحالات الخاصة بسبب حساسيتهم الانفعالية. وبعد بناء العلاقة، يتم الاتفاق على أهداف واضحة قابلة للقياس، إضافة إلى توضيح خطوات العلاج ودور المستفيد أو أسرته في تنفيذه لضمان مشاركتهم الفعلية في العملية العلاجية.

- ❖ تعديل الأفكار المعرفية: تهدف هذه المرحلة إلى مساعدة الفرد على التعرف إلى أفكاره التلقائية والمعتقدات غير الدقيقة التي تؤثر في مشاعره وسلوكه. ويستخدم فيها أسلوب اختبار الأدلة لإعادة تقييم هذه الأفكار ثم استبدالها بتفسيرات واقعية وأكثر توازناً، وهو ما ينعكس إيجابياً على السلوك والانفعالات.
- ❖ التدخلات السلوكية: تتضمن هذه المرحلة مجموعة من الأساليب العملية التي تعزز السلوكيات التكيفية وتقلل غير المرغوب منها، مثل التعريض المتدرج للمثيرات المثيرة للقلق، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتنمية مهارات حل المشكلات، بالإضافة إلى التعزيز وتشكيل السلوك. كما تُستخدم الواجبات المنزلية لتطبيق ما تعلمه الفرد خارج الجلسات.
- ❖ التثبيت والوقاية من الانتكاس: يعمل المرشد في هذه المرحلة على ترسيخ المهارات والأفكار الجديدة التي اكتسبها الفرد، مع تدريبه على مواجهة الضغوط المحتملة بطريقة فعالة. ويتم كذلك وضع خطط للتعامل مع المواقف الصعبة، مع تخفيف عدد الجلسات تدريجياً لضمان أن الفرد قادر على الاستمرار في تطبيق المهارات دون اعتماد مباشر على المعالج.
- ❖ المتابعة: تتضمن هذه المرحلة تواصلًا دوريًا بعد انتهاء العلاج بهدف التأكد من استقرار النتائج والمحافظة على التحسن. وتشمل المتابعة تقييم مدى تطبيق المهارات، وعلاج أي بوادر لعودة السلوك أو الأفكار السابقة إضافة إلى دعم الفرد في مواجهة مواقف جديدة قد تظهر لاحقاً.

4-3- التدريب على المهارات الاجتماعية (Social Skills Training) :

يمثل التدريب على المهارات الاجتماعية كذلك أحد أهم التدخلات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ويسعى إلى تنمية القدرة على التفاعل الإيجابي، وفهم الإشارات الاجتماعية، وتكوين العلاقات، وضبط الانفعالات. وترتكز هذه العملية على افتراض أن السلوك الاجتماعي مهارة يمكن تعليمها وتعزيزها من خلال النمذجة والتقليد والتغذية الراجعة، والممارسة الموجهة (Gresham, 2016) ، وتؤكد الدراسات أن ضعف المهارات الاجتماعية يمثل عاملاً مشتركاً لدى فئات عدة من الحالات الخاصة مثل اضطراب طيف التوحد واضطرابات السلوك وصعوبات التعلم والإعاقة الذهنية، مما يجعل التدريب الاجتماعي ضرورة لتعزيز التكيف المدرسي والأسري.

ويتم تكيف هذا التدخل حسب طبيعة الإعاقة، فمع حالات اضطراب طيف التوحد يستخدم الدعم البصري والقصص الاجتماعية، ومع الإعاقة السمعية توظف لغة الإشارة والتمثيل الحركي، ومع الإعاقة الذهنية يعتمد التدريب على التكرار والتبسيط، أما ذوو الاضطرابات السلوكية فيركز التدريب على ضبط الانفعالي وإدارة الغضب. ويعد دعم الأسرة والمدرسة عاملاً حاسماً في نجاح التدريب، إذ تساهمان في تعزيز السلوك الاجتماعي وتعميمه في مواقف متعددة (Merrell & Gimpel, 2014) .

تتمثل بداية التدريب في تحديد المهارات التي يحتاجها الفرد فعليا بناء على تقييم أدائه الاجتماعي في مواقف حقيقية ويتم اختيار المهارات حسب أهميتها لحياته اليومية ، حيث يساعد هذا التحديد على تركيز البرنامج وضمان فعاليته تلي ذلك مجموعة من الخطوات لخصها بيلاك و هيرسن (2013) Bellack & Hersen في :

❖ **النمذجة (Modeling) :** وهي الخطوة المركزية في تدريب المهارات، حيث يقوم المرشد بعرض السلوك الاجتماعي الصحيح أمام المتعلم الذي يشاهد كيفية أداء المهارة خطوة بخطوة، سواء من خلال أداء مباشر أو فيديو هات تدريبية مما يساعده على بناء صورة واضحة عن السلوك المراد تعلمه ويقلل الغموض.

❖ **لعب الأدوار (Role-Playing) :** بعد مشاهدة النموذج، يطلب من الطفل إعادة أداء المهارة من خلال لعب الأدوار حيث يصمم موقف اجتماعي واقعي (كالتحية أو طلب المساعدة)، ويؤدي الطفل السلوك المستهدف داخل الجلسة ويسمح لعب الأدوار للمتعلم بالتجربة العملية وتجاوز الخجل واكتساب الثقة في الأداء الاجتماعي.

❖ **التغذية الراجعة (Feedback) :** تقدم للطفل تغذية راجعة مباشرة بعد لعب دوره، وتشمل ملاحظات دقيقة على أدائه بشكل جيد، وما يحتاج إلى تحسين، ويؤكد بيلاك و هيرسن أن التغذية الراجعة الفورية هي من أهم عوامل نجاح التدريب لأنها تصحح الأخطاء في وقتها وتوجه المتعلم نحو الأداء الأمثل.

❖ **التعزيز (Reinforcement) :** يعزز الأداء الجيد للمهارة من خلال المدح أو الثناء أو تعزيزات سلوكية أخرى وفق احتياجات الطفل مما يساعد في تحسين الدافعية وتكرار السلوك الصحيح.

❖ **التدريب المتكرر والمكثف (Repeated and Intensive Practice) :** يتطلب الأمر إعادة التدريب على المهارة داخل الجلسات بشكل متكرر للعمل على تثبيتها وتحويلها إلى عادة تلقائية، حيث يتدرج التدريب من المواقف السهلة إلى الأكثر تعقيدا، حتى يكتسب الطفل القدرة على الأداء بثبات في مواقف مختلفة.

❖ **التعميم (Generalization) :** وهو من أهم الخطوات، إذ يتم تدريب الفرد على استخدام المهارة خارج الجلسة في الحياة اليومية. قد يُطلب منه وضع المهارة موضع التطبيق في المدرسة أو العمل أو الأسرة، ثم العودة لمناقشة النتائج. الهدف هو التأكد من انتقال المهارة من بيئة التدريب إلى السياقات الطبيعية.

❖ **التقييم والمتابعة (Evaluation and Follow-up) :** في نهاية البرنامج يقيم المرشد التغيير في أداء الطفل من خلال الملاحظة واستخدام مقاييس للمهارات الاجتماعية أو تقارير الأسرة والمعلمين. ثم تحدد جلسات متابعة للتأكد من استمرارية استخدام المهارة، ومعالجة أي صعوبات تظهر لاحقا.

5-3- الإرشاد بالقصص (Story-based Counseling / Social Stories) :

أحد الأساليب الفعالة مع الأفراد ذوي الحالات الخاصة، ويستخدم غالبا مع حالات الإعاقات الذهنية والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أو صعوبات التعلم، ويعتمد هذا الأسلوب على سرد القصص الاجتماعية التي تساعد المسترشد على فهم المواقف الاجتماعية والتوقعات السلوكية. حيث تساعد القصص على تقليل القلق

وتعزيز السلوكيات المناسبة وطرق التعامل مع المشاعر بطريقة مبسطة. ويمكن تكييفها باستخدام الصور والرموز والوسائل البصرية لتعزيز الفهم، خاصة مع الأطفال الذين يعانون صعوبات لغوية أو نمائية (O'Neill, 2012) ويهدف ذلك إلى تمكين الطفل من فهم المواقف الاجتماعية المختلفة والتعرف على العواقب المحتملة للسلوك وإلى تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي بطريقة عملية وآمنة. مما يساعد على تعزيز القدرة على اتخاذ القرارات وإدارة الانفعالات وتعلم سلوكيات جديدة بطريقة تدريجية وممتعة، مما يدعم التكيف النفسي والاجتماعي للطفل. كما يعتمد هذا الأسلوب على عدد من المبادئ الأساسية، أبرزها استخدام لغة مبسطة ووضوح في عرض الأحداث وربط المواقف بالشخصيات التي تتصرف بطريقة مشابهة للطفل، وتكرار القصص لتسهيل التذكر والتطبيق.

يتمر الإرشاد بالقصص بعدة مراحل، تبدأ بتحديد الهدف من القصة وتكييفها بحسب مستوى الطفل واحتياجاته ثم عرض القصة مع توضيح المواقف والسلوكيات المتوقعة، يلي ذلك مناقشة الأحداث مع الطفل واستخدام أسئلة توجيهية لتطبيق المواقف على حياته اليومية. وفي المرحلة الأخيرة يتم تشجيع الطفل على ممارسة السلوكيات الملائمة، مع تقديم تغذية راجعة وتعزيز إيجابي لتعزيز التعلم (Gray, 2010).

ويمكن تكييف الإرشاد بالقصص حسب نوع الإعاقة، فعند التعامل مع طفل ذو اضطراب طيف التوحد يفضل استخدام قصص قصيرة مدعمة بالصور والرموز، بينما مع حالات الإعاقة الذهنية يمكن تبسيط اللغة وإضافة رسوم توضيحية، ومع صعوبات التعلم يتم التركيز على ربط القصة بالحياة الواقعية والتجارب اليومية كما يمكن الدمج بين الإرشاد بالقصص وأساليب أخرى مثل العلاج باللعب أو التدريب على المهارات الاجتماعية لتعزيز النتائج. وهنا ينبغي التأكيد على أن الأسرة والمدرسة تلعبان دوراً محورياً في نجاح أسلوب الإرشاد بالقصص، حيث تساهم في تعليم الطفل تطبيق ما تعلمه في المنزل والمدرسة، وتشجعان على ممارسة السلوكيات الجديدة كما تقدم دعماً مستمراً لتعزيز التعلم والتكيف الاجتماعي للطفل.

3-6- الإرشاد بالفن (Art Therapy) :

يمثل الإرشاد بالفن أيضاً واحداً من الأساليب العلاجية والإرشادية الفعالة مع الأفراد ذوي الحالات الخاصة إذ يوفر وسيلة للتعبير عن المشاعر والصراعات النفسية من خلال الرسم والتلوين والنحت والمواد الحسية الأخرى ويستند هذا الأسلوب إلى فكرة أن التعبير غير اللفظي يمكن أن يكون أكثر فعالية مع بعض الأطفال والبالغين الذين يواجهون صعوبة في التعبير بالكلمات، فهو يساعد على تمكين المسترشد على فهم ذاته والتعبير عن مشاعره والتعرف على المخاوف والقلق وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي، كما يساعد على تحسين التواصل مع الآخرين وتقليل التوتر وزيادة الثقة بالنفس، إذ تتيح الأنشطة الفنية فرصة لتجربة المشاعر ومواجهتها بطريقة آمنة وبناءة عبر الرسم، التلوين، النحت أو المواد الحسية الأخرى، كما أنه مناسب للأطفال الذين يعانون أشكالاً من الصدمات أو الاضطرابات السلوكية (Malchiodi, 2012).

ويعتمد هذا الأسلوب على مجموعة من المبادئ الأساسية التي تتمحور أساساً حول احترام خصوصية المسترشد والتركيز على العملية الإبداعية نفسها وليس على جودة المنتج الفني، وتوفير بيئة داعمة تشجع على التعبير الحر عبر استخدام المواد والأدوات الفنية المختلفة حسب قدرة الطفل ونوع الإعاقة مع إمكانية دمج الفنون البصرية مع الموسيقى والحركة لتعزيز التجربة الإرشادية (Kramer, 2016). كما تمر عملية الإرشاد بالفن بعدة مراحل تبدأ بتقييم احتياجات المسترشد وقدرته على التعبير الفني ثم اختيار نوع النشاط المناسب مثل الرسم الحر تشكيل الصلصال أو التلوين التوجيهي، يلي ذلك متابعة العملية الفنية وتقديم دعم وتوجيه الطفل عند الحاجة لمناقشة الأعمال الفنية والتعبير عن مشاعره المتعلقة بها. وأخيراً يتم ربط هذه التجربة الفنية بحياته اليومية لتعزيز التعلم والتكيف السلوكي (Malchiodi, 2012). ويمكن تكيف الإرشاد بالفن كذلك حسب نوع الإعاقة فعند التعامل مع اضطراب طيف التوحد يفضل استخدام أنشطة بسيطة ومنظمة مع توفير دعم بصري واضح بينما مع الإعاقات الذهنية يتم تبسيط التعليمات وتشجيع التجريب الحر، ومع صعوبات التعلم يمكن دمج النشاط الفني مع أساليب بصرية ولغوية لتسهيل الفهم والتطبيق.

7-3- الإرشاد بالدراما (Drama Therapy) :

يستخدم هذا النوع من الإرشاد الفن المسرحي والتعبير الحركي لمساعدة الأفراد على التعبير عن مشاعرهم وفهم المواقف الاجتماعية بطريقة آمنة، ويستند هذا الأسلوب إلى فكرة أن التمثيل والدراما تمكن المسترشد من تجربة مواقف اجتماعية افتراضية ضمن بيئة آمنة للفرد، مما يعزز من مهاراته الاجتماعية وتواصله وقدرته على ضبط الانفعالات فضلاً عن استكشاف الذات وفهم تأثير سلوكه على الآخرين. كما يساعد على تحسين مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار ضمن بيئة تجريبية خاضعة للإشراف الإرشادي، مما يعزز النمو النفسي والاجتماعي (Jennings, 2005)، ويعد فعالاً مع حالات الأطفال والمراهقين الذين يعانون خجلاً مفرطاً أو اضطرابات سلوكية.

ويعتمد الإرشاد بالدراما على مجموعة من الأسس النظرية والعملية، أبرزها استخدام التعبير الإبداعي عبر الحركة والصوت والتمثيل والخيال، وتوفير بيئة آمنة تشجع المسترشد على التجريب دون خوف من الانتقاد أو الحكم. كما يركز هذا الأسلوب على العملية نفسها وليس على النتيجة النهائية، مع أهمية التكرار والممارسة لتعزيز المهارات المكتسبة، حيث يتم تكيف الإرشاد بالدراما وفق نوع الإعاقة فيستخدم مع اضطراب طيف التوحد أنشطة تمثيلية قصيرة، رموز بصرية وتمارين لتعزيز التفاعل الاجتماعي، بينما تعتمد الحالات ذوي الإعاقات الذهنية على تبسيط التعليمات والنمذجة العملية تدريجياً. كما يمكن تعديل الأنشطة لتناسب ذوي الإعاقات الحركية واستخدام التمثيل الحركي ولغة الإشارة مع ذوي الإعاقات السمعية لتعزيز التواصل.

8-3- الإرشاد الأسري (Family Counseling) :

تعتبر الأسرة البيئة الأقرب والأكثر تأثيراً على نمو الطفل النفسي والاجتماعي والسلوكي، ويهدف الإرشاد الأسري إلى تمكين الوالدين من فهم طبيعة إعاقة طفلهم، التعامل مع المشكلات اليومية، وتنمية مهارات التربية الإيجابية والحد من التوتر الأسري، كما يعمل على تسهيل المشاركة الفعالة في برامج العلاج والتدريب بما يساهم في تحسين جودة حياة الطفل والأسرة معاً، وهو ضروري لجميع فئات الإعاقة وخاصة حالات طيف التوحد والإعاقة الذهنية. ويعتمد الإرشاد الأسري على مجموعة من الأسس النفسية والاجتماعية، أهمها أن الأسرة هي وحدة تكيفية تتعامل مع ضغوط الإعاقة المختلفة وفق أنماط تفاعل محددة، لذلك ينبغي توفير بيئة دعم وعاطفة للأطفال تساهم في تعزيز التكيف النفسي والسلوكي لديهم، مع ضرورة إشراك جميع أفراد الأسرة في العملية الإرشادية لكي نحقق توافقاً أفضل ونقل الصراعات الداخلية.

تتنوع أساليب الإرشاد الأسري لضمان دعم الوالدين وتمكينهم من التعامل بفاعلية مع احتياجات أبنائهم حيث تبدأ غالباً بالجلسات الفردية التي تخصص لفهم المشكلات الخاصة بكل أسرة وتقديم استشارات موجهة إضافة إلى الجلسات الجماعية التي تتيح تبادل الخبرات وتوفير الدعم المتبادل بين الأسر ذات الظروف المتشابهة. كما تعتبر ورش العمل التدريبية وسيلة مهمة لتعليم الوالدين مهارات تعديل السلوك وإدارة المواقف اليومية بطرق عملية، بينما تعمل المتابعة المنزلية على نقل ما تم تعلمه إلى الواقع اليومي وتعزيز استمرارية تطبيق الاستراتيجيات الإرشادية داخل البيئة الأسرية.

ويمكن القول أن خطوات الإرشاد الأسري تتمثل في مسار متكامل يبدأ بالتقييم الأولي للأسرة بهدف فهم تكوينها ودينامياتها وأنماط التواصل والدعم المتاح داخلها إضافة إلى تحديد المشكلات السلوكية التي يعانيها الطفل. يلي ذلك بناء علاقة إيجابية مع الأسرة تقوم على الثقة والاحترام وشرح الأهداف المرجوة من العملية الإرشادية وأثرها على الطفل. للشروع في خطط التوعية النفسية والمعرفية لمساعدة الوالدين على فهم طبيعة إعاقة طفلهم وطرق التعلم المناسبة وأهمية مشاركتهم في الجلسات العلاجية. وبعدها يعمل المرشد على تطوير مهارات الوالدين في تعديل السلوك وإدارة الأزمات وتقديم الدعم النفسي. كما يتم تعزيز المشاركة المجتمعية عبر تشجيع الأسرة على الانخراط في الأنشطة التعليمية والاجتماعية وربطها بالمؤسسات الداعمة. وأخيراً تأتي مرحلة المتابعة والتقييم لقياس تطور الطفل والأسرة وتحديث الخطط الإرشادية وفق الحاجة (Turnbull & al., 2015).

9-3- الإرشاد بالحلول (Solution-Focused Brief Counseling - SFBC) :

يعد هذا الأسلوب أحد الاتجاهات المعاصرة في الإرشاد النفسي، ويركز على بناء الحلول بدل تحليل المشكلات وعلى المستقبل بدلاً من الماضي (Corey, 2017)، وينطلق هذا الإرشاد من فكرة أن الأفراد يمتلكون موارد داخلية قابلة للتفعيل، وأن دور المرشد يتمثل في مساعدتهم على اكتشاف هذه الموارد وتوظيفها.

ويرتكز هذا الاتجاه على مجموعة من المبادئ طورها كل من دي شازر وبارج (2013) De Shazer & Berg اللذان يؤكدان أن التغيير يمكن أن يحدث بسرعة عندما يحدد المسترشد ما يريده بوضوح ويبدأ في اتخاذ خطوات نحو تحقيقه، ويتميز هذا الأسلوب الإرشادي بكونه قصير المدة، عملي، ويعزز الاستقلالية والاعتماد على الذات لدى المسترشدين الذين يواجهون صعوبات تعلم أو اضطرابات سلوكية، حيث يعمل على مساعدتهم في استكشاف نقاط القوة والموارد المتوفرة لديهم، وبناء خطة من خطوات بسيطة قابلة للتطبيق (Berg & Steiner, 2003).

كما يركز الإرشاد على تعزيز الدافعية وزيادة الإحساس بالكفاءة الذاتية من خلال متابعة التغييرات الصغيرة فيقوم المرشد بطرح أسئلة موجهة نحو المستقبل، ومساعدة المسترشد على رؤية إمكاناته من خلال لغة إيجابية ومشجعة (Corey, 2017)، كما ينبغي أن يتجنب المرشد الغوص في تحليل جذور المشكلة، ويركز بدلا من ذلك على ما يمكن فعله حاليا لتحريك التغيير بدءا من استكشاف النجاحات السابقة، البحث عن الاستثناءات ثم صياغة خطوات عملية صغيرة بين الجلسات، يليها تقييم التقدم وتعديل الخطة حسب الحاجة.

10-3- الإرشاد الواقعي (Reality Therapy) :

يستند هذا الأسلوب على نظرية الاختيار التي وضعها ويليام غلاسر (2010) Glasser التي تؤكد على فكرة أن الأفراد مسؤولون عن اختياراتهم وسلوكياتهم، وأن السلوك غير الملائم غالبا ما ينتج عن محاولات فاشلة لتلبية الحاجات الأساسية كالانتماء، القوة، الحرية، المتعة والبقاء. ويرى غلاسر أن الفرد يستطيع تغيير حياته عندما يدرك أنه المسؤول عن قراراته، وأن تغيير السلوك يتطلب اختيار بدائل أكثر قدرة على اشباع هذه الحاجات لذا يقوم المرشد بدور توجيهي يعتمد على الوضوح والصدق ويعمل على مساعدة المسترشد في التعرف على حاجاته ودراسة مدى فعالية خياراته الحالية. ويستخدم خلال العملية الإرشادية بعض التقنيات مثل المواجهة الإيجابية وتقييم السلوك وتوضيح البدائل وتشجيع الحالة على الالتزام بخطة الجديدة. كما يجب أن يتجنب المرشد اللوم والتركيز على الماضي، وبدل ذلك يركز على مساعدة الفرد على تحمل مسؤولية اختياراته، وعلى بناء قرارات واقعية تتفق مع احتياجاته الأساسية.

ويستخدم هذا الأسلوب الإرشادي في المدارس والعيادات ومراكز التأهيل، لمساعدة الأفراد الذين يعانون من ضعف ضبط الذات، والمشكلات السلوكية، وصعوبات اتخاذ القرار. كما يعد فعالا في العمل مع المراهقين وفي البيئات التربوية لأن تركيزه على المسؤولية والاختيار يتناسب مع حاجاتهم التنموية.

4- أهمية فهم الجوانب الثقافية والاجتماعية في إرشاد الحالات الخاصة:

تعتبر العديد من الاتجاهات الحديثة من أن التصورات الثقافية تؤثر بعمق في نظرة الفرد والأسرة إلى الإعاقة ومدى تقبلهم للتدخل الإرشادي واستعدادهم للتغيير (السرطاوي، 2018). وتظهر دراسات في مجال التربية الخاصة أن إدراك مفهوم الإعاقة ذاته يحدد شكل العلاقة الإرشادية، ونوعية التفاعل، ومقدار الانفتاح داخل الجلسة (Hallahan & Kauffman, 2020). وتظهر أبحاث الاتجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة أن البيئات الداعمة للتنوع تعزز الثقة بالنفس وتزيد فاعلية برامج التدريب المهاري والإرشاد النفسي، بينما البيئات التي يهين عليها الوصم تضع قيوداً على دافعية الفرد واستعداده للاندماج وتنتج ضغوطاً انفعالية تستوجب تدخلاً أولياً لتعديل الاتجاهات قبل البدء في خطة العلاج المعرفي السلوكي أو الإرشاد الأسري (درويش، 2021).

وتظهر العديد من الدراسات أن الجوانب الاجتماعية مثل مستوى التعليم والدعم الأسري وطبيعة العلاقات والوضع الاقتصادي وغيرها تؤثر مباشرة في نجاح البرامج الإرشادية. فالأسرة الداعمة تتعاون في تنفيذ الخطة الإرشادية وتسهل دمج الطفل في المدرسة والمجتمع، بينما الأسر التي تعيش ضغوطاً متراكمة تحتاج إلى تمكين اجتماعي وإعادة بناء الوعي قبل تنفيذ التدخلات المباشرة (Bromfield, 2019)، ولهذا يربط المرشد بين المستوى النفسي ومستوى التنشئة الاجتماعية، لأن أنماط التربية قد تعيق أو تدعم تطور المهارات الاجتماعية والتوافق الانفعالي. كما أن المعايير الاجتماعية تحدد حجم الأدوار التي يستطيع الفرد ذو الإعاقة القيام بها داخل المجتمع. ففي المجتمعات التي تشجع الاندماج، تزداد مشاركة الحالات الخاصة في العمل والحياة الاجتماعية، مما يرفع من استقلاليتهم ودافعيتهم. بينما المجتمعات التي تحد من هذه الأدوار تميل إلى إنتاج مستويات أعلى من الاعتمادية والعزلة ومشكلات التكيف (العميرة، 2019).

لذا ينبغي على المرشد أن يمتاز بالوعي الثقافي **Cultural Sensitivity** الذي يعتبر أساساً جوهرياً في التعامل مع الحالات الخاصة. فالثقافة تحدد طرق التعبير عن المشكلات وحدود الإفصاح وطبيعة الحديث عن الأسرة، ومدى تقبل الحوار حول الصدمة أو الاضطراب. ولذلك يحتاج المرشد إلى القدرة على تكييف استراتيجيات التواصل وتبسيط المفاهيم العلاجية بلغة قريبة من خبرة الفرد وخلفيته الثقافية (Sue & Sue, 2016)، وتؤكد النماذج الحديثة للإرشاد أن نجاح العلاقة المهنية في الإرشاد الفردي والجماعي يعتمد في المقام الأول على قدرة المرشد على فهم الحساسية الثقافية والبعد الاجتماعي المحيط بالحالة (Corey, 2017).

مما سبق يمكن القول أن إرشاد الحالات الخاصة لا يقتصر على الجانب النفسي بل يتطلب فهماً متكاملًا للجوانب الثقافية والاجتماعية ودورها في تشكيل مفهوم الإعاقة والاتجاهات نحوها وحدود المشاركة الاجتماعية وأساليب التربية داخل الأسرة، فدور المرشد تعزيز ثقافة الاندماج لدى الحالة وتخفيف الوصم الاجتماعي وكذا تمكين الأسرة وتطوير بيئة اجتماعية تسمح للحالة بالتطور والنمو وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

المحاضرة الثامنة: التعامل مع التحديات والمشكلات السلوكية

تمهيد :

يواجه الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تحديات ومشكلات سلوكية متنوعة نتيجة اختلاف قدراتهم المعرفية والانفعالية والاجتماعية، وتؤثر هذه المشكلات على تعلمهم وعلى تكيفهم الاجتماعي وعلاقاتهم مع الآخرين، وتهدف هذه المحاضرة إلى التعرف على أشكال المشكلات السلوكية لدى الحالات الخاصة، وفهم أسبابها وتقديم بعض الاستراتيجيات العملية للتعامل معها خلال العملية الإرشادية والتعليمية.

1- تعريف المشكلات السلوكية (Behavioral Problems) :

تعد المشكلات السلوكية من القضايا الأساسية في التربية والإرشاد النفسي، حيث تؤثر على قدرة الطفل على التكيف الاجتماعي والتربوي، وقد اقترح الباحثون عدة تعريفات تركز على السلوك غير المرغوب فيه وتأثيره على البيئة المحيطة وانعكاساته الداخلية أو الخارجية، وبين تلك التعريفات نذكر:

اعتبر كوبر (2007) Cooper أن المشكلات السلوكية هي "سلوكيات تظهر لدى الطفل أو الفرد بشكل متكرر أو مستمر، وتؤثر سلباً على التكيف الاجتماعي أو التعليمي، مثل العدوانية أو رفض التعاون أو الانطواء".

كما يرى جريشام وإليوت (2008) Gresham & Elliott المشكلات السلوكية بأنها "استجابات الطفل للأوضاع التي تواجهه بشكل لا يتوافق مع المعايير المقبولة اجتماعياً أو تعليمياً، مما يعيق تعلمه أو تفاعله مع الآخرين". ويضيف ماكينزي (2010) MacKenzie بأن هذه السلوكيات غير المرغوبة تظهر كرد فعل على الضغوط البيئية أو الداخلية، وقد تتراوح بين سلوكيات خفيفة مثل العصيان إلى سلوكيات خطيرة مثل العنف".

من جهته يعرفها إبراهيم (2020) بأنها "أي انحراف في السلوك عن المعايير الطبيعية أو المقبولة اجتماعياً أو تعليمياً، يؤدي إلى صعوبة التكيف مع البيئة المدرسية أو الأسرية".

ومن خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف المشكلات السلوكية بأنها سلوكيات غير مرغوبة أو مرفوضة اجتماعياً تظهر نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة أو الضغوط الداخلية وتؤثر سلباً على تكيفه الاجتماعي أو التعليمي وقد تتراوح هذه المشكلات بين سلوكيات بسيطة مثل العصيان أو الانطواء وصولاً إلى السلوكيات الخطيرة مثل العدوان أو العنف.

2- تصنيف المشكلات السلوكية :

من المهم جدا قبل أي تدخل إرشادي أو تربوي العمل على تصنيف المشكلات السلوكية وفق نوع المشكلة وسياقها ودرجة شدتها مما يسهل تصميم برامج إرشادية وتربوية متخصصة وفعالة ، وسنستعرض فيما يلي التصنيفات الأكثر شيوعا (Cooper, 2007 ; Gresham & Elliott, 2008) :

1-2- حسب الاتجاه أو النمط السلوكي :

- ❖ المشكلات السلوكية الخارجية: تشمل السلوكيات العدوانية أو التحدي للمعايير الاجتماعية، وغالبا ما تكون هذه المشكلات مرئية وواضحة للمعلمين والمربين، ما يسهل التدخل المبكر، فقد يظهر الطفل ذو الإعاقة السمعية أو الذهنية مثلا انفجارات غضب أو عصيان متكرر بسبب صعوبة التعبير عن احتياجاته.
- ❖ المشكلات السلوكية الداخلية: تشمل السلوكيات التي تؤثر على الفرد داخليا مثل الانطواء أو القلق أو الاكتئاب، غالبا ما تكون أقل وضوحا للآخرين وتحتاج إلى ملاحظة دقيقة ودعم نفسي مستمر، كما في حالة بعض ذوي صعوبات التعلم أو الإعاقة الحسية الذين يظهرون انسحابا اجتماعيا أو قلقا من الفشل الدراسي.

2-2- حسب شدة السلوك :

- ❖ سلوكيات خفيفة : مثل رفض تنفيذ التعليمات أو التهرب من النشاطات الصفية، شائعة في بعض الحالات الخاصة التي تواجه صعوبات في الانتباه أو الإدراك.
- ❖ سلوكيات متوسطة : مثل العدوان اللفظي أو العصيان المتكرر، تتطلب دخلا إرشاديا مخصصا.
- ❖ سلوكيات خطيرة : مثل الاعتداء الجسدي أو إيذاء الآخرين، قد تظهر لدى بعض الحالات الخاصة التي تعاني من صعوبات ضبط الانفعالات أو اضطرابات سلوكية معقدة .

3-2- حسب السياق أو البيئة :

- ❖ مشكلات مدرسية : تشمل صعوبات الانضباط أو التكيف مع أقرانهم، خصوصا لدى ذوي صعوبات التعلم أو الإعاقة الذهنية.
- ❖ مشكلات أسرية : مثل العصيان أو رفض التعاون داخل المنزل، خاصة عند الأطفال ذوي الإعاقات الحركية أو الحسية الذين يحتاجون دعما أكبر في روتينهم اليومي.
- ❖ مشكلات اجتماعية : تشمل صعوبات التواصل أو التفاعل مع الآخرين، وهي شائعة في حالات اضطرابات النطق أو طيف التوحد .

4-2- حسب التكرار والاستمرارية:

- ❖ مشكلات متكررة : تظهر بشكل دوري ومستمر مثل الانفعالات المتكررة أو العدوان عند الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية أو الانفعالية.
- ❖ مشكلات عرضية أو مؤقتة : تحدث في مواقف محددة مثل القلق عند الامتحانات أو التوتر أثناء التغيرات البيئية.

5-2- حسب الطبيعة النفسية:

- ❖ سلوكيات اضطرابية : مرتبطة باضطرابات القلق أو الاكتئاب مثل الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم أو الإعاقة السمعية.
- ❖ سلوكيات عدوانية : مرتبطة بالغضب أو العدوان المباشر، وتظهر عند بعض الحالات الخاصة التي تواجه صعوبات في التعبير عن احتياجاتها أو ضبط الانفعال.
- ❖ سلوكيات مهارة أو إجرائية : تشمل صعوبة التركيز، فرط النشاط، أو مشاكل الانتباه الشائعة لدى ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وكذا صعوبات التعلم .

3- أسباب المشكلات السلوكية:

لفهم المشكلات السلوكية والتعامل معها بفعالية لا بد من معرفة الأسباب المؤدية إليها خاصة عند التعامل مع الحالات الخاصة التي قد تواجه صعوبات إضافية مرتبطة بالقدرات البدنية أو الذهنية أو الحسية... الخ ومن بين أهم أسباب المشكلات السلوكية نذكر (Cooper, 2007 ; Mackenzie, 2010) :

1-3- الأسباب البيولوجية والنفسولوجية: وتتعلق بالعوامل الوراثية أو التشوهات العصبية أو التغيرات الكيميائية في الدماغ التي تؤثر على السلوك والانفعالات ، كما نجده لدى الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين يظهرون سلوكيات اندفاعية أو صعوبة ضبط الانفعالات بسبب اختلافات في النشاط العصبي. كما يعاني ذوي الإعاقات العقلية أو العصبية قد تؤدي إلى صعوبات في التكيف السلوكي مع البيئة المدرسية أو الاجتماعية.

2-3- الأسباب النفسية: تشمل الاضطرابات العاطفية والصدمات النفسية التي تؤدي إلى القلق وضعف الثقة بالنفس ومن ثم إلى ظهور مشكلات سلوكية داخلية أو خارجية ومن أمثلة ذلك التجارب السلبية المتكررة مثل التنمر أو الفشل الدراسي.

3-3- الأسباب الاجتماعية والبيئية: تشمل التأثيرات الثقافية التي تشكل سلوك الطفل في الأسرة، المدرسة والمجتمع، ومن أمثلة ذلك افتقار البيئة الأسرية إلى الدعم أو التواصل الفعال مما قد يزيد من السلوكيات العدوانية أو العصيان. كما أن بعض الصعوبات في البيئة المدرسية قد تؤدي إلى مشكلات سلوكية مرتبطة بالإحباط وعدم التكيف لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

4- استراتيجيات إدارة السلوك:

تهدف استراتيجيات إدارة السلوك إلى تعزيز السلوكيات الإيجابية والتقليل من السلوكيات غير المرغوبة وعند التعامل مع الحالات الخاصة تعتبر هذه الاستراتيجيات ذات أهمية كبرى، لأنها توفر أدوات لتعديل السلوك بما يتناسب مع قدرات الفرد واحتياجاته الخاصة، ويعتمد نجاح إدارة السلوك على فهم طبيعة المشكلة وأسبابها وتصنيفها، ثم اختيار الاستراتيجية الأنسب سواء كانت وقائية أو علاجية، فردية أو جماعية سلوكية أو معرفية. لأن تعديل السلوك يتطلب تدخلا مبكرا وفق خطة مدروسة لتجنب تفاقم السلوك السلبي.

يؤكد غريشام والبيوت (2008) أن التقييم والتحليل يمثل خطوة أساسية في الإرشاد من خلال إدارة السلوك فجمع معلومات دقيقة عن السلوك (تكراره، شدته، أسبابه...) عن طريق المقابلات والملاحظات المباشرة واستبيانات السلوك ثم تحديد الاحتياجات الفردية يسمح بتصميم تدخلات مناسبة لكل حالة. لتأتي خطوة التدخل السلوكي التي تركز على تعديل السلوك غير المرغوب وتعزيز السلوكيات الإيجابية وتشمل استراتيجيات التعزيز الإيجابي لتقوية السلوك المرغوب، واستراتيجيات تقليل السلوك السلبي مثل التجاهل المنظم أو تعديل المحفزات بالإضافة إلى التدخل السلوكي المعرفي الذي يساعد الحالة على التعرف على الأفكار والسلوكيات غير المرغوبة وتعديلها بطريقة واعية. وتعتبر هذه الخطوة فعالة جدا مع الحالات الخاصة التي تعاني من سلوكيات اندفاعية أو صعوبات في ضبط الانفعالات، كما يستخدم العلاج باللعب لتعزيز التعبير عن المشاعر وحل المشكلات بطريقة طبيعية، مما يساهم في تطوير قدراته الاجتماعية والعاطفية (خاصة طفل طيف التوحد) وينبغي أيضا العمل على تعليم الفرد مهارات التكيف الاجتماعي والتواصل الفعال من خلال أنشطة جماعية تحاكي مواقف حياتية بهدف تعزيز السلوكيات التكيفية والاجتماعية.

نظرا لأن السلوك يتأثر مباشرة بالعوامل البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد فإن البيئة الأسرية الداعمة إضافة إلى المدرسة وأي جهة مشاركة في حياة الطفل تلعب دورا محوريا في نجاح أي خطة تعديل سلوكي مقترحة. كما ينبغي أن تخضع هذه الخطة أيضا إلى متابعة مستمرة لتقييم النتائج وتعديل التدخلات عند الحاجة لضمان استمرارية التكيف وتحقيق الأهداف المرجوة من خلال تعميم السلوك المرغوب عبر بيئات متعددة (بيت، مدرسة، مجتمع).

المحاضرة التاسعة : قضايا معاصرة في إرشاد الحالات الخاصة

تمهيد :

تعد التكنولوجيا المساعدة واحدة من أهم التطورات الحديثة التي شهدتها مجال الإرشاد النفسي والتربوي فقد أصبح استخدامها وسيلة فعالة لتحسين جودة الخدمات الإرشادية المقدمة للأفراد، وخاصة الحالات الخاصة الذين يحتاجون إلى أدوات وتقنيات تساهم في التغلب على العوائق المرتبطة بالإعاقة وتمكينهم من التكيف والاندماج، وسنحاول في هذه المحاضرة التعرف على مفهوم التكنولوجيا المساعدة وأهميتها وأشكالها وكيفية توظيفها في إرشاد الحالات الخاصة ، إضافة إلى مناقشة التحديات الأخلاقية والمهنية المرتبطة باستخدامها.

1- مفهوم التكنولوجيا المساعدة :

يشير مصطلح التكنولوجيا المساعدة **Assistive Technology** إلى مجموع الأدوات والأجهزة والبرامج والخدمات التي تستخدم لتعزيز قدرات الأفراد ومساعدتهم على أداء المهام التي قد تكون صعبة أو غير ممكنة بدون دعم تقني، بما يساهم في تحسين نوعية حياتهم ، وفي الإرشاد النفسي تعرف التكنولوجيا المساعدة بأنها استخدام أدوات رقمية تسهل عملية التواصل، وتدعم التقييم والمتابعة، وتتيح استراتيجيات علاجية تفاعلية خصوصاً لمن يعانون من صعوبات التواصل أو الإعاقات الحسية (Richards & Murphy, 2019). ويرى كوك وبولغار (Cook & Polgar (2020) أنها التقنيات والأجهزة والبرمجيات التي تهدف إلى تحسين القدرات الوظيفية للأفراد الذين يعانون من إعاقات أو صعوبات في الأداء، وذلك عبر تهيئة أدوات تواصل وتعلم فعالة تمكنهم من المشاركة بصورة أكثر استقلالية في حياتهم اليومية.

ويشير ديل وزملاؤه (Deil & al. (2017 إلى التكنولوجيا المساعدة بوصفها مجموعة من الأنظمة والأدوات الرقمية والميكانيكية المصممة لدعم استخدام المعلومات وتسهيل التعلم والأداء المهاري للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة عبر تزويدهم بطرق بديلة للوصول إلى المهام التعليمية والعلاجية.

ويعرفها لانشيوني وزملاؤه (Lancioni & al. (2020 بأنها مجموعة من الحلول التقنية التي تركز على تحسين جودة الحياة وتعزيز الاستقلالية ودعم الضبط الذاتي لدى الأفراد ذوي الإعاقات المتنوعة، خاصة من خلال تطبيقات التواصل وتقنيات التوجيه الذاتي وأنظمة التدريب السلوكي المعززة رقمياً.

انطلاقاً من التعريفات السابقة نخلص للقول أن التكنولوجيا المساعدة في الإرشاد تشمل الحلول التقنية التي تتيح الوصول إلى الخدمات الإرشادية بوسائل مرنة وآمنة، وتساعد على تكييف الخطط العلاجية وتخصيصها بما يتناسب مع احتياجات المسترشد وبيئته. ويمكننا هنا استنتاج مجموعة من الخصائص :

- التكنولوجيا المساعدة وسيلة لتعويض العجز أو تخفيف أثره.
- أنها لا تقتصر على الأجهزة بل تشمل البرمجيات والاستراتيجيات والخدمات المصاحبة.
- تستخدم لتحسين التفاعل والعلاقة الإرشادية خاصة في حالات الإعاقات الحسية والحركية والعقلية.
- تساهم في تعزيز الوصول للخدمات الإرشادية التقليدية والرقمية.
- تمكن من دعم التقييم، التدريب السلوكي وتنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية.

2- أهمية التكنولوجيا المساعدة في الإرشاد النفسي :

تلعب التكنولوجيا المساعدة دوراً بارزاً في الارتقاء بجودة الخدمة الإرشادية، ومن أبرز فوائدها:

- ❖ تسهيل خدمات الإرشاد: خاصة في المناطق النائية أو لمن يواجهون صعوبات حركية أو تواصلية.
- ❖ توفير وسائل تواصل بديلة: لذوي الإعاقات السمعية، البصرية، النفسية، والتواصلية.
- ❖ تحسين التعلم الذاتي: عبر تطبيقات إدارة الانفعالات وتنمية المهارات الاجتماعية وبرامج الوعي الذاتي.
- ❖ تعزيز متابعة الحالة: من خلال السجلات الرقمية تطبيقات تقييم السلوك وتتبع التقدم الشخصي.
- ❖ تحسين فعالية الجلسات الإرشادية: عبر الوسائط المتعددة والبرمجيات المشاركة.

3- أشكال التكنولوجيا المساعدة في الإرشاد :

من خلال ما سبق يتضح أن التكنولوجيا المساعدة تشمل عدداً واسعاً من الأدوات والتطبيقات الرقمية التي تساعد الحالات الخاصة على التعلم والتكيف، ويرى كوك وبوغار (2020) أن الإرشاد بالتكنولوجيا المساندة **Assistive Technology-Based Counseling** يشمل مجموعة من الأساليب العملية نوجزها فيما يلي:

1-3- أجهزة التواصل المعزز والبديل (Augmentative and Alternative Communication - AAC) :

تعد هذه الأجهزة من أهم الوسائل المساندة للأفراد الذين يعانون من صعوبات في التعبير اللفظي أو فقدان القدرة على الكلام، وتمثل وظيفتها في توفير قنوات بديلة للتواصل تساعدهم على التعبير عن احتياجاتهم ومشاعرهم وأفكارهم، وبالتالي تعزيز استقلاليتهم ومشاركتهم الاجتماعية. ويمكن تصنيف هذه الأجهزة وفق مستوى التقنية المستخدمة إلى ثلاثة أنواع رئيسية :

- ❖ الأجهزة منخفضة التقنية: تشمل بطاقات الصور والرموز، وجداول التواصل المصورة، ودفاتر الرموز ولغة الإشارة، وهي أدوات بسيطة لا تتطلب طاقة أو برمجة لكنها فعالة في دعم التعبير الأساسي.
 - ❖ الأجهزة متوسطة التقنية: تشمل أجهزة التسجيل البسيطة التي تسمح بتسجيل رسائل صوتية قصيرة يمكن تفعيلها بزر واحد، وتتميز هذه الوسائل بسهولة الاستخدام للأطفال ذوي القدرات المحدودة لكنها محدودة في عدد الرسائل وتحتاج إلى إعادة برمجة دورية.
 - ❖ الأجهزة عالية التقنية: تتضمن أجهزة لوحية مع التطبيقات وأجهزة ناطقة مخصصة وأجهزة تتبع العين التي تناسب ذوي الإعاقات الحركية الشديدة، والتي توفر قدرة على التعبير عن الاحتياجات الأساسية وتعزيز الاستقلالية، وتنمية اللغة والتواصل الاجتماعي، وزيادة اندماج الأفراد في المدرسة والمجتمع وتقليل السلوكيات غير المرغوبة المرتبطة بالإحباط الناتج عن صعوبة التواصل، وتحديد محتوى التواصل وفق مستوى الفرد، لكنها عادة ما تكون مكلفة وتتطلب تدريباً مستمراً للمستخدمين.
- إن استخدام أجهزة التواصل المعزز والبديل يمثل استراتيجية فعالة في برامج الإرشاد الفردي والجماعي حيث يمكن دمجها في الجلسات لتسهيل التواصل مع المسترشدين الذين يعانون من صعوبات كلامية أو سلوكية كما تدعم التقييم والمتابعة والتخطيط الفردي للتدخلات الإرشادية، بما يعزز من جودة الخدمات المقدمة لهم ويستفيد من هذه الأجهزة عدة فئات من الحالات الخاصة مثل اضطراب طيف التوحد، والإعاقات العقلية ومتلازمة داون، والشلل الدماغي، واضطرابات النطق الشديدة ...، حيث يعتمد اختيار الجهاز المناسب على العمر والقدرات الإدراكية والحركية والبصرية وبيئة الاستخدام والمستوى اللغوي وتوفير التدريب الأسري والإمكانات المادية المتاحة (العزة والحديدي، 2020).

3-2- البرامج التعليمية الرقمية (Digital Learning Programs) :

تمثل منظومات برمجية وتطبيقات إلكترونية تستخدم لدعم عملية التعلم عبر بيئات تكنولوجية تفاعلية وهي تقوم على توظيف الحواسيب والأجهزة اللوحية والهواتف الذكية والإنترنت لتقديم محتوى تعليمي مرئي ومسموع بصورة تفاعلية تساعد المتعلمين على اكتساب المعرفة وتنمية المهارات بطريقة أكثر مرونة وجاذبية مقارنة بالأساليب التقليدية، حيث تركز هذه البرامج على تصميم مسارات تعلم فردية تتكيف مع مستوى المتعلم وقدراته الحسية والمعرفية من خلال وسائط متعددة (نصوص، صور، فيديوات، أصوات) والألعاب التعليمية والمحاكاة وأنشطة التقييم الذاتية والتغذية الراجعة الفورية.

ويمكن القول أن البرامج التعليمية الرقمية بيئات ذكية ومرنة تمكن المتعلم من التطور وفق سرعته الخاصة وتساعد المرين والمختصين على تقديم تعليم أكثر شمولاً وفاعلية، كما تسهم في تعزيز الدافعية عن طريق التفاعل وتوفير بيئة آمنة للتجريب والتعلم دون خوف وهي مفيدة كذلك للمرشدين والمعلمين لأنها تقدم بيانات دقيقة حول أداء المتعلم مما يسهل عملية المتابعة والتخطيط العلاجي أو التعليمي.

3-3- الجداول التفاعلية (Interactive Charts /Tables) :

تمثل هذه الجداول وسيلة مرنة لتنظيم المعلومات بطريقة مرتبة ومنطقية، فهي تتيح للمرشد والمسترشد تتبع الأداء بطريقة واضحة مع إمكانية التفاعل المباشر عبر الأجهزة اللوحية أو الحواسيب، ما يعزز الشعور بالإنجاز والاستقلالية ، ويمكن أن تشمل (Lancioni & al., 2020) :

- جداول المهام اليومية للأطفال ذوي اضطراب الانتباه وفرط الحركة، لتنظيم الوقت والأنشطة.
- جداول التعلم التي تقسم المحتوى إلى وحدات صغيرة، مع مؤشرات تقدم مرئية.
- جداول السلوكيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي لمتابعة التغيرات السلوكية

3-4- الوسائل البصرية التفاعلية (Interactive Visual Tools) :

تستخدم هذه الوسائل لتعزيز الاستيعاب البصري والذاكرة قصيرة وطويلة المدى، وتحفيز التفكير النقدي وحل المشكلات، بالإضافة إلى تقديم تغذية راجعة فورية تساعد في تعديل الاستراتيجيات التعليمية والإرشادية من خلال تبسيط المعلومات المعقدة وتحويلها إلى صور ومخططات يسهل فهمها، وكذا تعزيز التركيز والانتباه لدى الأطفال ذوي نقص الانتباه أو صعوبات التعلم مع دعم التعلم التفاعلي والمشاركة في الجلسات الإرشادية وتحفيز السلوك الإيجابي من خلال مؤشرات بصرية واضحة، وتشمل الوسائل البصرية التفاعلية أدوات مثل:

- المخططات التفاعلية: التي تسمح للمستخدم بتحريك العناصر وفهم العلاقات البصرية بين البيانات.
- الخرائط الذهنية الرقمية: لتوضيح المفاهيم والمصطلحات المرتبطة ببعضها البعض.
- الرسوم البيانية الديناميكية: لعرض التغيرات الزمنية في السلوك أو الأداء التعليمي.
- السبورات الذكية : التي تتيح تفاعل المتعلم مع المحتوى مباشرة باللمس أو الأقلام الرقمية.

3-5- التكنولوجيا الداعمة للمهارات الحسية (Assistive Technology for Sensory Skills) :

تساهم هذه الأدوات في تحسين المعالجة الحسية وزيادة الوعي بالبيئة وتعزيز التعلم والتفاعل الاجتماعي خاصة للأشخاص ذوي الإعاقات التطورية أو العصبية ، وهي تشمل الأجهزة والوسائل التي تساعد على تعويض القصور الحسي الكلي أو الجزئي مثل:

- المساعدات البصرية: كالمكبرات وبرامج قراءة الشاشة وشاشات برايل للأشخاص المكفوفين.
- المساعدات السمعية: أجهزة السمع وزراعة القوقعة الداخلية.
- الأجهزة اللمسية: أجهزة التغذية الراجعة بالاهتزاز أو التنبيه اللمسي لتعويض نقص الإحساس.
- الغرف واللوحات الحسية: تقدم محفزات ضوئية أو صوتية أو لمسية منظمة لأغراض العلاج الحسي.
- الواقع المعزز والافتراضي: لتدريب الإدراك الحسي وتحسين التفاعل مع البيئة.

3-6- التكنولوجيا الداعمة للمهارات الحركية (Assistive Technology for Motor Skills):

- تساهم هذه الأجهزة في تعزيز التعلم الحركي وتقوية العضلات وتحسين المهارات الوظيفية واستقلالية الأفراد وتشمل الأجهزة والوسائل التي تساعد على الحركة والتنسيق والتحكم الحركي الدقيق أو العام، مثل:
- لوحات المفاتيح والفأرات المعدلة للأشخاص ذوي الحركة المحدودة باليدين.
 - أجهزة التحكم بالضغط: لتشغيل الحواسيب أو أجهزة التواصل باستخدام جهد بسيط.
 - الروبوتات المساعدة في العلاج الطبيعي لتحسين حركة الأطراف العليا والسفلى.
 - أجهزة التنقل: مثل الكراسي المتحركة الكهربائية، والمشاي، والهيكل الخارجية الداعمة للحركة.
 - الأدوات العلاجية: مثل الكرات العلاجية، وألواح التوازن، والوسائل اليدوية المستخدمة في تقوية العضلات وتحسين التنسيق.

3-7- منصات الإرشاد عن بعد (Tele-Counseling):

أصبحت من أبرز التحولات المعاصرة في مجال الإرشاد النفسي، حيث تعتمد على تقديم الخدمات الإرشادية عبر وسائل الاتصال الرقمية مثل منصات الفيديو، غرف المحادثات المشفرة، التطبيقات التفاعلية عبر الإنترنت ... وقد توسع استخدامها كثيرا مع التطور الرقمي وزيادة الحاجة إلى خدمات إرشادية مرنة في البيئات التعليمية والصحية والنفسية، حيث تتيح هذه المنصات الوصول إلى خدمات إرشادية متخصصة دون الحاجة للحضور ما يسهم في مساعدة بعض الحالات مثل الإعاقات الحركية، اضطرابات القلق الاجتماعي أو اضطرابات التواصل لأنها توفر بيئة مريحة تسمح للفرد بالتعبير عن ذاته بطرق متعددة وتدعم التكامل مع التكنولوجيا المساعدة كأجهزة التواصل المعزز والبدل، كما توفر أدوات هامة مثل الاختبارات الإلكترونية، الملاحظات الصوتية ... مما يجعل العملية الإرشادية أكثر مرونة ودقة (Dell & al., 2017). لكن استخدام منصات الإرشاد عن بعد يشكل تحديا يتمثل في ضمان الخصوصية وسرية البيانات الرقمية في ظل مخاطر الاختراق وضعف الأمان الرقمي إضافة إلى صعوبة بناء العلاقة الإرشادية وتفسير الإشارات غير اللفظية نتيجة محدودية التفاعل.

4- الاعتبارات الأخلاقية لاستخدام التكنولوجيا المساعدة:

تمثل التكنولوجيا المساعدة إضافة نوعية في مجال الإرشاد النفسي والتربوي لما توفره من وسائل تشخيص وتواصل وتدخل أكثر مرونة خاصة مع الحالات الخاصة، غير أن توظيف هذه التقنيات يفرض على الممارسين الالتزام بجملة من الضوابط الأخلاقية التي تضمن جودة الخدمة وحماية المسترشد وعلى سرية المعلومات:

- ❖ السرية وحماية البيانات: أحد المبادئ الهامة في الإرشاد وتزداد أهميتها عند استخدام الوسائط الرقمية إذ ينبغي استخدام أنظمة تشفير تحمي هوية المسترشد وتجنب مشاركة أي بيانات دون موافقة خطية واضحة مع ضرورة تخزين الملفات الإلكترونية (التقارير، التسجيلات، النتائج) في منصات آمنة (Corey, 2017).
- ❖ الموافقة المستنيرة: تعتبرها الجمعية الأمريكية للإرشاد (ACA, 2014) شرطاً قبل أي تدخل تقني فيجب إبلاغ المسترشد أو ولي أمره بكل التفاصيل المتعلقة باستخدام التكنولوجيا نوعها وهدفها وحدود الأمان المتاحة والمخاطر المحتملة وكذا البدائل غير الرقمية التي يمكن اللجوء إليها.
- ❖ الكفاءة المهنية: لا يكفي أن يمتلك المرشد معرفة بالإرشاد فقط بل ينبغي أن يكون كفؤاً في استخدام التكنولوجيا المساعدة ومدركاً لحدودها وتطبيقاتها الصحيحة مع ضرورة التدريب المستمر (McMahon, 2018).
- ❖ العدالة وتكافؤ الفرص: تشدد منظمة اليونسكو (UNESCO, 2020) على ضرورة مراعاة الفجوة الرقمية فلا يجب ألا تتحول التقنيات إلى أدوات لحرمان فئات محدودة الدخل أو ذات إعاقة من الوصول إلى الخدمات مع ضرورة توفير بدائل غير مكلفة ومراعاة احتياجات الأفراد الذين لا يمتلكون مهارات تكنولوجية.
- ❖ احترام خصوصية الأسرة: مراعاة حرمة الفضاء الشخصي للمسترشد عند استخدام الوسائط الإلكترونية وخاصة في الإرشاد عن بعد الذي قد يجري في بيئات منزلية (Koocher & Keith-Spiegel, 2016).
- ❖ أخلاقيات التعامل مع الذكاء الاصطناعي والتطبيقات الذكية: مع دخول تطبيقات تحليل البيانات وبرامج الإرشاد الذكية ظهرت اعتبارات خاصة، حيث أكدت دراسة هيث وسومر (Heath & Sommer 2021) أنه من المهم عدم الاعتماد الكلي على التنبؤات الآلية دون تقييم مهني وضرورة التأكد من سلامة الخوارزميات وعدم تحيزها مع التوضيح للمسترشد أن القرارات إنسانية وليست تقنية.
- ❖ مسؤولية المرشد في حالة الأعطال التقنية: عند حدوث انقطاع أو فشل في الأجهزة أو المنصات الرقمية يجب على المرشد وضع خطط بديلة مع إعلام المسترشد بالإجراءات الاحتياطية مسبقاً.
- ❖ الالتزام بحدود الممارسة المهنية: أكد باترسون ورومانيوك (Paterson & Romaniuk 2019) أنه يجب الحفاظ على نفس المعايير المهنية التي تطبق في الإرشاد التقليدي وألا تسمح التكنولوجيا للمرشد بتقديم خدمات خارج نطاق تخصصه.

5- تحديات استخدام التكنولوجيا المساعدة:

رغم الإمكانيات الكبيرة التي توفرها التكنولوجيا المساعدة في الإرشاد النفسي والتربوي، إلا أن استخدامها لا يخلو من تحديات مهنية وتقنية وبشرية يمكن أن تؤثر على جودة الخدمات أو وصولها للفئات المستهدفة وفيما يلي أبرز تلك التحديات:

- ❖ صعوبة الوصول إلى بعض الأجهزة في البيئات محدودة الموارد.
- ❖ ضعف البنية التحتية الرقمية في بعض المؤسسات.
- ❖ نقص تدريب الأخصائيين.
- ❖ مقاومة بعض الأسر للتقنيات الحديثة.
- ❖ اعتبارات التكلفة والمتابعة والصيانة.

للماضرة العاشرة: إرشاد الحالات الخاصة في سياقات مختلفة

تمهيد :

يعرف السياق بأنه البيئة أو الإطار الذي يحدث فيه السلوك أو التجربة، ويتضمن العوامل المختلفة التي تؤثر على الفرد من مواقف وأشخاص وموارد وظروف بيئية... والتي تحدد كيفية تفاعل الفرد مع محيطه. فكما يعتمد إرشاد الحالات الخاصة على مراعاة خصائص المسترشد وطبيعة إعاقة فإنه يعتمد أيضا على فهم البيئة التي تقدم فيها الخدمة الإرشادية، إذ يختلف الأسلوب الإرشادي بحسب السياق سواء كان منزليا، مدرسيا مجتمعيًا أو من خلال بيئة افتراضية ، وهو ما يجعل من فهم السياق أمرا حيويا في الإرشاد لأنه يسمح للمرشد بتصميم استراتيجيات تدخل ملائمة لاحتياجات الفرد وظروفه بدل اعتماد أساليب عامة قد تكون غير فعالة أو غير مناسبة للحالة الخاصة، وتهدف هذه المحاضرة إلى تسليط الضوء على أهمية تكيف استراتيجيات الإرشاد حسب السياقات المختلفة، مع التركيز على كيفية تحقيق التوازن بين الدعم النفسي، التعليمي والاجتماعي لتعزيز مهارات التكيف والسلوك الإيجابي لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

1- الإرشاد في السياق الأسري والمنزلي :

تمثل الأسرة الإطار الأول الذي يكتسب فيه الطفل مهارات التواصل، والضبط الانفعالي، وتشكيل المفاهيم حول ذاته والعالم من حوله، لذلك فإن الإرشاد في البيئة الأسرية يمثل خطوة أساسية في برامج دعم الحالات الخاصة لأنه يقوم على تعزيز دور الأسرة كشريك فعال في عملية التغيير السلوكي والتربوي وليس مجرد مستقبل للخدمات (Guralnick, 2011). ويهدف هذا النوع من الإرشاد إلى تقديم الدعم النفسي والتربوي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة ويركز على تفعيل دور الأسرة في عملية التوجيه والإرشاد وتوجيهها لكيفية التعامل مع الطفل المعاق بطريقة إيجابية بدءا من فهم طبيعة الإعاقة أو الاضطراب مع توضيح خصائص النمو والسلوك المتوقع وكيفية دعم نقاط القوة. كما يساهم في تعزيز مهارات الأبوة والأمومة واستخدام استراتيجيات التربية الإيجابية وتحسين التواصل بين أفراد الأسرة ولا يركز هذا النوع من الإرشاد على الطفل وحده بل على النظام الأسري ككل، لأن سلوك الفرد يتأثر بالتفاعلات بين أفراد الأسرة، الأدوار، وأنماط التواصل. لذا ينبغي أن تستهدف العملية الإرشادية خلق بيئة منزلية داعمة تحفز الطفل على ممارسة المهارات الاجتماعية والنفسية والمعرفية وتشجعه على تقليل الاعتماد الكامل على الآخرين بما يساهم في تعزيز الثقة بالنفس والتكيف النفسي.

ويشمل الإرشاد في السياق الأسري تدريب الأسرة على تطبيق الخطط الإرشادية اليومية كإدارة السلوك وتعزيز المهارات الاستقلالية لدى الطفل وتكرار الأنشطة التعليمية التي يتم تنفيذها في المدرسة أو مراكز الإرشاد ويتميز الإرشاد المنزلي بالتفاعل المستمر بين المرشد والأسرة، حيث يتم تقديم تغذية راجعة دورية حول تقدم الطفل وتعديل الأساليب عند الحاجة، مع تشجيع المشاركة النشطة للأبوين والأشقاء في الأنشطة الإرشادية. كما يمكن دمج هذا الإرشاد مع أساليب أخرى مثل العلاج باللعب، الإرشاد بالقصص، أو التدريب على المهارات الاجتماعية لتعزيز النتائج وتحقيق تكيف أفضل، وقد أثبتت الدراسات أن تدريب الوالدين يقلل من المشكلات السلوكية ويحسن العلاقة الوالدية-الطفل (Cooper & al., 2020).

ويخلص تورنبول وآخرون (Turnbull & al. (2015) أهم أدوار الإرشاد في السياق الأسري في :

- ✓ تزويد الأسرة بالمعلومات حول طبيعة الإعاقة أو الاضطراب، وشرح خصائص الطفل واحتياجاته بطريقة مبسطة وواقعية.
- ✓ تمكين الوالدين من خلال تدريبهم على أساليب التعامل مع السلوكيات الصعبة وإكسابهم مهارات تربية مناسبة للحالات الخاصة.
- ✓ تعزيز التواصل الأسري عبر تحسين مهارات الحوار ومساعدة الأسرة على تنظيم الأدوار والتخفيف من مصادر الصراع داخل المنزل.
- ✓ تقديم الدعم الانفعالي للوالدين لمساعدتهم على التكيف مع ضغوط الإعاقة وتجاوز مشاعر القلق أو الإنكار أو الإحباط، وتعليم الأسرة استراتيجيات ضبط التوتر وتنظيم الوقت وتحسين نوعية الحياة الأسرية.
- ✓ تعزيز الشراكة بين البيت والمدرسة عبر توحيد طرق الدعم وتبادل المعلومات حول سلوك الطفل وتقديمه.
- ✓ المساهمة في بناء روتين منزلي منظم يساعد الطفل على الاستقرار ويعزز استقلاله ومهاراته اليومية.
- ✓ متابعة تطبيق الخطط الإرشادية داخل الأسرة لضمان الاتساق بين ما تعلمه الطفل وبين ما يمارس داخلها.
- ✓ تشجيع الأسرة على استخدام التعزيز الإيجابي كأسلوب فعال لبناء السلوكيات المرغوبة وتعزيز الدافعية.
- ✓ تسهيل الوصول إلى الموارد والخدمات مثل مراكز التشخيص، برامج التدخل المبكر، والخدمات المتخصصة.

ومع ذلك، يواجه الإرشاد في السياق الأسري عدة صعوبات أبرزها مقاومة بعض الأسر لتقبل تشخيص الطفل وضعف الوعي بخصائص الحالات الخاصة، إضافة إلى الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي قد تحد من قدرة الأسرة على الالتزام بخطط الإرشاد، كما قد تظهر صعوبات تتعلق بنقص مهارات الوالدين في إدارة السلوك وعدم اتساق تطبيق الاستراتيجيات بين أفراد الأسرة، أو ضعف التنسيق مع المدرسة والجهات المختصة. وتؤثر هذه التحديات في فعالية التدخل، ما يجعل من الضروري توفير دعم مستمر وبرامج تدريبية موجهة تساعد الأسرة على تجاوز العقبات وتحقيق أفضل مستويات التكيف للطفل.

2- الإرشاد في السياق المدرسي:

يمثل السياق المدرسي إحدى أهم البيئات المؤثرة في تكيف الحالات الخاصة، حيث توفر المدرسة فرصاً للتعليم الأكاديمي وتنمية المهارات الاجتماعية وتعزيز استقلالية الطفل، ويقوم الإرشاد المدرسي على مساعدة التلاميذ في تجاوز الصعوبات التعليمية والسلوكية وتوفير دعم نفسي وانفعالي منتظم، إضافة إلى تدريبهم على مهارات حل المشكلات وتنظيم الذات. كما يعمل المرشد على التنسيق بين الإدارة، المعلمين والأسرة لضمان الاتساق في تنفيذ الخطط السلوكية والتعليمية، مما يرفع فعالية التدخل ويدعم دمج الطفل في الأنشطة المدرسية.

يوفر الإرشاد في السياق المدرسي بيئة منظمة وأمنة لذوي الإعاقات عبر التركيز على تلبية الاحتياجات الفردية والجماعية، بالاعتماد على أنشطة متنوعة تشمل جلسات المقابلات الفردية، ورش العمل الجماعية والأنشطة التربوية الإبداعية، والتدريب على المهارات الاجتماعية. كما يتميز هذا الإرشاد بالمرونة في تكيف الأساليب وفق مستوى الطفل ونوع الإعاقة، مع مراعاة البيئة الصفية والموارد المتاحة مثل استخدام التكنولوجيا المساندة لتسهيل التعلم، أو الوسائل البصرية لزيادة الفهم (Gray, 2010). كما يلعب المرشد المدرسي دوراً محورياً في التنسيق بين الأسرة والمعلمين لضمان تعميم المهارات المكتسبة داخل الصف وخارجه ومتابعة تقدم الحالة دورياً والمساهمة في خلق بيئة صفية داعمة تشمل التنظيم السلوكي، إدارة المشكلات، وتشجيع التفاعل الإيجابي ما يعزز التكيف النفسي والاجتماعي للحالات الخاصة. ويمكن تلخيص أهداف الإرشاد في السياق المدرسي في:

- ✓ مساعدة التلميذ على التكيف مع البيئة الصفية والمدرسية.
- ✓ دعم النمو الأكاديمي عبر معالجة صعوبات التعلم والسلوك.
- ✓ تعزيز المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ✓ تحسين العلاقة بين المدرسة والأسرة لضمان تكامل التدخلات.
- ✓ الكشف المبكر عن المشكلات السلوكية والانفعالية.
- ✓ توفير بيئة صفية آمنة داعمة للسلوك الإيجابي.

رغم ذلك يمثل السياق المدرسي تحدياً كبيراً بسبب كثافة عدد التلاميذ داخل القسم وضيق الوقت المتاح للمتابعة الفردية مما يعقد تنفيذ خطط سلوكية دقيقة، كما يعاني بعض المعلمين من نقص التدريب المتخصص في التعامل مع الحالات الخاصة أو المشكلات السلوكية، فينعكس ذلك على طرق التدريس والتعامل اليومي. وتزيد تلك الصعوبات مع ضعف التنسيق بين المرشد والمعلمين والإدارة مما يؤدي غالباً إلى تدخلات غير منسقة وقد تفتقر بعض المدارس إلى موارد أو أدوات قياس وتشخيص موثوقة تدفع المرشد للاعتماد على الملاحظة فقط والتي قد تحد من الدقة، ويضاف إلى ذلك ضغط المناهج وكثرة الواجبات التي تؤثر في قدرة الطفل على الاستجابة للتدخلات السلوكية بشكل فعال.

3- الإرشاد في السياق المجتمعي :

يهدف الإرشاد في السياق المجتمعي إلى تعزيز التكيف الاجتماعي والمشاركة الفاعلة للفرد في بيئته الأوسع خارج المنزل والمدرسة، ويركز هذا النوع من الإرشاد على تطوير مهارات الاستقلالية، التفاعل الاجتماعي والتعامل مع الضغوط الاجتماعية التي يواجهها ذوو الإعاقة في المجتمع. كما يشمل التدريب على السلوكيات المقبولة اجتماعياً، التعرف على الأدوار والمسؤوليات الاجتماعية، واكتساب مهارات حل المشكلات اليومية (Emunah, 1994). إذ يلعب المرشد دوراً محورياً في تسهيل التفاعل بين المسترشد والمجتمع من خلال التنسيق مع الجهات المحلية، المنظمات الاجتماعية، ومراكز الدعم المختلفة لضمان إتاحة الفرص الاجتماعية والتعليمية كما يتم التركيز على إشراك الأسرة لدعم المسترشد في ممارسة المهارات المكتسبة، ومتابعة تطور قدراته على التكيف الاجتماعي والمشاركة المجتمعية.

ويعتمد الإرشاد المجتمعي على استخدام أنشطة عملية وتجريبية كورش العمل المجتمعية، الجلسات الجماعية والرحلات الميدانية لتطبيق المهارات الاجتماعية في سياقات حقيقية. كما يمكن دمج تقنيات حديثة مثل التكنولوجيا المساندة، الإرشاد بالقصص، أو الدراما العلاجية لتعزيز مشاركة المسترشد في الأنشطة الاجتماعية بطريقة آمنة وفعالة مع مراعاة طبيعة الإعاقة، القدرات الفردية، وتوفر الموارد، ما يعزز فرص النجاح في دمج الأفراد ذوي الحالات الخاصة في الحياة اليومية والمجتمع بشكل عام (Gray, 2010).

على الصعيد الاجتماعي قد تظهر صعوبات أكثر شمولاً ترتبط بضعف الوعي المجتمعي بقضايا الإعاقة مما يؤدي إلى استمرار الوصم الاجتماعي ونظرة العجز تجاه الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. كما يواجه المرشدون تحديات بسبب قلة المؤسسات المختصة أو محدودية الخدمات، الأمر الذي يمنع توفير دعم كاف للأسرة والطفل ومن بين الصعوبات أيضاً ضعف التنسيق بين القطاعات المختلفة كالصحة والتعليم وغيرها مما يجعل بناء خطة متكاملة أمراً معقداً، خاصة عندما تكون الموارد المالية أو البشرية غير كافية مما ينعكس على جودة الإرشاد.

4- الإرشاد في السياق العيادي :

يقصد بالسياق العيادي بيئة العمل التي تقدم فيها خدمات الإرشاد النفسي داخل العيادات والمراكز الطبية المتخصصة، المستشفيات، ومؤسسات الصحة النفسية، ويتميز هذا السياق بأنه يقدم خدمات ذات طابع تشخيصي وعلاجي أكثر عمقا من الإرشاد المدرسي أو الأسري، عبر التركيز على التدخل المبكر، دعم الصحة النفسية وتعزيز المهارات التكيفية بالتعاون مع الأسرة وفريق متعدد التخصصات (Corey, 2017).

ويعتبر هذا النوع من الإرشاد ضروريا للحالات التي تحتاج إلى تشخيص متخصص باستخدام اختبارات نفسية وسلوكية مقننة وإجراءات مهنية دقيقة. وكذا إلى خطط علاجية مشتركة تجمع بين المرشد والأخصائي النفسي والطبيب والوظيفي والأرطوفوني وغيرهم، كما تستلزم متابعة دقيقة لأي اضطراب قد يكون معقدا مثل طيف التوحد، اضطرابات السلوك، القلق الشديد، أو صعوبات التواصل. ومن بين أهداف هذا الشكل من الإرشاد نذكر:

- ✓ التشخيص الدقيق باستخدام أدوات قياس معتمدة.
- ✓ وضع خطة تدخل فردية تعتمد على بيانات التقييم.
- ✓ تقديم تدخلات علاجية سلوكية ومعرفية وانفعالية.
- ✓ دعم الصحة النفسية وتقليل الاضطرابات المصاحبة.
- ✓ تدريب الأسرة على استراتيجيات التعامل.
- ✓ تعزيز المهارات التكيفية والاجتماعية.
- ✓ متابعة مستمرة وتعديل الخطة حسب تقدم الحالة.
- ✓ تنسيق العلاج ضمن فريق متعدد التخصصات.

يواجه الإرشاد في السياق العيادي مجموعة من الصعوبات التي قد تحد من فاعليته، أبرزها تعقيد الحالات التي غالبا ما تجمع بين اضطرابات سلوكية وانفعالية ونمائية، مما يتطلب تشخيصا دقيقا وتعاوننا بين عدة أخصائيين، ويشكل ضعف التزام الأسرة بالجلسات العلاجية أو عدم قدرتها على تطبيق الإرشادات في المنزل تحديا آخر يؤثر مباشرة في نتائج التدخل، ويضاف إلى ذلك تكلفة الخدمات العيادية وندرة المراكز المتخصصة التي تمنع بعض الأسر من الحصول على الدعم المطلوب. وقد يواجه المرشد صعوبة الوصول على معلومات دقيقة عن الحالة بسبب تردد بعض الأسر أو محدودية السجلات الطبية والنفسية. إضافة إلى أن نقص المختصين المؤهلين أو أدوات التشخيص المقننة يعيق تقديم خدمات عالية الجودة خاصة إذا رافق ذلك زيادة عدد الحالات مما يقلل من الوقت المتاح للتدخل الفردي المتعمق.

5- الإرشاد في سياق المؤسسات الإصلاحية :

يهدف هذا النوع من الإرشاد إلى تعديل السلوكيات، تعزيز الانضباط الذاتي، وتنمية المهارات الاجتماعية والمعرفية للأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية أو انحرافات، أو الذين تم إدراجهم ضمن برامج التأهيل المجتمعي داخل السجون ومراكز الإصلاح والتأهيل، بما يساهم في تحسين فرص إعادة الدمج الاجتماعي وتقليل معدلات العودة إلى السلوكيات السلبية (Corey, 2017).

يعتمد الإرشاد الإصلاحي على الجلسات الفردية التي تستخدم للتعامل مع المشكلات الشخصية الصراعات النفسية أو الحالات ذات الطابع الخاص، بينما يستخدم الإرشاد الجماعي لتعزيز السلوكيات الإيجابية التعاون بين النزلاء وتطوير مهارات حل المشكلات الجماعية (Ward & Maruna, 2007)، ويشمل الإرشاد الإصلاحي استخدام أساليب متعددة مثل العلاج السلوكي المعرفي لتعديل أنماط التفكير والسلوك، التدريب على المهارات الاجتماعية لتحسين التفاعل مع الآخرين، والعلاج بالدراما واللعب لتخفيف التوتر النفسي وتطوير مهارات التعبير الذاتي، كما يمكن استخدام التكنولوجيا المساندة في بعض المؤسسات لدعم التعلم والتعليم الذاتي أو متابعة التقدم النفسي والسلوكي للنزلاء بشكل آمن (Cook & Polgar, 2015)، ويلعب فريق الإرشاد والتأهيل دورا محوريا في تخطيط البرامج الفردية والجماعية، تقييم التقدم، وتقديم التغذية الراجعة مع مراعاة الطبيعة الخاصة لكل مسترشد وبيئة المؤسسة. كما يشمل دور الأسرة بعد الإفراج في متابعة استقرار الحالة ودعم مهارات التكيف وتعزيز إعادة الإدماج الاجتماعي بطريقة ناجحة.

يواجه الإرشاد في المؤسسات الإصلاحية تحديات متعددة تعقد عملية التدخل النفسي والسلوكي لذوي الاحتياجات الخاصة. من أبرز هذه الصعوبات البيئة المقيدة والرقابة المشددة التي تحد من حرية الحركة وتطبيق الأنشطة العلاجية أو التدريبية بشكل مرن، كما تمثل المواقف العدوانية أو المقاومة لدى النزلاء تحديا كبيرا للمرشد. فقد يرفض البعض التعاون أو التعبير عن مشاعرهم بطريقة صادقة، وتظهر صعوبة أخرى في نقص الموارد البشرية والكفاءات المتخصصة، الأمر الذي يقلل من القدرة على تقديم دعم فردي متواصل. بالإضافة إلى ذلك، قد تؤثر الضغوط الأمنية على المرشد، فتحد من إمكانية تنفيذ برامج تدخلية منتظمة كما يعاني بعض المرشدين من محدودية الوقت المخصص لكل حالة بسبب كثرة أعداد النزلاء ما يجعل التقييم والمتابعة الدقيقة أمرا صعبا خاصة مع نقص التنسيق بين المؤسسة والأسرة أو المجتمع.

6- الإرشاد في سياق المؤسسات الجامعية :

يهدف الإرشاد في سياق الجامعات إلى دعم التكيف الأكاديمي والاجتماعي للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وتعزيز الاستقلالية وتحقيق النجاح الجامعي، ويأخذ هنا بعين الاعتبار التحديات الخاصة بالتعليم الجامعي مثل صعوبات التعلم، الإعاقات الحركية أو الحسية، والضغوط النفسية المرتبطة بالتحصيل الأكاديمي ويتطلب الإرشاد الجامعي توفير بيئة داعمة تشمل تسهيلات الوصول للمباني، استخدام الأجهزة المساعدة للكتابة أو القراءة، وتوفير موارد تعليمية رقمية ووسائل مساعدة للمشاركة في الأنشطة الأكاديمية. كما يلعب المرشد دورا محوريا في توجيه الطلبة إلى البرامج الأكاديمية المناسبة، التدريب على مهارات التنظيم الذاتي، وإدارة الوقت، والدعم النفسي والاجتماعي بما يعزز فرص النجاح والتكيف.

يشمل الإرشاد الجامعي المقابلات الفردية والجماعية، حيث يستخدم الإرشاد الفردي لتقديم الدعم النفسي التخطيط الأكاديمي، ومتابعة الأداء الدراسي، بينما يستخدم الإرشاد الجماعي لتعزيز التفاعل الاجتماعي العمل الجماعي، ومهارات التواصل مع الزملاء وأعضاء هيئة التدريس. كما يمكن دمج الاستشارات الرقمية والتكنولوجيا المساندة لتسهيل وصول الطلاب ذوي الإعاقات إلى الخدمات الإرشادية بشكل أكثر فعالية.

يواجه الإرشاد في المؤسسات الجامعية تحديات خاصة مرتبطة بطبيعة البيئة الأكاديمية وخصوصية فئة الطلبة الجامعيين من أبرزها قلة عدد المرشدين، ما يحد من القدرة على تقديم استشارات فردية ومتابعة مستمرة لكل طالب يحتاج إلى دعم نفسي أو سلوكي، كما يمثل ضغط المناهج والالتزامات الأكاديمية تحدياً إضافياً حيث يقلل من الوقت اللازم للالتزام بالخطط الإرشادية. وتظهر صعوبة أخرى في ضعف الوعي بأهمية الاستشارة الأكاديمية أو النفسية خاصة عند التعامل مع حالات توتر أو اضطرابات سلوكية. وبالإضافة إلى ذلك يواجه المرشد الجامعي نقص الموارد والبرامج المتخصصة للتعامل مع الحالات الخاصة بما في ذلك ضعف أدوات التقييم والتدخلات الموجهة، كما يمكن أن تعيق الخصوصية والسرية في بيئة مكتظة مناقشة المشكلات الحساسة بحرية، مما يؤثر على جودة الإرشاد.

7- الإرشاد في السياق الافتراضي :

أصبح استخدام الوسائل التكنولوجية جزءاً لا يتجزأ من الإرشاد، خاصة مع الحالات التي تواجه صعوبة في الوصول إلى المراكز الإرشادية أو المدارس، ويشمل ذلك الاستشارات الإلكترونية، برامج التعلم الرقمي وأدوات التواصل المعزز، ما يسمح للمرشد بالمتابعة المستمرة وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي في بيئة مأمونة ومريحة للمسترشد. (Cook & Polgar, 2015)، ويعتبر الإرشاد في السياق الافتراضي أحد الأساليب الحديثة والمتطورة للتعامل مع الحالات الخاصة ممن يواجهون صعوبة الوصول إلى الخدمات الإرشادية التقليدية. وتعتمد فعالية الإرشاد الرقمي على تهيئة بيئة رقمية مناسبة تشمل التحكم في الإضاءة، الصوت، وضمان سهولة استخدام البرامج والتطبيقات بما يتوافق مع طبيعة الإعاقة ومستوى المسترشد. كما يمكن دمج هذا الأسلوب مع أساليب أخرى مثل العلاج باللعب، التدريب على المهارات الاجتماعية، أو الإرشاد بالفرن لتعزيز التفاعل (Malchiodi, 2012). ويشمل هذا الشكل من الإرشاد استخدام أدوات متعددة كالاستشارات الإلكترونية برامج وأدوات التواصل المعزز، والتطبيقات التعليمية التفاعلية، وكل هذه الأدوات تتيح متابعة مستمرة تقديم التغذية الراجعة الفورية، وتقييم الأداء بشكل دوري، بما يعزز فرص التكيف والتعلم المستمر كما يساعد هذا الأسلوب في تمكين المسترشد من الاستقلالية الرقمية وتعزيز التعلم الذاتي وتقليل الشعور بالعزلة.

يتميز الإرشاد الافتراضي بمرونته وقدرته على الوصول إلى الأفراد في بيئات مختلفة، إلا أنه يواجه عددا من الصعوبات التي قد تحد من فعاليته ونجاحه مع الحالات الخاصة مثل ضعف التواصل غير اللفظي حيث يصعب على المرشد قراءة تعابير الوجه ولغة الجسد بدقة مما قد يؤثر على التقييم الصحيح للسلوك والانفعالات، وتمثل مشكلات الاتصال والتقنية (ضعف الإنترنت أو الأعطال التقنية) عائقا أمام استمرار الجلسات بشكل سلس وتبرز صعوبة أخرى في ضمان الخصوصية والسرية، فقد يكون الطالب أو الفرد غير قادر على تأمين مكان هادئ يضمن سرية الجلسة، خاصة عند التعامل مع الأطفال أو الأسر في المنزل. كما يمكن أن تؤثر قلة التفاعل المباشر على بناء علاقة ثقة قوية بين المرشد والمسترشد، مما يقلل من فعالية التوجيه والإرشاد، وأخيرا يواجه الإرشاد الافتراضي تحديا في تطبيق استراتيجيات تعديل السلوك أو تدريب المهارات، إذ يصعب تنفيذ بعض الأنشطة العملية أو التمارين الاجتماعية عبر الوسائط الرقمية.

8- مراعاة طبيعة المكان وأهداف المؤسسة في إرشاد الحالات الخاصة؛

تعد مراعاة طبيعة المكان من العناصر الأساسية لضمان فعالية الإرشاد مع الحالات الخاصة، إذ تؤثر بيئة تقديم الخدمة بشكل مباشر على قدرة المسترشد على التفاعل، التعلم، والتكيف النفسي والاجتماعي. تشمل عوامل المكان حجم الغرفة، توزيع المساحات، توفر أماكن هادئة للمقابلات الفردية، ومناطق جماعية للأنشطة الجماعية أو العلاج باللعب والدراما. كما يجب مراعاة البيئة الحسية مثل مستوى الإضاءة الضوضاء، ودرجة الحرارة لتناسب احتياجات الأفراد ذوي الحساسية الزائدة أو اضطراب طيف التوحد (Malchiodi, 2012). وتختلف استراتيجيات الإرشاد وفق نوع الإعاقة، إذ يحتاج الأطفال ذوو الإعاقة الذهنية إلى أنشطة مبسطة وتكرار في التعليم، بينما يحتاج الأطفال ذوو الإعاقات الحركية إلى أدوات مساعدة أما ذوو اضطراب طيف التوحد فيفضل معهم استخدام جداول وروتين واضح مع دعم بصري مستمر بينما يمكن للأفراد ذوي صعوبات التعلم دمج التكنولوجيا والفن والقصص لتحسين الفهم والتكيف بالإضافة إلى ذلك ينبغي النظر في أهداف المؤسسة أو البيئة التي يتم فيها العمل عند تصميم برامج الإرشاد فكل مؤسسة لها أهدافها الخاصة التي يجب أن يتوافق معها الإرشاد، ويجب على المرشد عند تخطيط البرامج الإرشادية مراعاة توافق الاستراتيجيات والأساليب مع أهداف المؤسسة وطبيعة المكان لضمان تحقيق نتائج أفضل من حيث التكيف النفسي والاجتماعي، المشاركة الفاعلة، وتطوير المهارات الحياتية للمستفيدين.

للمحاضرة العادية مشر: قضايا الأسرة والعلاقات الأسرية

تمهيد:

تمثل الأسرة البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل، وهي المسؤولة عن توفير الرعاية النفسية والاجتماعية والتربوية وعندما يولد في الأسرة طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، تواجه هذه الأخيرة عددا من التحديات الإضافية تتعلق بالتكيف مع مختلف احتياجات الطفل والتعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية وتنظيم الموارد المتاحة لضمان نمو الطفل بأفضل شكل ممكن. وسنحاول في هذه المحاضرة التعرف على تأثيرات وجود حالة خاصة على الأسرة وحاجاتها الإرشادية، وكيفية تقديم الدعم لها وبناء شراكة فعالة معها لضمان بيئة داعمة للطفل.

1- تأثير وجود حالة خاصة على الأسرة:

الأسرة هي الجماعة الأولى التي ينتمي إليها الفرد وينمو، والمعاق لا يختلف عن أي فرد آخر في هذا الانتماء لأسرة يولد فيها ويعيش فيها سواء قبل حدوث العجز أو بعده، لذلك فإن للأسرة آثارا كبيرة على حياة المعاق عبر اتجاهاتها وتعاملها الفعلي معه وما توفره من ظروف لتأهيله واستقلاله، ولأن العجز يمكن أن يحدث في أي مرحلة عمرية في حياة الفرد منذ مولده ومرورا بمراحل النمو المختلفة حتى الشيخوخة فإنه من المتوقع أن نجد آثارا متنوعة في الأسرة نتيجة حدوث حالة العجز لدى أحد أفرادها.

يمثل الطفل قبل مولده وبعده أملا للأبوين فهو امتداد طبيعي لهما، فإذا حدث العجز في سن الطفولة قد تكون آثاره على أسرته كبيرة، كونه مصدرا أساسيا لإشباع حاجات نفسية كثيرة لوالديه كالحاجة إلى الأمن خاصة عند الكبر، فعندما يتعرض الطفل أو يلاحظ عليه علامات القصور فإن الوالدين قد يعيشان مراحل الضغط النفسي أو الأزمة النفسية التي يعايشها الفرد الراشد عندما يمر بحالة القصور أو حالة العجز. وقد تزداد شكوكهما ويحاولان إنكار الأمر قبل الوصول إلى قرار مراجعة الطبيب وأحيانا أكثر من طبيب وقد يعقب ذلك مرحلة تبادل اللوم فكل منهما يلقي اللوم على الآخر وقد يبدأ مرحلة من الحداد والحزن على الطفل بعدما تغيرت تلك الصورة التي كان يحملان بها لطفلهما وكيفية مواجهة الآخرين بتلك الحقيقة ولأن بعض الآباء يكونون قد عايشوا خبرة مماثلة مع طفل آخر، فإن هذه المراحل تنقلص إلى أضيق الحدود والخروج من هذه المرحلة يعني بداية المواجهة التي كلما كانت مبكرة فإن الآثار السلبية تتلاشى.

إن أهم الآثار المترتبة على الإعاقات التي تبدأ في مرحلة مبكرة من حياة الطفل هي ما يتصل بتعليمه ولو وصلنا به للتعليم في وقت مبكر فإن هذه الآثار تقل إلى أبعد الحدود ، أما الطفل نفسه فقد يكون صغيراً لم يعيش الكثير من خبرات الحياة الحسية ، ولكنه في وقت ما سيمر بنفس الآثار النفسية التي عايشها والداه وما يخفف هذه المعاشة أن يكون الطفل في أسرة متماسكة محبة، تعامله بواقعية وتساعد على تنمية قدراته وتساعد على مواجهة الحياة . أما إذا حدث العجز في مرحلة متأخرة من حياة الفرد فإن آثاره على الأسرة ترتبط ببعض العوامل الأخرى كدوره الأسري والذي يفرض عليه مهاماً وواجبات تتأثر بحدوث العجز. لكن الآثار هنا قد تختلف باختلاف درجة العجز ومدى تقبل الفرد له وكذا ما يترتب عليه من فقدان والسن الذي حدث فيه وإلى أي حد تأثر الدور الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية التي تربطه بأفراد أسرته. أما في مرحلة الشيخوخة فإن الناس ينظرون عادة إلى حدوث العجز أو نقص القدرة على أنه أمر عادي أو متوقع ومع ذلك يعاني المصابون بالعجز في مرحلة الشيخوخة من مشكلاتهم الخاصة.

فالاتجاهات التي ينمى أفراد الأسرة نحو المعاق متباينة بين إيجابية وسلبية شأنها في ذلك شأن المجتمع كما أن درجة الإعاقة نفسها تتناسب كميًا مع الدور الذي يقوم به الفرد، فإذا كانت الأسرة تعتمد عليه قبل حدوث العجز في الدخل المادي وفي قضاء شؤونها فإن هذا الدور قد يتعرض للاختلاف بشكل كبير وقد يفقد هذا الدور أو جانباً منه. وكذلك فإن تأثير الأسرة بنتائج العجز يتوقف على مقدار ما يفقده المعاق وعلى الآثار التي تحدث له شخصياً وعلى قدرته على المواجهة بدلاً من الاستسلام. وكما سبق القول فإن استجابة المعاق لحالة العجز عنده واتجاهاته نحو ذاته قد تستدعي استجابات خاصة من باقي أفراد الأسرة. ومن بين العوامل والاعتبارات التي تؤثر على اتجاهات الأسرة نحو طفلها غير العادي ذكر (الداهري ، 2005):

أولاً- حجم الأسرة: تتوقف اتجاهات الأسرة نحو الطفل غير العادي على عدد الأطفال الذين ينتمون إليها بصفة عامة فكلما زاد عددهم فيما قلت الرعاية المقدمة للطفل غير العادي الذي يعيش بينهم وقد يهمل أحياناً وقد لا يعيره أي فرد من الأسرة أي اهتمام يذكر وذلك لأن الآباء يركزون اهتمامهم على أطفالهم العاديين حرصاً منهم على توفير المناخ المناسب لتنشئتهم بصورة طبيعية وكأنهم يضحون بفرد ميووس من حالته.

ثانياً- جنس الأطفال العاديين : يتوقف اتجاه الأطفال العاديين نحو الطفل غير العادي الذي يخالطونه في نطاق الأسرة على عامل الجنس ، فعلى الرغم من أن الأطفال العاديين الذكور قد يبدون اهتماماً واضحاً ملحوظاً نحوه ويحاولون مساعدته والعطف عليه ، فإن عاطفة الأمومة الكامنة في الأطفال العاديين من الإناث تجعلهن أقرب مودة له وأكثر رحمة به وأرق تعاملاً معه ، ولما كان الأطفال العاديين من الذكور ينشغلون في أغلب الأحيان بأمورهم الشخصية قد يميلون إلى السلبية بعض الشيء .

ثالثاً- الحالة الاقتصادية الاجتماعية: يسهم دخل الأسرة المرتفع اسهاما كبيرا في رعاية الطفل غير العادي لإمكانية الإنفاق عليه بسخاء وتغطية التكاليف التي تتطلبها الرعاية مهما كانت الفترة الزمنية، أما الأسرة ذات الدخل المنخفض فإنها لن تتمكن من مساعدة الطفل غير العادي إلا في أضيق الحدود التي تسمح بها ظروف الرعاية المجانية ، ولن تتمكن الأسرة الفقيرة غالبا من توفير المستلزمات العلاجية التي تحتاج إليها طفلها غير العادي بصورة عاجلة مما يعرقل مراحل التكفل به ومن ثم فإن الحالة الاجتماعية الاقتصادية تؤثر على رعاية الأسرة لطفلها غير العادي. ويمكن تلخيص أهم ردود الأفعال السلبية لدى أسر الحالات الخاصة فيما يلي :

- ✓ الصدمة والذهول وخيبة الأمل.
- ✓ التشكيك في التشخيص والإنكار.
- ✓ الإحباط والحزن والأسى.
- ✓ الخوف الزائد.
- ✓ الارتباك والعجز عن مواجهة المشكلة.
- ✓ الذنب ولوم الذات.
- ✓ رفض الطفل.
- ✓ الاكتئاب.
- ✓ البحث عن علاج بأي ثمن.
- ✓ إعادة تنظيم الموقف والتسليم بالواقع في مرحلة لاحقة.

وتشير عبيد (2007) بأن عملية التكيف مع الإعاقة تمر بمراحل معينة كالتالي:

- مرحلة الصدمة: وتكون خلال مرحلة التشخيص الأولي والعلاج حيث لم يستوعب الفرد أن جسمه مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى لا يظهر أي قلق.
- مرحلة توقع الشفاء: تبدأ هذه المرحلة بعد ما يتبين الفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.
- مرحلة الحزن: وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد لشعوره بعدم القدرة على عمل أي شيء أو تحقيق أي هدف ويمكن أن يصل الأمر إلى التفكير في الانتحار.
- مرحلة الدفاع: تنقسم إلى قسمين: الدفاع الإيجابي: وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد التعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها. والثانية: الدفاع السلبي، وهنا يستعمل الفرد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة وخصوصا النكران.

ومن الآثار التي يتركها وجود طفل معاق على الأسرة (لا توجد بالضرورة لدى جميع الأسر) نذكر:

❖ **الآثار الاقتصادية:** إن وجود طفل معاق في الأسرة يستنزف مواردها المادية، لما تنفقه على البرامج الصحية والتربوية إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل، وقد تستمر هذه المصاريف طيلة حياة الفرد المعاق وقد تكلف أكثر مما تنفقه الأسرة على باقي أبنائها، كما أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن في حالة ولادة طفل معاق قصد التفرغ لتقديم الرعاية اللازمة له مما يقلل من دخل الأسرة.

❖ **الآثار الاجتماعية:** يؤثر وجود طفل معاق في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار طفلها للمجتمع مما يقلل من فرص تواصلها لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة كما يمكن أن تتعرض الأسرة لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييرا في أنماط الحياة وقد ينعكس ذلك على العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة أيضا وتواصله نظرا لانشغال الأم بشكل كبير بالطفل المعاق مما يقلل من تلبية احتياجات بقية أبنائها، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمات زوجية ومشكلات أسرية.

❖ **الآثار النفسية:** تتعرض أسرة المعاق لضغوط نفسية تبدأ منذ لحظة إعلامهم بأن لدى طفلهم حالة إعاقة حيث تحدث الصدمة ومشاعر الإنكار والرفض، وقد يمتد ذلك إلى الشعور بالذنب والاكئاب ولوم الذات وإسقاط المشاعر على الآخرين من أطباء ومختصين وأقارب، وقد يصل الأمر إلى الانسحاب الاجتماعي وسرعة الاستثارة والغضب. كما أن آثار وجود طفل معاق في الأسرة لا تقتصر على الوالدين وإنما تمتد لتشمل بقية أفراد أسرة بما فيهم الأخوة غير المعاقين، حيث أن تكليفهم بمسؤوليات رعاية أحمهم المعاق قد تشعرهم بالضغوط النفسية، وقد تنتابهم مشاعر الشعور بالذنب والغضب وسرعة الاستثارة، أو حسد أحمهم المعاق على الرعاية والاهتمام الذي يحظى به من الوالدين، وفي نفس الوقت فقد تكون هناك آثار نفسية واجتماعية إيجابية على الأخوة، تتمثل في القدرة على التحمل والصبر والمثابرة في العمل، والانسانية والحنان في التعامل مع الآخرين، وعدم اتباع السلوك العدواني في حل المشكلات، إضافة إلى زيادة تكاتف أفراد الأسرة وتضامنهم نحو أحمهم المعاق.

2- الحاجات الإرشادية للأسرة:

تحتاج الأسرة إلى دعم مهني يساعدها على التكيف بمرونة مع حالة الطفل المعاق، ويمكن تلخيص الحاجات الإرشادية في الجوانب التالية:

- ✓ الحاجة للمعلومات حول طبيعة الإعاقة وأسبابها والتعرف على خيارات العلاج والتأهيل وفهم حقوق الطفل والخدمات المتاحة.
- ✓ مساعدة الأسرة على التكيف مع الصدمة الأولية من خلال التخفيف من القلق الإحباط، والشعور بالعجز أو الذنب وتقوية القدرة على مواجهة الضغوط اليومية.
- ✓ توجيه الأسرة لكيفية التعامل مع المجتمع والمدرسة والأقارب وكذا تعزيز الدمج الاجتماعي للطفل وإشراك أفراد الأسرة جميعهم (الأبوين، الإخوة) في الدعم.
- ✓ تقديم إرشاد حول برامج التأهيل المناسبة للطفل مع دعم عملية الدمج المدرسي أو الاجتماعي وتدريب الأسرة على تنمية مهارات الطفل ومتابعة تطوره.
- ✓ تقوية قدرة الأسرة على إدارة الضغوط من خلال تنظيم الروتين اليومي، توزيع الأدوار بين أفراد الأسرة وتوفير استراتيجيات لحل المشكلات اليومية المتعلقة برعاية الطفل.
- ✓ توجيه الأطفال الآخرين في الأسرة لفهم حالة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة وتقليل مشاعر الغيرة أو الإحباط بينهم مع تعزيز التفاهم والدعم بين أفراد الأسرة.

3- أشكال الدعم الموجهة لأسر الحالات الخاصة:

تواجه أسر الحالات الخاصة تحديات مركبة تتطلب دعماً متنوعاً ومتواصلاً يساعدها على التكيف مع احتياجات أبنائها. ويعد توفير أشكال الدعم المناسبة عاملاً أساسياً في تعزيز قدرات الأسرة على الفهم والرعاية والتعامل مع الضغوط اليومية. وسنحاول التطرق لأشكال الدعم الموجهة لأسر الحالات الخاصة :

3-1- الدعم النفسي والمعلوماتي : يعد الدعم النفسي محورياً أساسياً لتمكين الأسرة من التكيف مع الضغوط المرتبطة برعاية أفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة. ويتضمن ذلك تقديم جلسات إرشادية تساعد الوالدين على فهم طبيعة الإعاقة، وتقبلها، وإدارة المشاعر المصاحبة لها مثل القلق، الذنب، أو الاحتراق النفسي من خلال جلسات لتجاوز الصدمة والانكار وتعليم مهارات إدارة الضغوط والتكيف (Hastings, 2002) كما يشمل ذلك أيضاً عملية التثقيف النفسي أي تعريف الأسرة بخصائص الحالة وطرق التعامل معها وأهمية تعزيز السلوك الإيجابي داخل المنزل. ويبرز الخطيب (2017) أهمية أن يكون المرشد داعماً انفعالياً للأسرة لمساعدتها على تجاوز الصدمة الأولية وبناء توقعات واقعية تجاه حالة طفلها. ويشير تورنبول وآخرون (2015) إلى أن تمكين الأسرة معرفياً يعد عاملاً رئيسياً في تحسين العلاقة بين الوالدين وطفلهم وتقليل مستويات الضغط الأسري.

2-3- الدعم الاجتماعي وتنمية شبكات المساندة: تحتاج أسر الحالات الخاصة إلى شبكات مساندة متنوعة مثل مجموعات دعم الوالدين، الجمعيات المختصة، والخدمات المجتمعية التي توفر الإرشاد والمساندة. وتساعد هذه الشبكات في تقليل العزلة الاجتماعية التي قد تعاني منها الأسرة، وفي تبادل الخبرات مع أسر أخرى ذات تجارب مشابهة، ويوضح عبد الرحمن وعودة (2019) أن بناء شبكات الدعم الاجتماعي يعزز التكيف الأسري ويزيد من قدرة الأسرة على استخدام الموارد المتاحة داخل المجتمع بكفاءة. كما يؤكد هالاهان وكوفمان (2017) أن الأسر التي تمتلك دعماً اجتماعياً غنياً تكون أكثر قدرة على المتابعة المستمرة للبرامج التأهيلية وأقل عرضة للاحتراق النفسي.

3-3- الدعم التربوي والتأهيلي: يركز هذا النوع من الدعم على تدريب الأسرة على استراتيجيات عملية تساعد في تنمية مهارات طفلها، سواء كانت مهارات لغوية، اجتماعية، سلوكية، أو حركية. كما يشمل إرشاد الوالدين حول كيفية متابعة الخطط التربوية الفردية، والتعاون مع المدرسة أو المراكز التأهيلية لضمان تحقيق أهداف التدريب. ويؤكد هيوارد (2018) أن الأسرة شريك تربوي أساسي وأن نتائج التدخل تكون أفضل عندما تتعلم الأسرة تطبيق المهارات في الحياة اليومية..

3-4- الدعم الاقتصادي والخدمات: تواجه بعض الأسر أعباء مالية بسبب تكاليف الرعاية والعلاج والتأهيل مما يجعل توفير الدعم الاقتصادي من خلال المؤسسات الحكومية أو الجمعيات المتخصصة أمراً ضرورياً. وقد تشمل أشكال هذا الدعم تخفيض تكاليف الخدمات، توفير مساعدات مادية أو توفير برامج تمويل للرعاية التأهيلية. بحسب العنزي (2018) فإن الضغوط الاقتصادية تمثل أحد أكبر التحديات التي تعيق الأسرة عن الاستمرار في تقديم الرعاية المناسبة، مما يجعل خدمات الدعم المالي عاملاً حاسماً في تحسين جودة حياتها.

3-5- الدعم الإرشادي في مهارات التعامل اليومي: تحتاج الأسر غالباً إلى إرشادات عملية في إدارة السلوك وتنظيم الروتين اليومي وتعزيز الاستقلالية لدى الطفل. ويستفيد الوالدان من تعلم مهارات مثل التعزيز، تشكيل السلوك، الحد من السلوكيات غير التكيفية، وتنظيم بيئة المنزل بما يراعي احتياجات الطفل الخاصة. ويرى الجندي (2021) أن تدريب الأسر على مهارات التعامل اليومي يساهم في تقليل المشكلات السلوكية ويعزز الثقة الوالدية.

4- الشراكة الفعالة بين الأسرة والمرشد:

تشمل مبادئ الشراكة:

- ❖ الاحترام والتقدير: معاملة الأسرة كشريك أساسي.
- ❖ الشفافية وتبادل المعلومات: إعلام الأسرة بكل التفاصيل المتعلقة بالطفل.
- ❖ المشاركة في اتخاذ القرار: إشراك الأسرة في تحديد الأهداف والخطط العلاجية.
- ❖ تمكين الأسرة: تزويد الوالدين بالأدوات المعرفية والمهارية لتطبيق التدخلات.
- ❖ الدعم المستمر والمتابعة: المتابعة الدورية وإعادة تقييم الخطة.
- ❖ مراعاة الثقافة والقيم: احترام ثقافة الأسرة ومعتقداتها في تقديم الخدمات.

للماضرة الثانية عشر: التدريب المهني والتأهيل

تمهيد:

إن قضايا دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع من أبرز التحديات التي تواجه المجتمعات المعاصرة خاصة في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية السريعة التي يشهدها العالم. لذا فإن هؤلاء الأفراد غالباً ما يواجهون قيوداً متعددة تمنعهم من المشاركة الكاملة في الحياة التعليمية الاجتماعية والمهنية، مما يؤدي إلى شعورهم بالعزلة أو التهميش. وفي هذا السياق يأتي التدريب المهني والتأهيل كأداة استراتيجية وأساسية لتمكينهم من تطوير مهاراتهم العملية والمهنية بما يتناسب مع قدراتهم الفردية إضافة إلى تعزيز الجوانب النفسية والاجتماعية التي تدعم اندماجهم الكامل في المجتمع. فالتدريب المهني لا يقتصر على تعليم مهارة محددة، بل يشمل أيضاً تهيئة الأفراد لمواجهة تحديات سوق العمل وفهم بيئة العمل وتطوير القدرة على التكيف مع مختلف الظروف، وهو ما يعزز شعورهم بالاعتماد على الذات والاستقلالية.

1- تعريف التدريب المهني:

بحسب منظمة اليونسكو (2017) UNESCO فإن التدريب المهني للأشخاص ذوي الإعاقة هو مجموعة من الأنشطة التعليمية والتطبيقية المصممة لتطوير مهاراتهم بما يتناسب مع قدراتهم واحتياجات سوق العمل". كما يرى براون وآخرون (2020) Brown & al . " أن التدريب المهني لا يقتصر على تعليم المهارات فقط بل يشمل إعداد الأفراد لسوق العمل وتمكينهم من الاعتماد على أنفسهم اقتصادياً واجتماعياً". ويعرفه سيمانسكي وباركر (2003) Szymanski & Parker بأنه "مجموعة من البرامج والإجراءات التي تهدف إلى تمكين الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من اكتساب مهارات عملية ومهنية مرتبطة بسوق العمل بشكل يتناسب مع قدراتهم الفردية ووتيرة تعلمهم".

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن التدريب المهني يمثل خطوة محورية في تمكين الحالات الخاصة من اكتساب مهارات عملية مرتبطة بسوق العمل، إذ يركز على أساليب تعليمية تطبيقية تساعد على تطوير مهارات محددة تتناسب مع قدراتهم. وتؤهلهم لأداء مهام مهنية واقعية، مما يساهم في تحسين جاهزيتهم للعمل ورفع مستوى استقلاليتهم، ورغم فعاليته إلا أن نجاحه يتطلب تكييف البرامج التدريبية وبيئات العمل بما يتواءم مع طبيعة الإعاقة واحتياجات كل فرد.

2- تعريف التأهيل المهني؛

اعتبر ليندسي وماكدوجال (2016) Lindsay & McDougall أن التأهيل المهني "هو برنامج متكامل يربط بين تدريب المهارات العملية والدعم النفسي والاجتماعي لضمان دمج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع".

وحسب منظمة الصحة العالمية (2018) WHO فهو "عملية تمكين الأفراد ذوي الإعاقة من تحقيق أقصى درجات الاستقلالية والاندماج الاجتماعي عبر تنمية القدرات النفسية والاجتماعية والمهنية".

فيما اعتبره عبد الستار إبراهيم (2020) بأنه "العملية الشاملة التي تشمل تنمية المهارات المهنية الدعم النفسي والاجتماعي، وتكييف البيئة، لتمكين ذوي الاحتياجات الخاصة من المشاركة الفعالة في المجتمع".

من خلال ما سبق يتضح أن التأهيل المهني عبارة عن عنصر تكميلي للتدريب المهني، فهو عملية شاملة تهدف إلى تنمية القدرات النفسية والاجتماعية والمعرفية، لضمان أن يكون الفرد قادراً على التكيف مع المجتمع والمساهمة فيه بفعالية. ويشمل ذلك الدعم النفسي، تحسين المهارات الاجتماعية، وتكييف البيئة التعليمية والمهنية لتناسب مع الاحتياجات الفردية لكل فرد.

3- أهمية التدريب المهني والتأهيل في دمج الحالات الخاصة في المجتمع؛

إن التدريب المهني والتأهيل يعتبران من أبرز المسارات التي تدعم دمج الحالات الخاصة في المجتمع إذ يسهمان في تمكينهم من اكتساب مهارات عملية واجتماعية تعزز مشاركتهم الفاعلة في مجالات الحياة ويتيح هذان المساران فرصاً حقيقية للاستقلالية والانخراط في سوق العمل، مما يرفع من جودة حياة ذوي الاحتياجات الخاصة ويقلل من تبعيتهم للغير، كما يمثلان أداة استراتيجية لتحقيق العدالة الاجتماعية من خلال توفير بيئات وتسهيلات تضمن تكافؤ الفرص لجميع الأفراد. وفيما يلي شرح لتلك الأهمية:

1-3- الأهمية النفسية: يمثل البعد النفسي أحد أهم الجوانب التي تتأثر مباشرة ببرامج التدريب والتأهيل لأن ذوي الاحتياجات الخاصة يعيشون غالباً تحديات مرتبطة بصورة الذات وتقدير الذات. وهنا يسهم التدريب والتأهيل في بناء قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة بصورة تسمح لهم بالاعتماد على أنفسهم في إنجاز المهام اليومية والمهنية. ويؤدي هذا التطور إلى تعزيز ثقتهم بأنفسهم وتحسين قدرتهم على اتخاذ القرارات المتعلقة بمستقبلهم المهني والاجتماعي، كما يقلل من مستوى الاعتماد على الأسرة والمؤسسات ويفتح المجال أمام حياة أكثر استقلالية. ومن بين الآثار النفسية للتدريب والتأهيل المهني نذكر:

- ❖ تعزيز تقدير الذات والكرامة الشخصية: حيث يشعر المعاق بأنه قادر على العطاء وأنه ليس عبئاً على الأسرة أو المجتمع مما يعيد بناء صورة إيجابية عن الذات.
- ❖ تنمية الشعور بالاستقلالية والسيطرة على الحياة: فالتدريب المهني يمنح الشخص الأدوات لممارسة الحياة اليومية بثقة ويساعده على اتخاذ قراراته بنفسه، ما يقلل الاعتمادية.
- ❖ الحد من القلق والاكتئاب: المشاركة الفعالة في برامج التدريب والتأهيل تقلل من مشاعر العزلة والوحدة والانسحاب الاجتماعي وتمنح الفرد قدرة أكبر على التعامل مع الإحباط.
- ❖ وجود هدف وظيفي يخلق إحساساً بالاتجاه والمعنى.
- ❖ التعرض لمواقف واقعية يبني المرونة النفسية ويطور مهارات التكيف والتعامل مع الضغوط.
- ❖ الشعور بالقدرة على الإنتاج يدعم الصحة النفسية بصورة مستمرة ويحسن صورة الذات .

2-3- الأهمية الاجتماعية: تعد الجوانب الاجتماعية من أهم الأبعاد التي يركز عليها التدريب المهني والتأهيل فلا يقتصر تأثيرهما على تطوير المهارات فقط بل يمتد ليشمل تحسين تفاعل ذوي الاحتياجات الخاصة مع محيطهم. ويسهم التدريب في تعزيز حضورهم داخل المجتمع وتوسيع شبكة علاقاتهم وتغيير نظرة الآخرين لقدراتهم، مما يجعل منه أداة أساسية لدعم الدمج الاجتماعي الشامل. ونذكر هنا :

- ❖ تعزيز الاندماج الاجتماعي الحقيقي: يساعد التدريب المهني على إدماج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في محيطهم الاجتماعي من خلال تفاعلهم المستمر مع الآخرين داخل بيئات العمل أو مراكز التدريب ويسهم هذا الاحتكاك اليومي في الحد من العزلة الاجتماعية، ويفتح المجال أمام تكوين علاقات جديدة تعزز شعورهم بالانتماء للمجتمع.
- ❖ زيادة القبول المجتمعي وتغيير الصور النمطية: يسهم وجود الأشخاص ذوي الإعاقات في سوق العمل وفي مواقع مهنية فاعلة في تغيير نظرة المجتمع لقدراتهم، مما يؤدي تدريجياً إلى كسر الصور النمطية السلبية المرتبطة بالإعاقة. كما يساهم نجاحهم العملي في تعزيز قيم المساواة والاحترام داخل المجتمع.
- ❖ تخفيف الضغوط داخل الأسرة: عندما يصبح الفرد قادراً على المساهمة في الأنشطة المهنية والاجتماعية من خلال التدريب والتأهيل، ينتقل من دور "متلقي الدعم" إلى "مساهم". وهذا يحسن دينامية العلاقات داخل الأسرة، ويقلل من التوترات والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالعجز أو البطالة.
- ❖ بناء مهارات اجتماعية أساسية: تعمل برامج التدريب المهني على تنمية مهارات اجتماعية مهمة مثل مهارات التواصل، العمل ضمن فريق، احترام الوقت، والالتزام بالمهام. وهذه المهارات لا تسهم فقط في النجاح المهني، بل تعزز أيضاً القدرة على التفاعل الاجتماعي الإيجابي.

- ❖ تعزيز المشاركة في الأنشطة والمجتمع المهني: يسمح التدريب المهني للفرد بأن يصبح جزءاً من مؤسسات مهنية أو جمعيات أو مجموعات تدريبية، مما يعزز اندماجه في الحياة الاجتماعية والعملية وتزيد هذه المشاركة من الشعور بالمسؤولية وتدعم مكانته الاجتماعية داخل المجتمع.
- ❖ تقوية العلاقات الأسرية والمجتمعية: يساهم اكتساب المهارات العملية والمهنية في رفع تقدير الأسرة والمجتمع للفرد، مما ينعكس إيجاباً على نوعية العلاقات الاجتماعية ويعزز الدعم المتبادل.
- ❖ تقليل الوصمة الاجتماعية وتعزيز الدعم المجتمعي: تظهر برامج التأهيل والتدريب إمكانات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وقدرتهم على الإنتاج، وهو ما يساهم في خفض الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة، وتشجيع المجتمع على توفير دعم أكبر لهم.

3-3- الأهمية الاقتصادية: يساهم التدريب المهني والتأهيل في تعزيز مشاركة ذوي الاحتياجات الخاصة في سوق العمل وتحويلهم إلى قوة إنتاجية فاعلة، ويساهم هذا الاندماج في تقليل الأعباء المالية على الأسرة والدولة، ويدعم النمو الاقتصادي من خلال توسيع قاعدة الموارد البشرية وخلق فرص جديدة.

- ❖ تمكين الاعتماد على الذات اقتصادياً: يتيح التدريب المهني فرص عمل مناسبة لقدرات الأفراد ويساعد على تحقيق دخل شخصي يرفع الشعور بالقيمة والاستقلال.
- ❖ تقليل العبء المالي على الأسرة والدولة: مشاركة الفرد في العمل تقلل من تكاليف الرعاية طويلة المدى ويخفف الضغط على ميزانيات الرعاية الاجتماعية والحماية.
- ❖ إدماج فئة جديدة من الموارد البشرية في الاقتصاد: يمثل ذوو الاحتياجات الخاصة قوة إنتاجية قابلة للتطوير إذا تم تأهيلهم جيداً ويساهمون في تطوير القطاعات المهنية والحرفية وزيادة التنوع المهني.
- ❖ دعم الاقتصاد الوطني: زيادة نسبة العمالة والمشاركة الاقتصادية وتشجيع المؤسسات على تكييف بيئات العمل، مما يفتح فرصاً اقتصادية جديدة.
- ❖ فتح فرص ريادة الأعمال: تعتمد بعض برامج التأهيل على دعم المشاريع الصغيرة والعمل الحر.

4-3- الأهمية التعليمية:

توفر الجوانب التعليمية للحالات الخاصة فرصاً منهجية لاكتساب المعارف والمهارات التي تمكنهم من تعويض جوانب القصور عبر استراتيجيات مدروسة تضمن التعلم الفعال والتكيف مع متطلبات الحياة اليومية والدراسة والعمل الإيجابي، ويساهم هذا المسار التعليمي والتأهيلي في دعم استقلاليتهم ورفع مستويات تقدمهم وتعزيز مشاركتهم الفاعلة داخل المجتمع. وفيما يلي بعض المزايا التي يقدمها التدريب والتأهيل المهني في المجال التعليمي:

- ❖ تنمية القدرات المعرفية والأكاديمية: تعمل البرامج التعليمية المصممة لذوي الاحتياجات الخاصة على تطوير مهارات القراءة والكتابة والحساب وكذا مهارات التفكير وحل المشكلات، كما تساعد في تنمية قدرة الفرد على التعلم المستمر والاندماج في السياقات المدرسية والجامعية.
- ❖ بناء مهارات الحياة اليومية: تدعم الجوانب التأهيلية اكتساب مهارات تساعد الفرد على إدارة شؤونه اليومية مثل التنظيم، العناية الذاتية، التعامل مع المواقف الحياتية واستخدام الموارد المتاحة مما يعزز درجة استقلالته ويقلل من اعتماده على الآخرين.
- ❖ تطوير مهارات التعلم الذاتي: تركز البرامج التعليمية والتأهيلية على تنمية القدرة على التعلم الذاتي والتخطيط واستخدام استراتيجيات فعالة في الدراسة مما يجعل الفرد أكثر قدرة على متابعة تعليمه داخل المؤسسات أو عبر التعلم المستقل.
- ❖ تحسين مهارات التواصل والتفاعل: تسهم هذه البرامج في تطوير قدرات التواصل اللفظي وغير اللفظي وفهم التعليمات والمشاركة في الأنشطة، وهذا يعزز اندماج الفرد في البيئة التعليمية ويقوي تفاعله الاجتماعي.
- ❖ دعم الانتقال من التعليم إلى التدريب المهني: توفير قاعدة أساسية للانتقال نحو التأهيل المهني إذ يكتسب الفرد معرفة أولية تؤهله للتدريب المتخصص، وتساعد على اختيار المسار المهني المناسب ويسهم ذلك في تسهيل الاندماج في سوق العمل مستقبلاً.

4- تطوير مهارات التوظيف والاعتماد على الذات:

- يقصد بمهارات التوظيف **Employability Skills** مجموعة القدرات والمعارف والسلوكيات التي تسمح للفرد بالحصول على عمل والاحتفاظ به والتطور فيه، ويعرفها **يورك (2006) Yorke** بأنها "مجموعة من الإنجازات والقدرات والصفات الشخصية التي تجعل الخريج قادراً على الحصول على وظيفة والمحافظة عليها والتقدم فيها". فيما يضيف **روبلز (2012) Robles** ما أسماه بالمهارات الناعمة كجزء من مهارات التوظيف وهي تلك "المهارات الشخصية والاجتماعية والسلوكية التي تعد أساساً لنجاح الفرد في بيئة العمل وتشمل التواصل العمل الجماعي، حل المشكلات، والأخلاقيات المهنية". وبناء على ذلك يمكننا تقسيم مهارات التوظيف إلى:
- ✓ المهارات العامة **Soft Skills** : مثل التواصل، العمل الجماعي، الانضباط، حل المشكلات، المرونة.
 - ✓ المهارات المهنية **Hard Skills** : المهارات المرتبطة بالمهنة نفسها كمهارات الحاسوب، المهارات اليدوية....
 - ✓ مهارات الاستعداد للعمل **Work Readiness** : الالتزام بالمواعيد، اتباع التعليمات، احترام الأنظمة.
 - ✓ مهارات إدارة الذات **Self-Management Skills** : تنظيم الوقت، ضبط الانفعالات، واتخاذ القرار...

يعتبر تطوير مهارات التوظيف وتمكين الأفراد من الاعتماد على الذات أحد المرتكزات الأساسية في برامج التدريب المهني والتأهيل للحالات الخاصة، إذ تمثل هذه المهارات جسرا بين عملية التأهيل والاندماج الفعلي في سوق العمل وفي المجتمع. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن مهارات التوظيف لا تقتصر على المهارات التقنية المرتبطة بطبيعة المهنة بل تشمل مجموعة أوسع من القدرات المعرفية والاجتماعية والسلوكية والتنظيمية التي تمكن الفرد من أداء دوره المهني بفعالية واستقلالية (Werner, 2021) ، ويعتبر باندورا (Bandura 1997) أن تعزيز الكفاءة الذاتية Self-Efficacy يمثل مدخلا مركزيا في تطوير قدرة الفرد على اتخاذ القرارات المهنية وتحمل المسؤولية والتخطيط لمستقبله العملي، مما يجعل الاعتماد على الذات جزءا أساسيا من النمو النفسي والاجتماعي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. كما يوضح ويeman (2013) أن برامج التدريب المهني القائمة على الممارسة الميدانية والبيئات الواقعية ترفع من فرص التوظيف المستدام لدى هذه الفئة لأنها تعلمهم مهارات التنظيم، إدارة الوقت، حل المشكلات، والتواصل المهني.

أما من الناحية السلوكية فإن نماذج تعديل السلوك تبرز دور تعزيز السلوكيات المهنية المناسبة مثل الالتزام، الدافعية والمثابرة، وهي مهارات ترتبط مباشرة بنجاح الفرد في بيئات العمل (Kazdin, 2017) ويرى هالاهاان وكوفمان (2020) أن تنمية مهارات التواصل والتفاعل والقدرة على العمل مع الفريق تمكن الأفراد ذوي الحالات الخاصة من التكيف مع متطلبات سوق العمل، وتقلل من العزلة الاجتماعية.

ويشير سيد سليمان (2019) إلى أن الاعتماد على الذات ليس هدفا فرديا فحسب بل يعد أساسا في تحقيق التمكين Empowerment وهو مبدأ محوري في الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة حيث يتيح للفرد التحكم في قراراته المهنية واكتساب استقلالته الاقتصادية وبناء تقدير ذات مرتفع والمساهمة الفعلية في الإنتاج داخل المجتمع، كما توضح ليندزي (Lindsay 2011) أن إدماج الحالات الخاصة في سوق العمل يساهم في تحسين النظرة المجتمعية لقدراتهم ويحد من الصور النمطية التي ترتبط بالإعاقة. ويعد التدريب المهني وسيلة فعالة للحد من مخاطر التهميش والإقصاء، إذ يساهم في تجنب البطالة الطويلة التي قد تؤدي إلى العزلة الاجتماعية. وفي الجانب النفسي يساهم العمل المنتظم في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى الرضا النفسي عبر بناء هوية مهنية إيجابية ودور اجتماعي فعال.

5- آليات تطوير مهارات التوظيف :

تشير الكثير من الاتجاهات الحديثة إلى أن البرامج التدريبية المتكيفة مع قدرات الفرد ترفع من جاهزيته المهنية وتزيد من فرص التوظيف الفعلي، ويلعب هنا الإرشاد المهني دورا محوريا في بناء المسار المهني للفرد، حيث يساعده على تحديد ميوله المهنية واتخاذ قرارات أكثر واقعية بخصوص مستقبله الوظيفي.

ومن بين الخطوات العملية لتطوير مهارات التوظيف لدى الحالات الخاصة يمكن ذكر:

❖ المحاكاة العملية للبيئة المهنية (Workplace Simulation)

- تصميم ورش عمل أو غرف تدريب تحاكي بيئة العمل الواقعية.
- تمكين المتدرب من تجربة مهام مهنية محددة قبل الانتقال إلى سوق العمل.
- تدريب المتدرب على التعامل مع أدوات العمل والتقنيات المستخدمة في المهنة.

❖ التدريب على المهارات الاجتماعية والتواصل (Social Skills Training)

- تمارين جماعية لتعزيز مهارات التواصل الفعال مع الزملاء والعملاء.
- تعليم أساليب التعامل مع النزاعات وحل المشكلات المهنية.
- ممارسة السلوكيات المطلوبة في بيئة العمل مثل الانضباط واحترام الوقت.

❖ التدريب على المهارات الحياتية اليومية (Life Skills Training)

- تدريب على إدارة المال الشخصي، التسوق، والتنقل المستقل.
- تطوير مهارات اتخاذ القرار في المواقف اليومية والمهنية.
- تعليم استراتيجيات التكيف مع الضغوط والتحديات اليومية.

❖ تدريب الكفاءة النفسية والاعتماد على الذات (Psychological & Self-Reliance Training)

- تمارين لتعزيز الثقة بالنفس وتقدير الذات.
- تطوير القدرة على التحمل النفسي وإدارة التوتر.
- تعليم التفكير العملي واتخاذ المبادرات الفردية في العمل.

❖ التدريب العملي في مؤسسات حقيقية (Internships / Work-Based Learning)

- إتاحة فرص للتدريب داخل شركات أو مؤسسات حكومية أو غير ربحية.
- اكتساب خبرة مهنية مباشرة تحت إشراف متخصصين.
- تجربة بيئة العمل الواقعية والتعرف على متطلبات الإنتاجية والانضباط.

❖ التقييم والمتابعة المستمرة (Continuous Assessment & Feedback)

- وضع خطط تدريب فردية بناءً على قدرات واحتياجات كل متدرب.
- متابعة الأداء وإعطاء تغذية راجعة مستمرة لتحسين المهارات.
- تعديل البرامج التدريبية حسب التقدم والاحتياجات المكتشفة.

❖ إشراك الأسرة والدعم المجتمعي (Family & Community Engagement)

- إشراك الأسرة في متابعة تقدم المتدرب وتعزيز الاعتماد على الذات.
- تهيئة بيئة مجتمعية داعمة لتطبيق المهارات المكتسبة في الحياة اليومية والعمل.

الماضرة الثالثة مشر: المناصرة والدفاع من حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

تعتبر المناصرة والدفاع عن حقوق الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أحد أهم المحاور الحديثة في مجالات التربية الخاصة والتشريعات والعمل الاجتماعي، ومع التحولات الحقوقية العالمية التي رسخت مبدأ الحقوق للجميع دون تمييز، أصبح تمكين هذه الفئة من الدفاع عن نفسها وتوفير أنظمة تحمي مصالحها وتضمن مشاركتها الفعالة في المجتمع ضرورة إنسانية وقانونية. لهذا فقد تطور مفهوم المناصرة *Advocacy* ليشمل جهوداً فردية ومؤسسية تهدف إلى تمكين ذوي الاحتياجات الخاصة من الحصول على حقوقهم في التعليم والصحة والعمل والحياة الاجتماعية ومناهضة جميع أشكال التمييز والإقصاء. وتهدف هذه المحاضرة إلى تقديم رؤية شاملة لمفهوم المناصرة وأنواعها ومبادئها واستراتيجياتها، وكذا توضيح دور المؤسسات والأسر والمرشدين في دعم ذوي الاحتياجات الخاصة

1- مفهوم المناصرة والدفاع عن الحقوق:

1-1- **التعريف اللغوي:** المناصرة في اللغة مشتقة من الفعل "نصر" بمعنى أعان وساعد ووقف إلى جانب شخص في قضية ما، كما يرد بمعنى تأييد الحق ودفع الظلم عن الغير، وفي لسان العرب ورد أن النصر هو العون المباشر الذي يقدمه الفرد لغيره دفاعاً عن حق أو رفعا لضرر (ابن منظور، ص 142) .

2-1- التعريف الاصطلاحي:

اعتبر ويمير أن المناصرة هي "مجموعة من الاستراتيجيات والأنشطة المنظمة التي تهدف إلى تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على حقوقهم والتأثير في السياسات والخدمات التي تمس حياتهم". (Wehmeyer , 2013 ;p.45).

وعرفها جيمس وسولي بأنها "عملية دعم الأفراد المهمشين للتعبير عن احتياجاتهم والتأثير في القرارات التي تخص حياتهم، وتعزيز مشاركتهم الفعالة في المجتمع". (James & Scully, 2017,p.62).

وتعرف في السياق الحقوقي بأنها مجموعة من الجهود المنظمة التي تهدف إلى التأثير في السياسات والقرارات وضمان حصول الأفراد أو الفئات على حقوقهم المشروعة من خلال حملات إعلامية أو قانونية أو اجتماعية تقوم بها منظمات أو جماعات أو أفراد يمتلكون المعرفة بقضية محددة (سليمان، 2018، ص 215).

ويظهر من مجمل التعريفات السابقة أن المناصرة تقوم على مجموعة من الاستراتيجيات والأنشطة الموجهة نحو دعم الوصول إلى الخدمات والفرص وتعزيز المشاركة الفعالة في المجتمع ومواجهة مختلف أشكال التمييز لذا يمكن القول أنها عملية متعددة الأبعاد تشمل التوعية، التأثير في السياسات، الدفاع القانوني، ودعم الأفراد كي يمتلكوا القدرة على إدارة حياتهم والمطالبة بحقوقهم، ضمن رؤية إنسانية قائمة على العدالة والكرامة.

2- أنواع المناصرة لذوي الاحتياجات الخاصة:

يمكن تصنيف المناصرة في ميدان الإعاقة إلى عدة أنواع رئيسية تتكامل فيما بينها لضمان دعم شامل وفعال:

- ❖ **المناصرة الذاتية Self-Advocacy**: هي قدرة الشخص ذي الإعاقة على التعبير عن احتياجاته وحقوقه واتخاذ القرارات المتعلقة بحياته والمشاركة في المواقف التي تخصه بشكل مباشر، وتركز على الاستقلالية تنمية الثقة بالنفس، مهارات التواصل وصنع القرار.
- ❖ **المناصرة الأسرية Family Advocacy**: يقوم بها أفراد الأسرة للدفاع عن حقوق ابنهم وضمان حصوله على خدمات تعليمية وصحية وتأهيلية ملائمة، تلعب الأسرة دوراً محورياً في إزالة الحواجز والعقبات ومتابعة حقوق الطفل أو الراشد ذي الإعاقة.
- ❖ **المناصرة المهنية أو المؤسسية Professional Advocacy**: يمارسها الأخصائيون والمرشدون والمعلمون والعاملون داخل المؤسسات المختلفة، وتهدف إلى تحسين جودة الخدمات ضمان احترام المعايير توعية الأسر، ودعم الدمج الاجتماعي والتربوي.
- ❖ **المناصرة المجتمعية Community Advocacy**: يقوم بها أفراد ومجموعات داخل المجتمع للترويج لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة ونشر ثقافة القبول وتغيير الصور النمطية وتشمل الحملات الإعلامية المبادرات المجتمعية، وأنشطة التوعية.
- ❖ **المناصرة القانونية Legal Advocacy**: تركز على الدفاع القانوني عبر القوانين والتشريعات، رفع التمييز متابعة قضايا الحرمان من الحقوق، وتقديم الطعون القانونية.
- ❖ **المناصرة السياسية Policy Advocacy**: تهدف إلى التأثير في السياسات العامة، وضع التشريعات تعديل القوانين، ورسم برامج وطنية تخدم الأشخاص ذوي الإعاقة.
- ❖ **المناصرة الجماعية Collective Advocacy**: تمارسها منظمات المجتمع المدني أو مجموعات الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل جماعي لزيادة قوة التأثير والتفاوض، وتعتمد على التنظيم وتوحيد الأصوات.

3- مبادئ المناصرة لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة:

تمثل المناصرة إحدى أدوات الدفاع عن حقوق الحالات الخاصة، حيث تسهم في تحويل مطالبهم من مجرد احتياجات فردية إلى قضايا اجتماعية تتبناها المؤسسات والمجتمع، ولكي تكون المناصرة فعالة وقادرة على إحداث تغيير حقيقي لا بد أن تستند إلى مجموعة من المبادئ التي تشكل أساس العمل الحقوقي والاجتماعي الموجه نحو دعم ذوي الاحتياجات الخاصة، وفيما يلي أبرز هذه المبادئ:

- ✓ التمكين: تعزيز قدرة الشخص ذي الإعاقة على اتخاذ القرار والدفاع عن حقوقه.
- ✓ المساواة وعدم التمييز: ضمان الحصول على نفس الحقوق والخدمات دون تفرقة أو إقصاء.
- ✓ المشاركة: إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في الملفات التي تخص حياتهم وسياساتهم.
- ✓ الشفافية: توفير معلومات واضحة وموثوقة حول الحقوق والإجراءات والخدمات.
- ✓ المحاسبة: مساءلة المؤسسات عن مدى التزامها بتطبيق الحقوق وتحسين الخدمات.
- ✓ احترام الكرامة الإنسانية: التعامل مع ذوي الإعاقة كأفراد قادرين ولهم قيمة اجتماعية.
- ✓ الشراكة والتعاون: تنسيق الجهود بين الأسرة والمؤسسات والمجتمع المدني والجهات الرسمية.
- ✓ الاستناد إلى الأدلة: بناء جهود المناصرة على بيانات دقيقة وبحوث ومعطيات موثوقة.
- ✓ الاستدامة: الاستمرار في جهود المناصرة وعدم ربطها بظروف أو حملات مؤقتة.

4- دور المرشد في الدفاع عن حقوق الحالات الخاصة:

يعتبر المرشد النفسي والتربوي أحد أهم الفاعلين في منظومة المناصرة والدفاع عن حقوق الحالات الخاصة نظرا لقربه المباشر من الفرد والأسرة والمؤسسة، وتتجاوز مهامه الإرشادية التقليدية إلى أدوار حقوقية وقانونية ومجتمعية تهدف إلى ضمان حصول هذه الفئة على جميع حقوقها دون تمييز وتمييز بيئة تعليمية ومهنية داعمة. ويسهم المرشد في الوقاية من التمييز والإقصاء داخل المؤسسات من خلال مراقبة البيئة المدرسية أو المهنية ورصد مظاهر التنمر أو الإهمال أو التعسف، ويعمل على رفع تقارير دورية للإدارة واقتراح إجراءات تصحيحية تعزز تطبيق القوانين الخاصة بدمج ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يتدخل المرشد عند حدوث تجاوزات لحماية حق الفرد في بيئة آمنة ومنصفة. ويعمل على توجيه الأسرة والفرد نحو الجهات القانونية المختصة ويشرح لهم الإجراءات والخدمات المتاحة، إضافة إلى مساعدته في إعداد الملفات والطعون وطلبات الدعم مما يسهل وصولهم إلى المؤسسات الرسمية ويحمي حقوقهم (James & Scully, 2017).

وعبر التنسيق بين مختلف الجهات، كالمؤسسة التعليمية والأسرة ومراكز التأهيل والأطباء والجمعيات يضمن المرشد تكامل الخدمات الموجهة للفرد وتقديم مقترحات تطويرية متعلقة بدمج الحالة ودعمه إلى جانب اقتراح برامج تدريب للمعلمين والموظفين حول كيفية التعامل السليم مع الإعاقة والعمل على بناء بيئة داعمة وشاملة من خلال تغيير الاتجاهات السلبية داخل المؤسسة، وتنظيم حملات التوعية والأنشطة والورشات التي تعزز ثقافة التنوع وقبول الاختلاف، ويساهم هذا الدور في ترسيخ مناخ إيجابي يحفز مشاركة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

وفي مواقف معينة يتولى المرشد الدفاع المباشر عن حق محدد للحالة، مثل ضمان تكييف الاختبارات أو توفير الأدوات المساعدة، أو حماية الفرد من بيئة سيئة، أو مراجعة قرار إداري غير عادل، أو دعمه للالتحاق ببرنامج مناسب، فيستخدم نتائج التقييم كوثيقة رسمية تلزم المؤسسة بتقديم الخدمات المناسبة ويراقب تنفيذ هذه الخدمات بشكل مستمر لمنع أي حرمان أو تقصير (Harrington, 2019).

وبما أن عملية المناصرة قد تكون مرهقة نفسياً، يقدم المرشد دعماً انفعالياً وعاطفياً للفرد وأسرته ويساعدهم على تخفيف الضغط واتخاذ القرارات الرشيدة للرفع من قدرتهم على الاستمرار بثقة في الدفاع عن حقوقهم. ويولي المرشد أهمية كبيرة لتمكين الأسرة، من خلال توجيهها إلى فهم حقوق طفلها وكيفية المطالبة بها وتدريبها على التعامل داخل المؤسسات ومساعدتها على قراءة الوثائق القانونية والتقارير الطبية مما يعزز قدرتها على لعب دور فعال في المناصرة.

5- التوعية والتثقيف المجتمعي :

تعتبر عمليتا **التوعية Awareness** و**التثقيف Education** إحدى أهم ركائز المناصرة والدفاع عن حقوق الحالات الخاصة، حيث أن رفع مستوى الوعي المجتمعي يمثل خطوة أساسية لتغيير الاتجاهات السلبية وإزالة الوصم وتحقيق الدمج الشامل. فغياب الوعي المجتمعي يؤدي غالباً إلى التمييز والحرمان من الخدمات وإقصاء الفئات الخاصة من المشاركة الفاعلة في المجتمع، بينما يساهم الوعي الصحيح في خلق بيئة داعمة تتبنى مبادئ المساواة والعدالة. لذا فإن التوعية بحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة تمثل خطوة أساسية لتعزيز تطبيق التشريعات الوطنية والدولية مثل الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة **CRPD** التي تؤكد على الحق في التعليم والصحة والعمل والمشاركة المجتمعية (الأمم المتحدة، 2006)، ويساهم نشر المعرفة بهذه الحقوق في تفعيل القوانين داخل المؤسسات وتوجيه الممارسات نحو معايير الدمج.

كما يساهم التثقيف حول طبيعة الإعاقة في تصحيح المفاهيم الخاطئة ودعم النموذج الاجتماعي الذي يؤكد أن العوائق البيئية والاجتماعية هي التي تعيق المشاركة وليست الإعاقة ذاتها (Shakespeare, 2014) ويمتد دور التوعية ليشمل تغيير الاتجاهات المجتمعية نحو قيم القبول والشمول واحترام الاختلافات حيث تشير الأبحاث إلى أن حملات التوعية تقلل من التمييز والتنمر داخل المؤسسات التعليمية والمجتمعية (Lindsay & al., 2011)، وتمثل توعية الأسرة محورا هاما لأنها تمكن الوالدين من فهم احتياجات طفلهم وحقوقه والدفاع عنها بفاعلية (Turnbull & al., 2015) ويشمل ذلك أيضا تدريب العاملين من معلمين وأخصائيين وإداريين حول تعزيز بيئات تعليمية دامجة، حيث تلعب وسائل الإعلام ووسائط التواصل الاجتماعي دورا حاسما في تشكيل وعي المجتمع من خلال نشر قصص النجاح وتقديم نماذج إيجابية عن الأشخاص ذوي الإعاقة مما يعزز تقبل الدمج ومواجهة الوصم الاجتماعي (Ellis, 2018).

كما تتطلب هذه الجهود بناء شراكات بين المدارس والجمعيات والهيئات الحكومية لخلق رأي عام داعم وتزيد من تقبل السياسات الجديدة وتوفير سندا للجهود المبذولة، وتشكل مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في صنع السياسات ركنا أساسيا من أركان المناصرة الحديثة، إذ توصي الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CRPD بضمن إشراك هذه الفئات بشكل مباشر في التخطيط واتخاذ القرار ويضطلع المرشد بدور مهم عبر نقل صوت الفئات الهشة إلى الجهات الرسمية من خلال التقارير المهنية والمشاركة في اللجان المؤسسية ذات الصلة بالدمج وتحسين جودة الخدمات، ويتطلب هذا الجهد تعاوننا مع منظمات حقوق الإنسان والمجتمع المدني والهيئات الحكومية لتعزيز الضغط السياسي والمناصرة الجماعية (Barnes & Mercer, 2010).

الماضرة الرابعة عشر: نموذج لدراسة الحالة الخاصة

1. بيانات تعريفية بالقائم على دراسة الحالة:

	اللقب والاسم
	الصفة
	رقم الهاتف
	تاريخ ملئ الاستمارة

2. بيانات تعريفية بالحالة:

	اسم الطفل
انثى ()	ذكر ()
	الجنس
	تاريخ ومكان الميلاد
	العنوان الشخصي
	زمرة الدم

3. معلومات عن الإحالة:

	الجهة المحولة
	اسم القائم بالتحويل
	وظيفته
	تاريخ التحويل
	رقم هاتف الجهة المحولة

.....	-	ملخص لمشكل الحالة (أنواعها وأعراضها) كما يرونها ولي الأمر
.....	-	
.....	-	
.....	-	
.....	-	
.....	-	
.....	-	
.....	-	
.....	-	

4. بيانات تعريفية أولية عن الوالدين والإخوة:

المعلومة	الأب	الأم
الاسم		
تاريخ الميلاد		
الحالة الصحية		
المستوى التعليمي		
المهنة		
رقم الهاتف		

مع من يقيم الطفل	
هل توجد صلة قرابة بين الوالدين	نعم () لا ()
عدد الإخوة	
عدد الذكور	
عدد الإناث	
ترتيبه بين إخوته	
هل الأبوين منفصلين؟	نعم () لا ()
أكثر أفراد الأسرة قربا من الطفل	

5. معلومات عن أفراد آخرين يقيمون مع الطفل:

الاسم	الجنس	تاريخ الميلاد	العمر	الحالة الصحية	المستوى التعليمي
1.					
2.					

6. هل يعاني أحد الأقارب من أي مرض مما في الجدول:

المرض أو الاضطراب	صلة القرابة	المرض أو الاضطراب	صلة القرابة
نوبات الصرع		نشاط زائد	
تأخر حركي		اضطراب التواصل	
إعاقة سمعية		ضمور في العضلات	
إعاقة بصرية		تشوهات جسمية	
صعوبات التعلم		تأخر الكلام	
إعاقة عقلية		مشكلات سلوكية	
إعاقة نمائية		مشكلات معرفية	
اضطراب طيف التوحد		مشكلات اجتماعية	
اضطراب الانتباه		مشكلات نفسية	

7. التاريخ الصحي لأم الحالة (أثناء الحمل / الولادة / بعد الولادة):

أثناء الحمل		أثناء الولادة		بعد الولادة	
الحمل مرغوب فيه؟	نعم.... لا....	الولادة في وقتها؟	نعم.... لا....	وزن الطفل	
عمر الأم عند الحمل		الولادة عسيرة؟	نعم.... لا....	هل صرخة الميلاد كانت في وقتها؟	نعم.... لا....
مدة الحمل		طبيعة الولادة	طبيعية.... قيصرية....	هل عانى من اختناق أثناء الولادة؟	نعم.... لا....
ترتيب الحمل				نوع الرضاعة	طبيعية.... اصطناعية.... مختلطة....
أدوية أثناء الحمل	نعم.... لا....				

أمراض أخرى تذكر:

.....

8. حالة الطفل وتطوره:

	سن الحبو
	سن الجلوس
	سن المشي
	سن اكتساب الاستقلالية
	هل النمو مضطرب؟
	هل يأكل لوحده؟
	هل الحركات الدقيقة موجودة؟
	هل يجيب على الأسئلة؟

9. سيرورة النمو اللغوي:

	المنغاة
	سن الابتسامة
	سن اخراج اللسان
	سن ظهور الأسنان
	سن نطق أول حرف وما هو؟
	سن نطق أول كلمة
	هل يستعمل الإشارة

10. التكيف الوجداني:

	هل انفصل الطفل عن والديه؟
	هل الطفل اجتماعي؟
	هل يلعب مع الآخرين؟
	تعلق الطفل ب
	هل توجد مشكلات داخل الأسرة

11. مستوى الأداء الحالي للطفل:

الملاحظات	نعم/لا	العبرة
		هل لديه مشكلة في السمع؟
		هل لديه مشكلة في البصر؟
		هل اكتملت التطعيمات الأساسية؟
		هل يعاني من مشاكل في الكلام؟
		هل يعاني من مشاكل في الأكل؟
		هل يعاني من نوبات صرع؟
		هل يعاني من مشاكل في النوم؟
		هل يعاني من حساسية؟
		هل يتناول الطفل أي أدوية؟
		هل يعاني من مشاكل صحية أخرى؟
		هل يستجيب للمناداة؟
		هل يقوم بوضع يديه على أذنه عند
		هل يتوتر عند لمس جزء من جسده؟
		هل لديه حركات دوران؟
		هل يعاني من نوبات صراخ وغضب
		هل يمشي على أصابع قدميه؟
		هل يعاني صعوبة في التواصل البصري؟
		هل لديه صعوبة في التركيز؟
		هل الطفل عدواني؟
		هل يشعر بالألم؟

12. الجانب الحسي:

الملاحظات	نعم/لا	العبرة
		هل يتجاهل الإحساس بالألم والحرارة؟
		هل يتجاهل المثيرات البصرية؟
		هل يتجاهل المثيرات السمعية؟
		هل يستخدم الشم في التعرف على الأشياء؟
		هل يستخدم التذوق في التعرف على الأشياء؟

13. الجانب الحركي:

الملاحظات	نعم/لا	العبارة
		المشي
		الركض
		القفز
		صعود الدرج ونزوله
		الإمساك بالقلم
		الإمساك بالملعقة/ الأكواب ...
		فتح الأبواب

14. مهارات الاعتماد على النفس:

بمساعدة من	لا	نعم	المهارات
			هل يقضي حاجته بمفرده في الحمام؟
			هل يتناول الأطعمة بمفرده؟
			هل يساعد في المنزل؟
			هل يرتدي ملابسه بنفسه؟
			هل يخلع الملابس بمفرده؟

15. المهارات الأكاديمية:

- الكتابة
- القراءة
- الحساب
- الإملاء
- التحصيل الدراسي

16. اهتمامات الطفل:

- أشياء يجيدها ويحبها:

ألعاب	أطعمة	أماكن	أشخاص	مثيرات حسية

- أشفاء لا فففدها ولا فففها:

ألعاب	أطعمة	أماكن	أشخاص	مثيرات حسفة

ملاحظات أخرى تذكر:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

المرفشد النفسف

قائمة المراجع

- أبو ناصر، أحمد. (2018). التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار. (2010). أسس الصحة النفسية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- إبراهيم، عبد الستار. (2019). العلاج السلوكي المعرفي: الأسس والتقنيات. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الأشول، عبد المطلب أمين. (2014). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربي.
- بدار، محمد حسن. (2017). بناء البرامج الإرشادية. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بدر، خالد أحمد. (2018). أساليب الإرشاد لذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية. القاهرة: دار الكتب العلمية.
- برامر، لورانس، وشوستروم، إيفيريت. (1997). العلاج النفسي والإرشاد النفسي (ترجمة: عبد الرحمن الملا، أحمد عبد العزيز سلامة، إسماعيل عبد الفتاح). بيروت: دار الفكر العربي.
- التومي، محمد السيد. (2020). الإرشاد النفسي في التربية الخاصة. القاهرة: دار الكتاب الجديد المتحدة.
- الجندي، محمد عبد الله. (2021). الإرشاد السلوكي وتطبيقاته مع الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- حجازي، عبد الرحمن مصطفى. (2017). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- حسانين، منصور. (2020). مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الخطيب، جمال. (2014). التربية الخاصة وفتاتها. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال. (2019). مدخل إلى التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال، وعلي، مصطفى نمر. (2010). المدخل إلى التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال عبد الناصر، والحديدي، منى، والصمادي، جميل. (2002). الإرشاد النفسي في التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، عادل عبد الله. (2013). مدخل إلى التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، عبد العزيز. (2017). الإرشاد الأسري وتطبيقاته مع ذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخليفة، أحمد عبد الله. (2018). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.

- الخوالدة، أحمد محمد. (2019). تعديل السلوك لذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار الجنادرية للنشر والتوزيع.
- خير الله، سامي عبد الله. (2020). الإعاقة الفكرية. الرياض: دار النشر الدولي.
- خليفة، عادل محمد. (2018). الإرشاد النفسي: الأسس والنظريات والتطبيقات. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الدوسري، محمد. (2021). سياسات دمج ذوي الإعاقة في الوطن العربي. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- درويش، علي السيد. (2021). الإرشاد النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- ربيع، مصطفى السيد. (2020). مهارات الإرشاد النفسي. القاهرة: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- الرويشد، محمد علي. (2017). الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الزعبي، عبد الرحمن سليمان. (2018). تشخيص وتقييم ذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار الكتاب الجامعي.
- الزرعوني، أحمد. (2017). الإرشاد النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة. عمّان: دار الكتاب الجامعي.
- الزرعوني، عبد الخالق. (2017). الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة السمعية. عمّان: دار الكتاب الجامعي.
- الزرقاني، عبد الله. (2020). قضايا حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2011). مدخل إلى التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الزيات، أحمد فتحي. (2016). القياس النفسي والتربوي. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الزيات، فتحي محمد. (2018). الإعلام والإعاقة: صورة ذوي الاحتياجات الخاصة في الإعلام العربي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- السرطاوي، عادل، والصمادي، أحمد. (2019). مدخل إلى التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- السرطاوي، محمد. (2018). مدخل إلى التربية الخاصة. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الشخص، عبد العزيز. (2017). القياس والتقويم في التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشخص، عبد العزيز. (2019). مدخل إلى الفروق الفردية. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الشرقاوي، محمد عبد العظيم. (2016). الإعاقة العقلية والتوحد. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

- الشناوي، عبد العزيز. (2015). التكنولوجيا المساعدة لذوي الإعاقة: المفاهيم والتطبيقات. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الطيب، يوسف عبد الله. (2013). العلاج باللعب: النظرية والتطبيق. عمان: دار الكتاب الجامعي.
- العبدلي، محمد. (2016). مدخل إلى علم الإعاقة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- العثمان، محمد. (2016). الإرشاد الأسري: المبادئ والأساليب. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- عبد الستار، أحمد. (2010). علم النفس الإكلينيكي. بيروت: مكتبة لبنان ناشرون.
- عبد الرحمن، سامي. (2018). أسس الإرشاد النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الرحمن، سامية. (2020). أساليب الإرشاد النفسي والتربوي. الرياض: مكتبة العبيكان.
- عبد الرحمن، عبد السلام محمد. (2014). التواصل اللغوي لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- عبد الرحمن، عبد السلام محمد. (2019). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن، نادر، وعودة، ساهر. (2019). الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- عدس، عبد الرحمن. (2010). الإرشاد النفسي. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- العميرة، محمد. (2019). علم نفس الإعاقة والتأهيل. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- العنزي، نوف. (2018). الدعم الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- عطية، محمود هنا. (2015). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- فاضل، هاشم عبد الكريم. (2019). الإرشاد السلوكي المعرفي مع ذوي الاضطرابات النمائية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القحطاني، فهد. (2019). العلاج باللعب ومدخل تنمية مهارات الأطفال. القاهرة: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- القريوتي، يوسف، وجبر، محمد، والسرطاوي، عادل. (2015). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- القريوتي، عبد الرحمن. (2015). الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- القريوتي، عبد الرحمن، والخطيب، جمال، والسرطاوي، عبد العزيز. (2018). مدخل إلى التربية الخاصة (الطبعة السادسة). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- القريوتي، عبد الرحمن. (2017). مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- القريوتي، محمد محمد. (2015). الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الفكر العربي.

- المجلس القومي لحقوق الإنسان. (2020). تقرير حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. القاهرة: المجلس القومي لحقوق الإنسان.
- المطيري، ناصر. (2018). أسس الإرشاد في التربية الخاصة. الرياض: دار جرير للنشر والتوزيع.
- ملحم، سامي محمد. (2016). الإرشاد النفسي والتربوي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الموسى، ناصر. (2014). المدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- الناصر، محمد. (2018). حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في التشريعات العربية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الهنداوي، محمود. (2020). التقييم والتشخيص في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- نشواتي، عبد العزيز. (2020). سيكولوجية الفئات الخاصة. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- ياسر، هناء. (2019). التكنولوجيا في خدمة الإرشاد النفسي. عمان: دار الفكر الجامعي.
- يوسف، سامي عبد الله. (2018). سيكولوجية ذوي الإعاقة الحسية. القاهرة: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont.
- Allen, R., & Cowdery, G. (2012). *The exceptional child: Inclusion in early childhood education*. Cengage Learning.
- American Counseling Association. (2014). *ACA code of ethics*. Author.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Brown, D. (1981). *Becoming a counselor*. Brooks/Cole.
- Brown, N. W. (2011). *Group counseling for special populations*. Praeger.
- Burns, M. (2015). *Behavioral interventions in special education*. Routledge.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis* (3rd ed.). Pearson.
- Corey, G. (2016). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2021). *Becoming a helper* (8th ed.). Cengage Learning.
- Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1994). *Supporting and strengthening families*. Brookline Books.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works. *Infants & Young Children*, 24(1), 6–28.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2022). *Exceptional learners* (15th ed.). Pearson.
- Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M. W. (2017). *Human exceptionality* (12th ed.). Cengage Learning.
- Heward, W. L. (2013). *Exceptional children* (10th ed.). Pearson.
- Kazdin, A. E. (2013). *Behavior modification in applied settings* (7th ed.). Waveland Press.
- Kendall, P. C. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety*. Guilford Press.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy* (3rd ed.). Routledge.

- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Sharf, R. S. (2016). *Theories of psychotherapy and counseling* (6th ed.). Cengage Learning.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Vintage.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2015). *Counseling the culturally diverse* (7th ed.). Wiley.
- Turnbull, A., Turnbull, R., & Wehmeyer, M. (2015). *Exceptional lives* (8th ed.). Pearson.
- UNESCO. (2020). *Global education monitoring report: Inclusion and education*. UNESCO Publishing.
- UNICEF. (2022). *Seen, counted, included*. UNICEF.
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*.
- Wehmeyer, M. L. (2013). *Self-determination and advocacy for individuals with disabilities*. Springer.
- World Health Organization. (2023). *Disability and health*. WHO.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- AAIDD. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (12th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- ACA – American Counseling Association. (2014). *ACA Code of Ethics*. Alexandria, VA: Author.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- ADA Standards for Accessible Design. (2010). Retrieved from <https://www.ada.gov/>
- Ali, A. (2021). Vocational rehabilitation for individuals with special needs. *Journal of Educational and Psychological Studies*, 15(2), 45-58.
- Allen, R., & Cowdery, G. (2012). *The exceptional child: Inclusion in early childhood education* (7th ed.). Cengage Learning.
- Alnahdi, G. H. (2019). Assistive Technology in Special Education and the Universal Design for Learning. *Sage Open*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244018821750>
- Alonso-Esteban, Y., et al. (2022). Screening, Diagnosis and Early Intervention in Autism (review on early detection). *PMC* (open access). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMCPMC...>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Axline, V. (1969). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Baggerly, J., et al. (2017). *Child-Centered Play Therapy Research*. Wiley.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development* (3rd ed.). San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (2013). *Research and Practice in Social Skills Training*. Springer.
- Benschhoff, J. M., & Paisley, P. O. (1996). *The School Counselor's Guide*. Allyn & Bacon.
- Berg, I. K., & Steiner, T. (2003). *Children's Solution Work*. Norton.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2018). *Fundamentals of Clinical Supervision* (6th ed.). Pearson.
- Brolin, D. (2001). *Life Centered Career Education*. Pro-Ed.
- Bromfield, N. (2019). *Working with Vulnerable Children*. Routledge.
- Brown, D. (1981). *Becoming a counselor*. Brooks/Cole Publishing.
- Brown, N. W. (2011). *Group counseling for special populations*. Praeger.

- Brown, P., Hesketh, A., & Williams, S. (2020). *The Mismanagement of Talent*. Oxford University Press.
- Brun, B. (1981). *Group Counseling Processes*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2015). *Assistive technologies: Principles and practice* (4th ed.). Elsevier.
- Cooper, J. O. (2007). *Behavioral Intervention for Children and Youth*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Pearson.
- Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (10th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Group Counseling* (9th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2021). *Becoming a Helper* (8th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Davidson, R. (2018). *Vocational Training in the 21st Century*. New York: Routledge.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Norton.
- de Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). *Solution-Focused Brief Therapy*. Norton.
- Dell, A., Newton, D., & Petroff, J. (2017). *Assistive technology in the classroom: Enhancing the school experiences of students with disabilities* (3rd ed.). Pearson.
- Dionne, M. (2019). *Play-Based Interventions for Children with ASD*. Routledge.
- Doran, G. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). *Capacity-building family systems intervention*.
- Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*. Brookline Books.
- Emunah, R. (1994). *Acting for Real: Drama Therapy Process, Technique, and Performance*. Routledge.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning*. Boston, MA: Beacon Press.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, S. (2012). Solution-focused brief therapy: A systematic review. *Res Social Work Pract*.
- Friend, M. (2018). *Special Education: Contemporary Perspectives for School Professionals* (5th ed.). Pearson.
- Gerald, R., & Corev, J. (1995). *Group Guidance and Counseling*. New York: McGraw-Hill.
- Ginsburg, K., et al. (2020). *The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development*. American Academy of Pediatrics.
- Glasser, W. (2010). *Counseling with Choice Theory: The New Reality Therapy*. HarperCollins.
- Glintborg, C., & de la Mata, M. L. (2021). *Identity Construction and Illness Narratives in Persons with Disabilities*. Routledge.
- Gray, C. (2010). *The New Social Story Book*. Future Horizons.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Assessment and Intervention for Children and Youth*. New York: Guilford Press.
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6–28.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2022). *Exceptional learners: An introduction to special education* (15th ed.). Pearson.
- Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M. W. (2017). *Human Exceptionality: Society, School, and Family* (12th ed.). Boston: Cengage.

- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(3), 149–160.
- Hastings, R., & Brown, T. (2002). Behavioral Adjustment of Children With Intellectual Disabilities: The Role of Family and Social Support. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 785–796.
- Heath, M. A., & Sommer, M. (2021). *Digital counseling: Ethical and practical considerations*. Routledge.
- Heppner, P. P., & Heppner, M. J. (2003). *Advanced Educational and Psychological Counseling*. Brooks/Cole.
- Heward, W. L. (2017). *Exceptional Children: An Introduction to Special Education* (11th ed.). Pearson.
- Hutchins, T. (2011). *Practical Social Stories for Children with Autism*. Routledge.
- International Labour Organization (ILO). (2019). *Disability and work*. Geneva.
- Jennings, S. (2005). *Introduction to Drama Therapy: Theory, Technique and Practice*. Routledge.
- Jones, P. (2007). *Drama as Therapy: Theory, Practice and Research*. Routledge.
- Kamga, G. E. (2021). Country report: Algeria. In *African Disability Rights Yearbook* (Vol. 9, pp. 189-211). University of the Free State. <https://doi.org/10.29053/2413-7138/2021/v9a9>
- Kapitan, L. (2010). *Introduction to Art Therapy Research*. Routledge.
- Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2018). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth* (11th ed.). Pearson.
- Kazdin, A. E. (2017). *Behavior Modification in Applied Settings* (7th ed.). Long Grove, IL: Waveland Press.
- Kendall, P. C. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kirk, S., Gallagher, J., Coleman, M. R., & Anastasiow, N. (2015). *Educating Exceptional Children* (14th ed.). Boston: Cengage Learning.
- Koocher, G. P., & Keith-Spiegel, P. (2016). *Ethics in psychology and the mental health professions* (4th ed.). Oxford University Press.
- Kramer, E. (2016). *Art as Therapy with Children*. Routledge.
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., & Sigafos, J. (2020). *Assistive Technology for People with Disabilities*. Springer.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). Routledge.
- Lewis, R. (2019). *Assistive Technology in Special Education*. Pearson.
- Light, J., & McNaughton, D. (2014). *Communicative competence for individuals who use AAC*.
- Lindsay, S., & McDougall, C. (2016). Vocational training and employment for youth with disabilities. *Disability & Society*, 31(5), 654-667.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). **Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)**. Torrance, CA: Western Psychological Services.
- MacKenzie, D. L. (2010). *Behavioral Problems in Children: Causes and Interventions*. London: Routledge.
- Malchiodi, C. (2012). *Handbook of Art Therapy* (2nd ed.). Guilford Press.
- Malchiodi, C. (2013). *Art therapy and health care*. Guilford Press.
- Martin, J. J. (2017). Self Esteem. In J. J. Martin (Ed.), *Handbook of Disability Sport and Exercise Psychology* (pp. 229-240). Oxford University Press.

- McMahon, M. (2018). *The future of counseling: Technology and innovation in helping professions*. Springer.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum Press.
- Mercer, C. D., & Pullen, P. C. (2020). *Teaching students with learning problems* (9th ed.). Pearson.
- Neukrug, E. (2016). *The World of the Counselor*. Cengage.
- O'Neill, M. (2012). *Social Stories for Children with Autism: Theory and Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- OECD. (2019). *Inclusive Education and Vocational Training: Policy Brief*. Paris: OECD.
- Paterson, N., & Romaniuk, M. (2019). *Technology-enhanced mental health interventions*. Routledge.
- Pierangelo, R., & Giuliani, G. (2017). *Assessment in Special Education*. Routledge.
- Portage Project. (2011). *Portage Guide to Early Education*.
- Reynolds, C., & Fletcher-Janzen, E. (2013). *Encyclopedia of special education*. Wiley.
- Richards, D., & Murphy, T. (2019). *E-Mental Health: A Critical Overview*.
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2014). *M-CHAT-R/F: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up*. Pediatrics.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Sattler, J. M. (2018). *Assessment of Children: Cognitive Foundations and Applications* (6th ed.). San Diego, CA: Jerome M. Sattler, Publisher.
- Scior, K., & Werner, S. (Eds.). (2016). *Intellectual Disability and Stigma: Stepping Out from the Margins*. Palgrave Macmillan.
- Seligman, M., & Darling, R. (2007). *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability*. Guilford Press.
- Sharf, R. S. (2016). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases* (6th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport*. McGraw-Hill.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.
- Smith, D. D. (2018). *Introduction to Special Education: Making a Difference* (8th ed.). Pearson.
- Smith, J. (2020). *Technology and Autism Support*. Routledge.
- Snow, S., & D'Amico, M. (2017). *Drama therapy: Theory, practice and research*. Palgrave.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2009). **Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3)**. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Stancliffe, R. J., Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., & Abery, B. H. (Eds.). (2020). *Choice, Preference, and Disability: Promoting Self Determination Across the Lifespan*. Springer.
- Sternberg, R. J. (2003). *Wisdom, Intelligence, and Creativity Synthesized*. Cambridge University Press.
- Sue, D., & Sue, D. W. (2016). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (7th ed.). Wiley.
- Szymanski, E. M., & Parker, R. M. (2010). *Work and Disability: Contexts, Issues, and Strategies for Enhancing Employment Outcomes for People with Disabilities* (3rd ed.). Austin, TX: PRO-ED.
- The Hanen Centre. (2014). *The Hanen Programs for Parents and Educators*.
- Thomas, D. (1978). *The Social Psychology of Childhood Disability*. Psychology Press.
- Turnbull, A., Turnbull, R., & Wehmeyer, M. (2015). *Exceptional lives: Special education in today's schools* (8th ed.). Pearson.

- Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E., Soodak, L., & Shogren, K. (2015). Families, Professionals, and Exceptionality: Positive Outcomes Through Partnerships (7th ed.). Pearson.
- UNESCO. (2017). A Guide for Ensuring Inclusion and Equity in Education.
- UNESCO. (2020). Global Education Monitoring Report 2020: Inclusion and Education – All Means All. Paris: UNESCO Publishing.
- UNICEF. (2022). Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities. Retrieved from UNICEF Data.
- UNICEF. (2023). Children with Disabilities in the Middle East and North Africa. UNICEF.
- Walter, J., & Peller, J. (1992). Becoming Solution-Focused in Brief Therapy. Brunner Mazel.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). Rehabilitation: Beyond the Risk Paradigm. Routledge.
- Wechsler, D. (2014). Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition (WISC-V). San Antonio, TX: Pearson.
- Wehman, P. (2013). Transition from School to Work for Students with Disabilities.
- Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., et al. (2020). Handbook of Self Determination and People with Disabilities. Springer.
- World Health Organization. (2023). Disability and health (fact sheet). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- World Health Organization. (2022). Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO.
- Wright, B. (1960/2004). Physical Disability: A Psychosocial Approach. Harper & Row.
- Wubbolding, R. E. (2011). Reality Therapy in Action. New York: Routledge.
- Yalom, I. D. (1980). Existential Psychotherapy. New York: Basic Books.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). The Theory and Practice of Group Psychotherapy (5th ed.). Basic Books.