



جامعة الملك عبدالعزيز
كلية التربية
قسم التربية الخاصة

فاعلية العلاج الجشطالتي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المعاقين بشلل الأطفال

إعداد

دكتور / أيمن رمضان زهران

أستاذ التربية الخاصة المساعد
كلية التربية – جامعة الملك عبدالعزيز

المكتبة الإلكترونية



www.gulfkids.com

مقدمة

ظهر مصطلح العلاج الجشطالتي Gestalt Therapy لأول مرة كعنوان لكتاب ألفه ثلاثة هم فريدريك بيرلز Fridrick Perls، رالف هيفرلاين Ral.eph Hevarline، وبول جودمان Paul Goodman، نشر عام 1951، واعتقد المفسرون أنه يعتد بنظرية الجشطالت في الإدراك والاستبصار، إلا أنه عندما اطلع المفسرون والباحثون على تلك النظرية الجديدة في العلاج النفسي اتضح أنها تعتمد على عدد من الروافد وليست نظرية الجشطالت وحدها، مثل بعض الديانات وبعض الطرق العلاجية الأخرى كالتحليل النفسي وبعض الفلسفات السائدة في ذلك العصر مثل الفلسفة الوجودية والفلسفة الجدلية، وعلم النفس الإنساني، وهذا ما يميز العلاج الجشطالتي عن غيره من الطرق العلاجية الأخرى أنه علاج منفتح يجمع بين الكثير من الطرق العلاجية المختلفة (لطي فطيم، 1993:145).

والعلاج الجشطالتي من ابتداع الطبيب والمحلل النفسي الألماني فريدريك سالومان بيرلز Friedrich Saloman Perls الذي اشتهر باسم فريتز بيرلز Fritz Perls، وقد أسهم كل من زوجته لورا Laura وبول جودمان Paul Goodman ورالف هيفرلاين Rleph Hefferline وغيرهم في نمو هذا النوع من العلاج النفسي وقد أوجز رابستوف Rapstoff (2006:17) كلامه عن العلاج الجشطالتي بأنه اتجاه تنبعي نحو الحياة يهتم "بأننا وأنت" ونحن من خلال خبرة "هنا والآن" مع الأخذ في الاعتبار عملية النضج، والتأكيد على حقيقة الأشياء من خلال الإدراك والوعي (perls, F. 19697& 19790).

وقد أشار ستريومفل وجودمان Struempfle & Gold Man (2002) بأن العلاج الجشطالتي يتعامل مع الاضطرابات المختلفة عند الأشخاص من خلال السلوكيات المضطربة لهم، ويعتبر بيرلز Perls رائد هذا الاتجاه في العلاج والذي يركز علي وعي الفرد بخبراته، والذي يهدف من خلاله تحقيق متصل الوعي Continuum of Awareness لدى الشخص من خلال التركيز علي مساعدة الشخص المضطرب لينمو وينضج عن طريق تنمية المسؤولية الشخصية والإحساس بالوجود الحقيقي بمعايشة جميع خبراته وانفعالاته، حتى يصبح واعيا بما يمكن تجنبه وكتبه.

ويوضح محمد الطيب (1981:60) أن العلاج الجشطالتي يركز علي عملية الاتصال الإنساني ووعي الفرد، حيث يؤكد بيرلز أن أهم فنية تستخدم في العلاج الجشطالتي هي إقامة متصل ووعي بحيث يكون الشخص المضطرب مدركا لكل ما يدور حوله حتى يستطيع أن يعدل من سلوكياته المضطربة من خلال مساعدة الشخص المعالج.

وقد أشار أنسل Ansel. L (2005:17) بأن العلاج الجشطالتي يهدف إلى تسهيل تحرك المسترشد من الاعتماد علي البيئة إلي الاعتماد علي الذات، ومساعدته علي النمو وتحقيق الذات وتفاعل الشخصية وتحمل مسؤولية أفعاله؛ ويركز العلاج الجشطالتي علي أربعة جوانب هي: الوعي، والإدراك والخبرات، والحاجات للشخص المضطرب؛ لإعادة بدء العملية الطبيعية في الوعي والشعور.

هذا ويعتبر السلوك العدوانى Aggressive Behavior ظاهرة من الظواهر الإنسانية التي عرفها الإنسان منذ أن خلقه الله سبحانه وتعالى، حيث يقول تعالى في سورة المائدة (30) "فطوعت له نفسه قتل أخيه فقتله فأصبح من الخاسرين"

ويعد السلوك العدوانى دربا من دروب السلوك السلبي الذي يظهر نتائجه في عرقلة حسن سير وسلوك الشخص، ويعتبر من السلوكيات الأخلاقية الخارجة عن المألوف والمضادة للمجتمع كالتخريب والشغب.... وغيرها من ألوان السلوك السلبي، على أن السلوك العدوانى للشخص يعد مؤشرا لسوء التوافق الشخصي والاجتماعي له، وهو داخلي بالغضب والاستياء، ويعبر عنه في صورة فعل أو سلوك يقوم به الشخص بهدف إلحاق الأذى بالآخر أو الذات، ويأخذ عدة صور كالعنوان اللفظي أو البدني والتهديد والسخرية من الآخرين أو الاستخفاف بهم (شوقية السمدوني، 2004:3).

ويعرف السلوك العدوانى بأنه شكل نوعي للفعل الإنساني يتميز بإظهار التفوق على شخص آخر أو مجموعة أشخاص أو باستخدام القوة سعيا إلى الإيذاء (بتروفسكي وياوروفسكي، بت، ترجمة حمدي عبدالجواد وعبدالسلام رضوان 1996).

وقد أشار سيمبسون وآخرون (Simpson, et al (2008:102)، بأن العدوان لا يزداد في الطفولة فقط فحسب؛ وإنما ينتشر عند الكبار وخصوصا بين الأزواج، حيث تكون الفرصة مهيأة لحدوث العدوان اللفظي والجسدي، وفسر عادل عبدالله (110:2000) العدوان بأنه عبارة عن تفكير لاتواؤمي مشوه ومختل وظيفيا وأنماط سلوك لاتواؤمية تتعلق بالقدرة على ضبط النفس، إضافة إلى قدر كبير من التوتر تؤثر جميعا سلبا على الأداء المعرفي للشخص في مختلف المواقف الاجتماعية، وتشير سلوى عبد الباقي (330:2006) بأن العدوان يزداد في مرحلة الطفولة فغالبا ما يرتكب الأطفال السلوك العدواني نتيجة خلافهم وعراكمهم حول الألعاب.

ويعرف هاسكل وزملاؤه (Haskell, et al.(25:1977) شلل الأطفال بأنه مرض حاد، عادة ما يصيب الأطفال، وقد يحدث شلل رخو في عضلات الجسم تبعا لما يحدثه الفيروس من التهاب في المادة السنجابية للجهاز العصبي المركزي للشخص، ويعرفه أيضا جولدن صن (Golden Son, (151:1984 بأنه مرض فيروسي يصيب الجهاز العصبي المركزي مؤديا إلى تلف في الخلايا العصبية التي تتحكم في العضلات، مما يؤثر بدوره على حركة الشخص ونشاطه بصفة عامة.

ويمكن الإشارة إلى مرض شلل الأطفال بأنه التهاب بالناخ السنجابي، حيث تتلف خلايا القرن الأمامي في الحبل الشوكي التي تتبع من الأعصاب وتمتد إلى العضلات، وقد أثبتت العديد من الدراسات السابقة أن شلل الأطفال مشكلة عضلية عصبية Neuromuscular تحدث نتيجة فيروس بفصائله الثلاثة A, B & C يصيب خلايا الجهاز العصبي ويؤثر على حركة العضلات مؤديا إلى شلل في الأعضاء الحركية (شوقية السمدوني، 24:2004).

ويشير عبدالرحمن سليمان (217،2001) بأن شلل الأطفال يشير إلى فقدان جزئي أو كامل للوظيفة الحركية في منطقة من الجسم، والسبب الشائع لحدوثه وجود عيب في الجهاز العضلي أو العصبي، أو الجهاز العصبي المركزي، وأسباب شلل الأطفال ليست العدوى الفيروسية فقط، وإنما قد ترجع أسبابه إلى العديد من العوامل، فمنها مثلا الأسباب الوراثية كإصابة أحد الوالدين بالزهري الوراثي أو إصابة أحدهما بمرض عصبي ينتقل بدوره إلى الوليد، وأسباب ما قبل الولادة مثل إصابة الأم الحامل بحادث من الحوادث يؤثر بدوره على نمو وتطور الجنين داخل الرحم، وأسباب ولادية، كأن يصاب الرضيع بحادث يصيب المخ، والاسفكسيا أثناء الولادة Asphyxia. وسن العدوى بهذا المرض من سن ستة شهور إلى سنتين أو ثلاث، ويأتي أحيانا عند تناول الطفل طعام أو شراب ملوث بالفيروس الذي يخرج من جسم الطفل المصاب في برازه، وتبدأ الأعراض في الظهور عادة بعد حدوث العدوى بثلاثة إلى سبعة أو عشرة أيام، وتتخلص الأعراض في حدوث ارتفاع حرارة جسم الطفل مع آلام حادة بالجسم كله، وبعد يوم أو يومين من الإصابة بالفيروس يلاحظ أن الطفل غير قادر على أن يحرك ساقه ولا يستطيع الوقوف ولا يستطيع أن يحرك ذراعه، وفي الحالات الشديدة قد يصيب شلل الأطفال كل الأطراف (فاروق الروسان، 63:1989)؛ (أحمد يونس و مصري حنورة، 53:1991).

ويعد شلل الأطفال من أبرز أنواع الإعاقات الجسمية، ومن كان يصدق أنه أقعد الملايين من الفقير الهندي إلى رئيس أمريكا روزفلت Rozflet (خليل مصطفى الديواني، 96:1989)، وتتركز المشكلات التي يواجهها تلك الفئة في القيود التي يفرضها المرض على حركة المريض الجسمانية، فالمشكلات والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها المصابون بشلل الأطفال أثناء تفاعلهم مع الآخرين تترك آثارا بالغة المدى على التكوين النفسي والشخصي والاجتماعي لهم (سعد عبدالمطلب عبدالغفار، 195:1996).

ومن أكثر تلك الاضطرابات التي يعانيتها مرضى شلل الأطفال العدوان حيث ترجع أسبابه إلى أسباب بيولوجية عضوية كاضطراب في الكروموسومات والهرمونات والأعصاب، أو غريزية أو يكون ناتجا عن إحباط أو نتيجة للتنشئة الاجتماعية الخاطئة، وأشكال العدوان متعددة فقد يكون في صورة صراخ أو اعتداء على الغير والتهديد له، أو الضرب وإلقاء الأشياء على الأرض، أو إحداث الإيذاء اللفظي للآخرين وكسر متعلقاتهم (سعيد حسني العزة، 214:2002)، (حسن مصطفى، 75:2005).

ونتيجة للإعاقة فإن ما يشعر به الطفل المعاق من قصور ونقص يرجع إلى طبيعة إعاقته وتقبل الآخرين له؛ ولذا فهناك بعض الأقاويل القديمة التي تقول بأن الطفل ذا الإعاقة يكون عدوانيا وشريرا بطبعه (رمضان القذافي، 75:1993).

ويرى مختار حمزة (1964:51) أن عدم شعور الطفل المصاب بشلل الأطفال بالأمن الذي ينتابه يرجع إلى الكثير من المواقف التي يتعرض لها وخاصة إن هذه الإعاقة ظاهرة، والتي تتمثل في عدة مصادر أهمها: عدم الاطمئنان إلى الحالة الجسمية، وعدم الاطمئنان لنظرة الغير إليه، وعدم الاطمئنان للذات فاتجاهاته نحو إعاقته متذبذبة.

ويشير فرج أحمد فرج (1967:233) بأنه يمكن الربط بين الإعاقة والسلوك العدواني، حيث أن السلوك العدواني عند الأطفال المعاقين لم يكن إلا محاولة لتغطية الشعور بالدونية، ولذا فالطفل العدواني طفل قلق يحاول أن يخفف من حدة قلقه أو يؤكد ذاته، فقد يعتدي الطفل المعاق على غيره لآتفه الأسباب، أو يحطم ممتلكات الغير. ويحدد عادل عبدالله (2002:220) أبعاد السلوك العدواني للأطفال المعاقين في أربعة أبعاد هي:-

أ- السلوك العدواني الصريح: ويتمثل في جذب ملابس زملائه والعض، وشد الشعر والتخريب والبصق، والضرب وتحطيم الأشياء.

ب- السلوك العدواني العام (اللفظي وغير اللفظي): ويتمثل في السباب ومضايقة، والتحرش بهم واستخدام الألفاظ النابية والبدئية.

ج- السلوك الفوضوي: ويتمثل في دخول الفصل والخروج منه دون استئذان، والقيام بالشوشرة ورمي الأوراق على الأرض دون وضعها في مكانها الصحيح.

د- عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم في الانفعالات: ويتمثل في الانتقام من الآخرين، وعدم القدرة على التحكم في السلوك عند الاستثارة، ورمي أي شيء أمامه عند الغضب.

في حين أن عادل خضر (2008:63) ومنى محمد زكي صقر (2008) يشيران بأن أبعاد السلوك العدواني كثيرة وخصوصا إذا تعلق هذا العدوان بالطفل المعاق، حيث تكثر لديه الاضطرابات النفسية يأخذ هذا العدوان أشكالاً عديدة مثل:-

أ- العدوان اللفظي: كأن يعتدي الطفل المعاق على الآخرين بالسباب والألفاظ النابية.

ب- العدوان الجسدي: أي يعتدي الطفل المعاق على الآخرين بالضرب ومحاولة إيذاء الغير.

ج- العدوان المادي: حيث يميل الشخص العدواني إلى إتلاف الممتلكات.

د- إيذاء الذات: كأن يحاول الطفل إيذاء ذاته ومتعلقاته.

وقد تم الأخذ بهذا التصنيف عند إعداد اختبار السلوك العدواني للطفل المعاق.

ولذا فقد اهتمت العلاجات النفسية بمختلف أساليبها بعلاج العدوان عند الأشخاص العاديين بصفة عامة والمعاقين بصفة خاصة، حيث أشار تايلور (Taylor, 2002:64) بأن الأشخاص المعاقين يكونون أكثر عرضة للسلوك العدواني من العاديين (حامد زهران، 2003:11).

أما العدوان من وجهة نظر بيرلز فهو من المفاهيم الهامة في نظرية للعلاج الجشطالتي، فهو ليس غريزة ولا طاقة، فهو وسيلة من وسائل الكائن الحي للتعامل مع البيئة بهدف إشباع حاجاته، والعدوان شبيهه بضم الأظافر لإشباع الجوع واستخدام الأسنان أفضل وسيلة تعبر عن العدوان، والعدوان من الأمور التي ناقشها العلاج الجشطالتي وله فوائده التي تحافظ على بقاء الشخص، ولكي يتم التخلص من العدوان في رأي بيرلز فإن الإغلاء أو التسامي المخرج لذلك ليتم توجيه العدوان التوجه الصحيح (س. هـ. باترسون، ترجمة حامد عبدالعزيز الفقي، 1990:335)، (محمد محروس الشناوي، 1994:315).

مشكلة البحث

يعاني الأطفال المصابون بشلل الأطفال من الاضطرابات النفسية التي تؤثر في حياتهم، ولذا فلا بد من العمل على إعادة تلك الفئة إلى المجتمع كقوة بشرية منتجة يستطيعون مواجهة مشكلاتهم بصورة إيجابية ويتفهمون طبيعة إعاقتهم التي يعانونها (سامية حافظ، 198:57).

وينتج عن شلل الأطفال مشكلات نفسية نتيجة لاضطراب الشخص المعاق جسما وعجزه عن الحركة بصورة طبيعية وقلة تفاعله مع الآخرين بالإضافة إلى عجزه عن القيام بأدواره الاجتماعية على الوجه الأكمل (رشاد موسى، 1994:91).

وتبدو مشكلة الإعاقة بشلل الأطفال كمسألة اقتصادية حيث يصعب على الشخص المعاق بها القيام بالإعمال على الوجه الأكمل (محمد فهمي، 1995:91)، كما أن شلل الأطفال ينتج عنه مشكلات نفسية تتمثل في أن

شخصية هذا الطفل تتسم بالانفعال والقلق والعدوانية والكآبة والإحباط إضافة إلى الميل للعزلة عن الآخرين (عبد الرحمن سليمان، 2001:244).
ويتضح مما سبق أن تلك الفئة من الأطفال المعاقين يعانون من العديد من الاضطرابات النفسية الكثيرة، وسوف يركز البحث الحالي على العدوانية لدى المصابون بشلل الأطفال.

تساؤلات البحث

للبحث تساؤل رئيسي يتمثل في:-

هل جلسات العلاج الجشطالتي ذو فعالية في التخفيف من حدة العدوانية التي يعاني منها الأطفال المصابون بشلل الأطفال؟

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي عدة تساؤلات فرعية هي:-

- 1- هل توجد فروق بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد العدوان اللفظي بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي.
- 2- هل توجد فروق بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد العدوان الجسدي بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي.
- 3- هل توجد فروق بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد العدوان المادي بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي.
- 4- هل توجد فروق ذا بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد إيذاء الذات بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي.

أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى تقديم برنامج علاجي يعتمد على بعض فنيات العلاج الجشطالتي المختلفة للتخفيف من حدة أشكال العدوانية المختلفة لدى عينة البحث من المصابين بشلل الأطفال ومساعدتهم في الاندماج مع زملائهم وإعادة التكيف لهم ووضع العلاج الجشطالتي موضع الاهتمام.

مصطلحات البحث

العلاج الجشطالتي Gestalt Therapy

العلاج الجشطالتي "طريقة تركز على مساعدة العميل في زيادة وعيه بذاته وبالمجال الذي يعيش فيه، وهو علاج يعني بتحقيق متصل الوعي Continuum of Awareness من خلال التركيز علي مساعدة الفرد لينمو وينضج عن طريق تحمل المسؤولية الشخصية والإحساس بالوجود الحقيقي من خلال معايشة جميع خبرات وانفعالات الشخص" (نبيل حافظ، 1981:6).

شلل الأطفال Poliomyelitis

يقصد بشلل الأطفال "اضطراب في النمو الحركي للطفل ويحدث نتيجة الإصابة بفيروس الشلل الجرثومي الذي يدخل الجسم من خلال الحبل الشوكي حيث يتلف الأعصاب المركزية، وغالبا يصيب الدماغ أو الخلايا الحركية في العمود الفقري" (فاروق الروسان، 2001:240).

العدوان Aggression

يشير العدوان بأنه استجابة للرغبة في إلحاق الأذى والضرر بالغير أو الذات ويأخذ أشكالا عديدة مثل العدوان اللفظي والبدني وإيذاء الذات، وإتلاف الممتلكات العامة كما أشار عادل خضر (2008:62).

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات اهتمت بدراسة فاعلية العلاج الجشطالتي في تخفيف الاضطرابات النفسية لدى المعاقين جسمياً:

دراسة سيكور 1982 (Sekor) هدفت تلك الدراسة إلى تطبيق العلاج الجشطالتي كعلاج جماعي يسهل تطبيقه مع شتى العيّنات، لدى عينة من المصابين بمرض الشيزوفرينيا الملازمين للمستشفى، مكونة من 6 أفراد ، وقام الباحث بعمل عشرون جلسة، اشتملت على فنيات هنا والآن وإقامة متصل الوعي والكرسي الساخن كإحدى فنيات العلاج الجشطالتي، وأبرزت نتائج الدراسة تحسن الحالة العقلية والذاكرة لكل أفراد العينة.

دراسة دي بارانشيو 1980 (De Branchu) تناولت تلك الدراسة العلاج الجشطالتي كأداة فعالة في التعامل مع المرضى النفسيين في الأرجنتين، وكانت العينة من الأشخاص المصابين بشلل الأطفال، بهدف فهم مدى صلاحية العلاج الجشطالتي في التخفيف من معاناتهم النفسية، هذا وتم التركيز أثناء الجلسات على مشاعر وأحاسيس المرضى في الوقت الذي يعيشون فيه الآن، والتركيز على أهمية العمل الجماعي أثناء تنفيذ الجلسات، وانتهت الدراسة إلى فعالية الجلسات العلاجية.

دراسة اناماريجا وآخرين 1996 (Anamarija, et al.) هدفت هذه الدراسة إلى خفض أشكال السلوكيات غير المقبولة لدى الأطفال ذوي العجز الحركي، وتغيير تلك السلوكيات بأخرى مقبولة، واشتملت العينة على 13 طفلاً يعيشون في مدينة زاجرب Zagreb في كرواتيا، وتم تطبيق مقياس السلوك التكيفي للمنظمة الأمريكية لذوي الإعاقة العقلية (AAMD)، وأشارت النتائج إلى أن أفراد العينة أضحوا تحسناً ملحوظاً في العادات اليومية لهم، وأنهم قد اكتسبوا عادات جيدة وذلك بفضل جلسات العلاج الجشطالتي التي تلقوها.

دراسة سحر عبد الحميد يوسف الكحكي (1997) حاولت الباحثة أن تقدم برنامجاً علاجياً تكاملياً يتضمن فنيات متنوعة من العلاجات النفسية الشهيرة من أجل علاج التلعثم لدى عينة من الأطفال المعاقين، والتي تكونت من 12 طفلاً معاقاً إعاقت مختلفة، واستخدمت فنية هنا والآن بمعنى أن يعيش الطفل المعاق الحالة التي هو عليها الآن ولا يفكر في أي شيء غيرها، ومن خلال النتائج اتضح بأن الفنيات التي تم استخدامها كانت ذات فاعلية في علاج التلعثم عند الأطفال المعاقين.

دراسة رضا محمد إبراهيم محمد كردي (2005) هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على طبيعة القلق عند الأطفال المكفوفين، والتعرف على الأسباب الحقيقية للقلق لديهم وتقديم برنامج علاجي يساعدهم في التغلب عليه، وتكونت العينة من 16 تلميذاً وتلميذة، وطلب من أفراد العينة العيش في الحاضر (فنية هنا والآن) إضافة إلى لعب الدور والتنفيس الانفعالي والاسترخاء، وأكدت النتائج فاعلية الفنيات التي استخدمتها تلك الدراسة في كل الجلسات في التخفيف من حدة القلق.

دراسة بومان وآخرين 2006 (Bowman, et al) أشارت هذه الدراسة باهتمام بالغ فاعلية العلاج الجشطالتي عند التعامل مع ذوي الإعاقات الجسمية في جامعة ناروبا بألمانيا والتخفيف من الآلام النفسية التي يعانونها نتيجة تعرضهم لشلل الأطفال بالجامعة (79 طالب وطالبة)، حيث اشتملت تكنيكات الجلسات على فنيات العلاج الجشطالتي، وفي نهاية الدراسة توصل الباحث إلى فائدة العلاج الجشطالتي في التعامل مع ذوي شلل الأطفال والتخفيف من معاناتهم النفسية.

ثانياً: دراسات تناولت العدوان لدى المصابين بشلل الأطفال والبرامج الموجهة لهم

دراسة كرومباخ وآخرين 1968 (Crumbaugh, et al) اهتمت هذه الدراسة بوضع برنامج علاجي للتخفيف من حدة العدوان لدى عينة اشتملت على 22 طفلاً ملازمين للمستشفى نتيجة مرض مزمن، وقد وضع الباحثون في الدراسة برنامجاً علاجياً يحتوي على جلسات علاجية من خلال الأنشطة الترويحية، وقد اشتملت الجلسات على أنشطة متنوعة مثل فك العضلات والترويح، وفي نهاية الجلسات اتضح أن جلسات العلاج كانت ذو فاعلية في التخفيف من حدة العدوان بأشكاله المختلفة.

دراسة تشوكوت وآخرين 1997 (Choquet, et al) أجريت تلك الدراسة على عينة من المصابين بشلل نصفي، بهدف مقارنة السلوك العدواني لديهم، وتقديم برنامج علاجي للمرتفعين في السلوك العدواني بأشكاله المختلفة، وتكونت العينة من 604 من المصابين بشلل الأطفال، و186 ممن يعانون من أمراض مزمنة، و733 من الأصحاء من طلاب المدارس الثانوية بفرنسا، وأشارت النتائج ارتفاع درجات العدوانية لدى المصابين بالشلل

النصفي مقارنة بالأصحاء، وهنا قدم الباحث بعضاً من الفنيات العلاجية لتخفيف حدة العدوانية لدى المرتفعين على اختبار العدوانية.

دراسة خان وزملائه 1997 (Khan, et al) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الاضطرابات النفسية التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة بشلل الأطفال؛ وتكونت العينة 165 فرداً من الملتحقين بمراكز الخدمات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، وأشارت النتائج إلى أنهم يعانون من اضطرابات نفسية كثيرة، كان أكثرها ظهوراً هو العدوان بمختلف أشكاله، وأكدت تلك الدراسة بأن الأشخاص المعاقون بشلل الأطفال تزداد لديهم درجات العدوانية، وقد كان للخدمات العلاجية النفسية الموجهة لهم تأثيراً على انخفاض درجات العدوانية بمختلف أشكالها لديهم.

دراسة شوقية إبراهيم السامدونى (2004) هدف البحث إلى مناقشة فعالية فنيات العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل السلوك العدوانى لدى عينة مكونة من 30 طالبة من المعاقات جسمياً بطنطاً، وأشارت النتائج إلى وجود تأثير فعال لجلسات العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل السلوك العدوانى لدى المجموعة التجريبية، وأكدت تلك الدراسة حاجة تلك الفئة إلى البرامج العلاجية والإرشادية لمساعدتهم في التخلص من الاضطرابات النفسية التي يعانونها نتيجة إعاقته.

فروض البحث

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعء العدوان اللفظى بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي لصالح التطبيق القبلي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعء العدوان الجسدى بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي لصالح التطبيق القبلي.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعء العدوان المادى بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي لصالح التطبيق القبلي.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعء إيذاء الذات بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي لصالح التطبيق القبلي.

عينة البحث

تكونت عينة البحث من (10) أطفال (7 ذكور - 3 إناث) من المترددين على معهد شلل الأطفال بإمبابية وتراوح أعمارهم بين (8 أعوام إلى 12 عام) تقريباً بمتوسط عمري (9.4) عام، وانحراف معياري (7.6).

أدوات البحث

تمثلت أدوات البحث في جلسات العلاج الجشطالتي ومقياس العدوان من إعداد أيمن زهران (2010)، إضافة إلى اختبار الذكاء المصور إعداد أحمد زكي صالح (1978).

صدق وثبات الأدوات

أ: برنامج العلاج الجشطالتي

يهتم مذهب العلاج الجشطالتي بالتأكيد على الاتجاهات الإيجابية في حياة الشخص عن طريق مساعدته في التعبير عن مشاعره الحاضرة في الوقت الحالي وتحمل مسؤوليته لأفعاله، كما يولي الاتجاه الجشطالتي الوعي Awareness أهمية خاصة فيتسع الوعي ليشمل الشعور والإحساس والانفعالات والحركات (Becker, 1993)، (رمضان القذافي 1997:143).

وأكدت الدراسات السابقة على فاعلية العلاج الجشطالتي في تناول الاضطرابات النفسية لدى مختلف الفئات من خلال فنياته المختلفة التي تنسم بالشمول والنظرة الكلية إلى شخصية العميل مثل دراسة نبيل حافظ (1981)؛ و دراسة بندق عبدالخالق (1987)؛ ودراسة هيتج (Hitge, 2006)؛ ودراسة أولوفسين (Oelofsen, 2007)، ومن أهم ملامح البرنامج العلاجي الجشطالتي:-

- هدف البرنامج الجشطالتي

يهدف العلاج الجشطالتي إلى تسهيل تحرك المسترشد من الاعتماد على البيئة إلى الاعتماد على الذات، وتكامل الشخصية، ومساعدة العميل على تحمل مسؤولية أعماله وتصرفاته، بالإضافة إلى النضج Maturity والتكامل Integration والوعي Awareness (محمد محروس الشناوي، 1994:325).

وكذا فيهدف العلاج الجشطالتي إلى تنشيط عملية النمو وتطوير الإمكانيات الإنسانية، وسد الثغوب في الشخصية لإعادة الشخصية إلى كليتها (محمد الطيب وعبد العزيز القوصي، 1989:5)، وتشير سلوى عبدالباقي

(2006:40) بأن العلاج الجشطالتي يهدف إلى تماسك الفرد، وأن تكون كل أجزائه مترابطة، حتى الأجزاء التي يرفض الشخص التعرف عليها.

- مبادئ البرنامج العلاجي

سار برنامج العلاج الجشطالتي وفق عدة مبادئ هي:-

- 1- النظر إلى شخصية الطفل المعاق باعتباره وحدة واحدة تتحد مع المجال الذي يتضمن:-
- الذات باحتياجاتها وقدراتها - المجال الدراسي - المجال الترفيهي خارج المدرسة.
- المجال الاجتماعي (الأهل - الزملاء - المدرسون - الأصدقاء) (Trull & Phares, 2001:412).
 - 2- الاهتمام بزيادة وعي المعاق بذاته وبيئته والمجال: عن طريق فنيات مثل التأمل الذاتي، التركيز على الحاضر ومتصل الوعي.
 - 3- مبدأ عدم الثثرة أو اغتياب الناس **No Gossiping**: ويستهدف تنمية المشاعر وعدم تجنبها ، ويقصد بذلك الحديث عن شخص ما عندما يكون حاضراً (عبد الرحمن العيسوي، 1988: 277).
 - 4- مبدأ طرح الأسئلة: يطلب المعالج الجشطالتي من الطفل أن يحول الجمل الاستفهامية إلى جمل خبرية، بشرط أن تصاغ في الأسلوب المباشر للخبرة الحية للطفل (نبيل عبد الفتاح حافظ، 1981:111).
 - 5- تخفيف التوتر الانفعالي: عن طريق التدريب على الاسترخاء والتنفس وعلاج الاضطرابات النفسية التي ترتبط بالإعاقة.
 - 6- إنماء قدرات الطفل المعاق على حل المشكلات التي تواجهه بالتأمل والتحليل.
 - 7- استحضار التجنبتات للوعي: أي الوعي بالانفعالات غير المرغوبة، وإعادة الاتصال الطبيعي بالبيئة والذات وتوجيه الوعي (بنديق عبد الخالق، 1987: 105).
- وبذلك تكون مبادئ العلاج الجشطالتي تستهدف مساعدة الطفل المعاق على ملاحظة الذات والوعي بها وتقويمها وتغييرها في النهاية.
- محتوى الجلسات العلاجية

اشتمل البرنامج العلاجي على ثلاثة عشر جلسة للتدريب على الوعي وتحمل المسؤولية من أجل التغلب على أشكال العدوانية التي تصيب عينة البحث، والعيش في الحاضر بكل آماله من خلال الفنيات المتنوعة للعلاج الجشطالتي والجدول رقم (1) يوضح سير الجلسات العلاجية كالتالي:-

جدول (1)

يوضح ملخص لجلسات العلاج الجشطالتي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف منها	الفنيات المستخدمة
1	التهيئة	التهيئة وتحقيق قدر من الثقة المتبادلة بين الباحث وأفراد العينة	المحاضرة والمناقشة الجماعية
2	الإعاقة وأثارها	مناقشة مشكلة الإعاقة وأثارها	الحوار والمناقشة الجماعية
3	حاجات الأطفال ذوي شلل الأطفال	مناقشة حاجاتهم الاجتماعية والصحية والمهنية	المحاضرة والمناقشة
4	العدوانية	تحديد أسباب العدوانية	سؤال الأسئلة
5	الوعي بالعدوانية وأبعادها	التخفيف من العدوانية الناتجة عن الإصابة بشلل الأطفال	متصل الوعي والمواجهة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف منها	الفنيات المستخدمة
6	العيش في الحاضر	التركيز في اللحظة الحالية والحاضر	هنا والآن
7	متصل الوعي	العيش في حالة الاضطراب ونقيضها	الكرسي الخالي
8	العمل الجماعي	لماذا وكيف تخبر الاضطراب؟	الحلقات والألعاب الخيالية
9	التكيف	الاندماج في المجتمع	تحمل المسؤولية
10	التواصل	تحديد أسباب الاضطراب الحقيقية	أنا وأنت ولدي سر
11	مواجهة الاضطراب	كيف تتغلب على اضطرابك وتبدأ حياة جديدة	البقاء مع الشعور
12	التخلص من الاضطراب	كيف تخبر الاضطراب الآن	العيش في الواقع
13	إنهاء العلاج	توديع العينة	المناقشة والحوار

ب: مقياس العدوان للأطفال المعاقين

وصف مقياس العدوان

اشتمل المقياس على 50 عبارة تناولت المواقف التي يتعرض لها الطفل المعاق والتي تجعله أكثر عدوانية، وتشمل تلك المواقف الأسرة والمنزل والمدرسة والبيئة التي يعيش فيها والرفاق، وتعامله مع الآخرين والأشياء المحيطة به، ونظرته للماضي والحاضر والمستقبل والمواقف المختلفة التي يواجهها في حياته، وحالته عند السرور وعند الغضب واشتمل المقياس على أربعة أبعاد هي كالتالي:-

- البعد الأول: العدوان المادي

- البعد الثاني: العدوان الجسدي

- البعد الثالث: العدوان اللفظي

- البعد الرابع: إيذاء الذات

صدق المقياس

1- الصدق الظاهري

تم عرض مقياس العدوان في صورته الأولية على المحكمين، وتم تحديد العبارات التي اتفقوا عليها، وتم تعديل العبارات التي كانت في حاجة إلى إعادة نظر أو إعادة صياغة، بالإضافة إلى أخذ الملاحظات في الاعتبار، وتم استبعاد العبارات التي لم يتم الاتفاق عليها.

2- صدق الاتساق الداخلي

تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه كما تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد الاختبار والدرجة الكلية للمقياس والجدولين رقم (2) و (3) يوضحان معاملات ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للاختبار وارتباط أبعاد الاختبار بالدرجة الكلية كالتالي:-

جدول (2)
يوضح معاملات ارتباط درجات العبارات بالبعد الذي تنتمي إليه لاختبار العدوان

العبرة	الارتباط بالبعد	البعد	العبرة	الارتباط بالبعد	البعد	العبرة	الارتباط بالبعد	البعد
1	**0.66	مادي	18	**0.87	لفظي	36	**0.91	ذات
2	**0.87	جسدي	19	**0.93	لفظي	37	**0.56	ذات
3	**0.91	ذات	20	**0.90	جسدي	38	**0.94	مادي
4	**0.58	لفظي	21	**0.57	جسدي	39	**0.66	مادي
5	**0.91	مادي	22	**0.69	مادي	40	**0.88	جسدي
6	**0.81	مادي	23	**0.74	ذات	41	**0.84	لفظي
7	**0.64	لفظي	24	**0.85	مادي	42	**0.69	لفظي
8	**0.69	مادي	25	**0.78	مادي	43	**0.95	جسدي
9	**0.78	لفظي	26	**0.54	جسدي	44	**0.87	مادي
10	**0.89	جسدي	27	**0.66	ذات	45	**0.54	مادي
11	**0.79	مادي	28	**0.78	ذات	46	**0.95	جسدي
12	**0.90	ذات	29	**0.86	ذات	47	**0.77	مادي
13	**0.58	مادي	30	**0.91	لفظي	48	**0.94	لفظي
14	**0.59	مادي	31	**0.94	جسدي	49	**0.85	جسدي
15	**0.75	لفظي	32	**0.66	جسدي	50	**0.83	ذات
16	**0.88	ذات	34	**0.88	مادي			
17	**0.95	جسدي	35	0.87	مادي			

** دالة عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط للمفردات بالنسبة لبعد العدوان المادي تراوحت بين 0.94 إلى 0.54، وبالنسبة لبعد العدوان الجسدي فتراوحت المعاملات بين 0.95 و 0.54، بينما تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة لبعد العدوان اللفظي بين 0.93 و 0.54، أما بالنسبة لبعد إيذاء الذات فتراوحت بين 0.91 و 0.56، وتلك المعاملات دالة إحصائياً دالة عند مستوى (0.01)، والجدول رقم (4) يشير إلى معاملات ارتباط أبعاد اختبار العدوان للدرجة الكلية كالتالي:-

جدول (4)
يوضح معاملات ارتباط أبعاد اختبار العدوان بالدرجة الكلية

البعد	بيرسون	جتمان	ألفا كرونباخ
عدوان مادي	0.82	0.55	0.55
عدوان جسدي	0.65	0.54	0.60
عدوان لفظي	0.85	0.79	0.59
إيذاء الذات	0.66	0.66	0.76

ويتضح من الجدول السابق قوة ارتباط بنود اختبار العدوان بالدرجة الكلية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين 0.85 و 0.54 وهي معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

ثبات المقياس

1- إعادة التطبيق:

تم حساب الثبات في اختبار العدوانية للأطفال المعاقين عن طريق إعادة التطبيق والجدول التالي يوضح ذلك كما يلي:-

جدول رقم (5)

يوضح ارتباط أبعاد اختبار العدوان بين التطبيق وإعادة التطبيق

معاملات الارتباط عن طريق ألفا كرونباخ	معاملات الارتباط عن طريق بيرسون	البعد
0.94	0.87	عدوان مادي
0.87	0.91	عدوان جسدي
0.78	0.74	عدوان لفظي
0.92	0.92	إيذاء الذات
0.85	0.89	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط بين أبعاد اختبار العدوان، حيث تراوحت معاملات الارتباط بطريقة بيرسون بين 0.74 و 0.92 وكلها معاملات دالة عند مستوى 0.01، بينما تراوحت معاملات الارتباط بطريقة ألفا كرونباخ بين 0.78 و 0.94 وكلها كانت معاملات ارتباط دالة.

2- التجزئة النصفية Split – Half Method

تم حساب ثبات الاختبار باستخدام طريقة التجزئة النصفية، وقد اتضح أن مقياس العدوان يتميز بارتفاع ثباته، كما يوضح الجدول رقم (19) :-

جدول رقم (6)

يوضح معاملات ثبات اختبار العدوان بطريقة التجزئة النصفية

الاختبار	معامل الارتباط بين النصفين	المعامل بعد معادلة سبيرمان براون	المعامل بعد معادلة كيبودر ريتشاردسن
عدوان مادي	0.66	0.759	0.771
عدوان جسدي	0.70	0.84	0.59
عدوان لفظي	0.81	0.52	0.74
إيذاء الذات	0.73	0.60	0.80
الدرجة الكلية	0.57	0.64	0.76

يتضح من الجدول رقم (6) أن الاختبار يتميز بثبات مرتفع بعد استخدام طريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملات سبيرمان براون وكيبودر ريتشاردسن، حيث كانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01.

ج: اختبار الذكاء المصور إعداد أحمد زكي صالح 1978

وتم استخدام هذا الاختبار لصدقه وثباته المرتفع، فقد قام معد الاختبار بالتحقق من صدقه وثباته، ونظرا لصدق وثبات هذا الاختبار فقد تم تطبيقه في الكثير من الدراسات في البيئة العربية في المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية بهدف تحديد القدرات العقلية لدى الأطفال، وقد استخدمه الباحث نظرا لسهولة استخدامه وقدرته على إعطاء إجابة على أسئلته.

صدق الاختبار: تم حساب الصدق عن طريق المقارنة الطرفية وذلك لمعرفة قدرة الاختبار على التمييز بين الأطفال في القدرات العقلية، وتم حساب معامل التمييز بين أكثر 27% إيجابية في عينة الصدق والثبات وأقل 27%، وذلك باستخراج معامل القوة الفارقة بينهما، ودلت النتائج أن متوسط المجموعة الأكثر سلبية 3.5 بانحراف معياري 18 والخطأ المعياري 6.4، في حين كان متوسط المجموعة الأقل سلبية 2.2 بانحراف معياري

12، والخطأ المعياري 4.56، والنسبة الحرجة 7.36 عند مستوى دلالة 0.01، ويشير هذا بأن الاختبار يميز بين المستويات المرتفعة والمستويات المنخفضة في الذكاء.

ثبات الاختبار: للتأكد من الثبات تم ذلك من خلال استخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وذلك بفواصل زمني 21 يوماً فكانت معاملات الارتباط 0.75 بين التطبيقين، وهذا يدل على أن الاختبار يتميز بثبات مرتفع ويصلح للتطبيق في البحث الحالي.

ثالثاً: منهج البحث

تم استخدام المنهج التجريبي على عينة البحث حيث تم تطبيق اختبار العدوانية بأبعاده المختلفة قبل تطبيق الجلسات الجشطاطية، ثم تم التطبيق البعدي لمناقشة مدى فاعلية الجلسات العلاجية في التعامل مع اضطراب العدوان بأبعاده المختلفة.

رابعاً: إجراءات البحث

قام الباحث بزيارة معهد شلل الأطفال بإمبابة وتحديد عينة البحث بعد أخذ الموافقات الإدارية من مدير عام المعهد، وتم عمل جلسات تمهيدية ثم تلى ذلك الجلسات العلاجية التي اشتملت على ثلاثة عشر جلسة، وبعد انتهاء الجلسات العلاجية بفترة تم تطبيق جلسات المتابعة.

خامساً: نتائج البحث

بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطاطي تم القيام بالقياس البعدي بالنسبة لاختبار العدوان والذي من خلاله تم حساب الفروق بالنسبة للتطبيقين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة من خلال قيمة (Z)، وبعد ذلك تم قياس الفروق في التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية للتأكد من استمرار انخفاض درجات العدوانية لعينة البحث والجدولين رقم (7)، (8) يوضح ذلك كالتالي:-

جدول رقم (7)

يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطاطي

الأبعاد	المجموعة	ن	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
عدوان مادي	بعدي تجريبية	15	8.00	120.00	*4.68-
	بعدي ضابطة	15	15.00	245.00	
عدوان جسدي	بعدي تجريبية	15	8.07	121.00	*4.63-
	بعدي ضابطة	15	16.93	244.00	
عدوان لفظي	بعدي تجريبية	15	8.03	120.50	*4.66-
	بعدي ضابطة	15	16.97	244.50	
عدوان على الذات	بعدي تجريبية	15	8.00	120.00	*4.69-
	بعدي ضابطة	15	23.00	240.00	
الدرجة الكلية للعدوان	بعدي تجريبية	15	8.00	120.00	*4.67-
	بعدي ضابطة	15	17.00	245.00	

* دالة عند مستوى 0.05 حيث قيمة Z > 0.05

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطاطي بالنسبة لدرجات العينة في أبعاد اختبار العدوان، حيث بلغت قيمة Z المحسوبة لأبعاد اختبار العدوان كالتالي بعد العدوان المادي -4.68، بعد العدوان الجسدي -4.63، بعد العدوان اللفظي -4.66، بعد الاعتداء على الذات -3.69، وبالنسبة

للدرجة الكلية كانت -4.67 على التوالي وكلها أقل من قيمة (Z) الجدولية 0.11، وذلك يعنى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين بعد تطبيق البرنامج العلاجي بالنسبة لأبعاد الاختبار، أي أن الفروق بين درجات المجموعتين بعد تطبيق البرنامج كانت ذات دلالة، وهذا يشير إلى فعالية الجلسات العلاجية في تخفيف مستوى العدوانية بأبعادها المختلفة عند عينة الدراسة.

والجدول رقم (8) يوضح عدم وجود فروق ذات دلالة في قيمة (Z) بالنسبة للتطبيقين البعدي والمتابعة في أبعاد الاختبار كما يلي:-

جدول رقم (8)

يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات التطبيقين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية بالنسبة لمتغير العدوان

الأبعاد	التطبيق	ن	الرتب الموجبة	الرتب السالبة	الرتب المتماثلة	م الرتب	مج الرتب	Z
مادي	بعدي	15	10	3	2	7.3	73.0	*1.9
	متابعة	15				6.0	18.0	
جسدي	بعدي	15	6	6	3	8.0	48.0	*0.7
	متابعة	15				5.0	30.0	
لفظي	بعدي	15	4	7	4	4.9	19.5	*0.2
	متابعة	15				6.6	46.5	
ذات	بعدي	15	4	8	3	5.0	20.0	*1.5
	متابعة	15				7.3	58.0	
الدرجة الكلية	بعدي	15	5	7	3	7.2	36.0	*0.2
	متابعة	15				6.0	24.0	

$$0.05 < Z^*$$

يتضح من الجدول رقم (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية عند التطبيقين البعدي والمتابعة بالنسبة لأبعاد اختبار العدوان وذلك يؤكد استمرار التحسن لدى العينة التجريبية بعد تطبيق جلسات العلاج الجشطالتي حيث أن قيمة Z كانت أكبر من 0.05.

مناقشة نتائج البحث

أكدت نتائج فروض البحث الحالية أن درجات أفراد المجموعة التجريبية في العدوانية بأبعادها المختلفة انخفضت عن درجات المجموعة الضابطة بعد تنفيذ جلسات العلاج الجشطالتي.

وتشير النتائج بأن السلوك العدواني انخفض عند المجموعة التجريبية بعد إجراء الجلسات مقارنة بالمجموعة الضابطة، وذلك ما أكدته دراسة شوقية السامدوني (2004) حيث أشارت بأن درجات أفراد عينة دراستها على اختبار السلوك العدواني انخفضت بعد تنفيذ جلسات العلاج العقلاني السلوكي، وذلك يشير إلى أهمية تطبيق البرامج العلاجية مع تلك الفئة من المعاقين وجدواها في التخفيف من حدة السلوك العدواني.

وقد أيدت نتائج البحث الحالي وجهة النظر الجشطالتي وفي الفنيات المتبعة في الجلسات العلاجية في التخفيف من حدة أشكال السلوك العدواني المختلفة لدى الأطفال المعاقين جسدياً.

وكان دور الباحث أثناء الجلسات العلاجية تسهيل عملية الفهم والوعي لدى العينة، ومساعدته على تحمل مسؤولية أفعاله من خلال التركيز على الوعي بالأفعال والسلوكيات التي يسلكها والأنشطة التي تطلب منهم خلال الجلسات، وملاحظة استجابات الطفل في اللحظة الحالية وسؤال الباحث عما يشعر به ويعيه الطفل الآن، وذلك حسب ما أكدته كل من ترول وفاريز (356:2001) (Trull & Phares) وزاهم وجولد (97:2004) (Zahim & Gold)، ومن خلال الالتزام بتنفيذ مثل تلك الفنيات أو التوجيهات، فقد سهل ذلك التوصل إلى نتائج دالة، تعبر عن مدى فعالية العلاج الجشطالتي في تخفيف حدة العدوان لدى الأطفال المعاقين جسدياً.

وقد كان للفنيات التي تم استخدامها نتائج ذات تأثير على تخفيف حدة أشكال العدوانية لدى عينة البحث والتي تمثلت في سؤال أفراد العينة كيف ولماذا يخبرون السلوك العدواني بمختلف أبعاده، ومحاولة تكوين الجشطلات

الجديدة عندهم و استبيان الصراع الداخلي وفهم معنى الاضطراب وأسبابه والمواقف التي يمكن أن يحدث من خلالها، بالإضافة إلى محاولة جعل الطفل يعي السلوك العدواني الذي اعتاد عليه (Fiebert, 1983:144). بالإضافة إلى فنيات العيش في هنا والآن والرضا بما قدر الله على الطفل، مع جعل الطفل يتحمل مسئولية الأفعال التي يقوم بها (Poletto, 2007:41)، وكانت مثل تلك أهم الفنيات التي استخدمت مع السلوك العدواني لتخفيفه لدى عينة الدراسة.

هذا وقد اتفقت نتائج البحث الحالي مع ما أشارت إليه دراسة كرومباخ وزملائه (Crombaugh, 1968) et al) بأن الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة والملازمين للمستشفى ترتفع لديهم درجات العدوان أكثر من أقرانهم.

وفي دراسة كل من اتشيسون وكوندون (1993) (Atchison & Condon) وتشوكوت وزملائه (1997) (Choquet, et al) اتضح أيضا أن السلوك العدواني سلوك ملازم للمراهقين والأطفال المعاقين جسميا والمصابين بأمراض مزمنة، وقد أكدت الدراسات على أهمية تعرض مثل تلك العينات للعلاجات النفسية والبرامج العلاجية والإرشادية والتربوية اللازمة والتي تصلح في التخفيف من حدة ذلك الاضطراب؛ وبذلك فقد أيدت النتائج الخاصة بذلك الفرض أن العلاج الجشطالتي كان فعالا في التخفيف من حدة العدوان لدى المصابين بشلل الأطفال.

وقد أيدت نتائج البحث ما توصلت إليه دراسة شوقية إبراهيم السمدوني (2004)، ودراسة خالد رمضان عبدالفتاح (2005)، بأن الأطفال المعاقين أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالاضطرابات النفسية عامة والسلوك العدواني خاصة، من هنا حيث اعتمدت الدراسة الأولى على برنامج للتدريب على التواصل بين الأطفال للتخفيف من حدة السلوك العدواني، أما الدراسة الثانية فقد قدمت برنامجا علاجيا اعتمد على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لتعديل السلوك العدواني للمعاقين جسميا والذي كان فعالا.

وبالنسبة للتطبيق بعد المتابعة فيتضح عدم وجود فروق بين التطبيقين البعدي والمتابعة بالنسبة للمجموعة التجريبية، نتيجة استمرار التحسن على الأطفال المصابين بشلل الأطفال بجانب تخلصهم نوعا من حدة العدوانية بأشكالها التي كانت تميزهم عن رفاقهم، وتجعل الآخرين يبتذونهم، حيث أن العلاج الجشطالتي من أهم سماته بأنه علاج تكاملي.

وقد تأكد للباحث من خلال التطبيق في المتابعة بأن التحسن الذي حدث بالنسبة لأشكال السلوك العدواني قد استمر ولم يحدث نتيجة الصدفة، وإنما كان من خلال جلسات العلاج الجشطالتي التي ساعدت أفراد العينة على التخفيف من حدة السلوك العدواني، كما أكد كل من جرينبرج (2006) Greenberg؛ هينج (2006)؛ ودراسة أولوفسين (2007) Oelofsen.

ومما سبق يتضح اتفاق نتائج البحث مع آراء الباحثين حول العلاج الجشطالتي وفعاليتها في تخفيف العدوانية بأشكالها التي يعانيها الأطفال المصابين بشلل الأطفال كما أشار فيرنانس وزملائه (2006:99) (Fernanes et al)، لذا فقد أكدت النتائج الخاصة بفترة المتابعة استمرار التحسن لدى العينة التجريبية.

سادسا: مراجع البحث

- 1- أ. ت. بتروفسكي و م. ج. باوشفسكي (1996): معجم علم النفس المعاصر. ترجمة حمدي عبد الجواد وعبد السلام رضوان. دار العالم الجديد، القاهرة.
- 2- أحمد السعيد يونس و مصري عبد الحميد حنورة (1991): رعاية الطفل المعوق طبيياً ونفسياً واجتماعياً. دار الفكر العربي، القاهرة.
- 3- أحمد زكي صالح (1978): اختبار القدرات العقلية العامة. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 4- بندق عبد الخالق أحمد إبراهيم (1987): العلاج الجشطالتي ومدى فاعليته في علاج م
- 5- حامد عبد السلام زهران (2003): دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي. الطبعة الأولى، عالم الكتب.
- 6- حسن مصطفى عبدالمعطي (2005): الإعاقة الجسمية. زهران الشرق، القاهرة.
- 7- خالد رمضان عبدالفتاح سليمان (2005): فعالية التدريب على التواصل في تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا. رسالة ماجستير، كلية التربية، بنها.

-
- 8- خليل مصطفى الديواني (1989): طفولة بلا متاعب. كتاب اليوم الطبي، ع93، مؤسسة أخبار اليوم، القاهرة.
- 9- رضا محمد إبراهيم محمد كردي (2005): فاعلية برنامج إرشادي في تحسين مستوى القلق لدى الطفل الكفيف. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق، فرع بنها.
- 10- رمضان محمد القذافي (1993): سيكولوجية الإعاقة. مكتبة الجامعة المفتوحة، طرابلس.
- 11- رمضان محمد القذافي (1997): التوجيه والإرشاد النفسي. الطبعة الأولى، دار الجيل، بيروت.
- 12- زكريا الشربيني (1990): الإحصاء اللابارامتري في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. الأنجلو، القاهرة.
- 13- س هـ باترسون (1990): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة حامد عبدالعزيز الفقي، الجزء الثاني، الطبعة الأولى، دار القلم، الكويت.
- 14- سحر عبد الحميد يوسف الكحكي (1997): تقييم برنامج علاجي تكاملي لعلاج التلعثم لدى عينة من الأطفال المعاقين. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، عين شمس.
- 15- سعد عبد المطلب عبد الغفار (1996): التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المصابين بشلل الأطفال. مجلة معوقات الطفولة، ع5، جامعة الأزهر.
- 16- سلوى محمد عبد الباقي (2006): الإرشاد والتوجيه النفسي. مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- 17- شوقية إبراهيم السامدوني (2004): مدى فعالية العلاج العقلاني السلوكي في تعديل السلوك العدوانى لدى المعوقات جسمياً. رسالة دكتوراه، كلية التربية، بنها.
- 18- عادل سعد يوسف خضر (2008): النموذج البنائى للسلوك العدوانى وتركيز الانتباه والقيم الخلقية والتحصيل الدراسى بالمرحلة الإعدادية. المجلة المصرية لعلوم المراهقة، مجلد1، ع1.
- 19- عادل عبدالله محمد (2000): العلاج المعرفى السلوكى: أسس وتطبيقات. دار الرشد، القاهرة.
- 20- عادل عبدالله محمد (2002): الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية (فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدوانى للأطفال التوحديين)، دار الرشد، القاهرة.
- 21- عبد الرحمن السيد سليمان (2001). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة: نوى الحاجات الخاصة أساليب التعرف والتشخيص. الجزء الثاني، زهراء الشرق، القاهرة.
- 22- عبدالرحمن السيد سليمان (2001) معجم الإعاقة البدنية. الطبعة الأولى، زهراء الشرق، القاهرة.
- 23- عبد الرحمن العيسوي (1988): العلاج النفسي. دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
- 24- عبد الرحمن العيسوي (1988): العلاج النفسي. دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 25- فاروق الروسان (1989): سيكولوجية الأطفال غير العاديين. جمعية مطابع عمان العالمية، عمان.
- 26- فاروق الروسان (2001): سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة). الطبعة الثالثة، دار الفكر للطباعة، عمان.
- 27- فرج أحمد فرج (1967): الظواهر العدوانية لدى الجانحين. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 28- لطفي فطيم (1993): العلاج النفسي الجمعي. الأنجلو، القاهرة.
- 29- محمد سيد فهمي (1995): السلوك الاجتماعي للمعوقين: دراسة في الخدمة الاجتماعية. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 30- محمد عبد الظاهر الطيب وعبدالعزیز القوصي (1989): تيارات جديدة في العلاج النفسي الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 31- محمد محروس الشناوي (1994): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار غريب للنشر، القاهرة.
- 32- مختار حمزة (1964): سيكولوجية المرضى وذوي العاهات. الطبعة الرابعة، الأنجلو، القاهرة.
-

-
- 33- منى محمد زكي صقر (2008): الأمان داخل البيئة المنزلية وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى الأطفال. رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد المنزلى، جامعة المنوفية.
- 34- نبيل عبد الفتاح فهمي حافظ (1981): مدى فاعلية العلاج الجشطالتي في تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه، كلية التربية، عين شمس.
- 35- نبيل عبد الفتاح فهمي حافظ (1998): صعوبات التعلم والتعلم العلاجي. زهراء الشرق، القاهرة.
- 36- نبيل عبدالفتاح فهمي حافظ (1993): السلوك العدوانى والتوافق النفسى للأطفال، ع17، ج1، مجلة كلية التربية، عين شمس، ص ص: 283-324.

37- Ansel, L, Woldt & Toman, Sarah, M (2005): Gestalt therapy: history, theory and practice. Thousand Oaks, CA: sage Publications.

38- Atchison, M & Condon, J (1993): Aggressive behavior and anger measures in coronary heart disease. *Australian & New-Zealand journal of psychiatry*, v27, n3, pp:436-442.

39- Becker, Ernest (1993): Growing up Rugged: Fritz Perls and Gestalt Therapy. *The Gestalt Journal*, v XVI, Number 2.

40- Bowman, Deborah; Leakey, Tricia A & Friedman, Norman (2006): The power of gestalt therapy in accessing the transpersonal: Working with physical difference and disability. International dissertation abstract. *Gestalt Review*, v10(1), pp: 42-59. bowman@naropa.edu

41- Choquet, M ; Fediavsky, L P & Manredi, R (1997): Aggressive behavior among adolescent reporting chronic conditions: A French national survey. *Journal of adolescent health*, v20, n1, pp:62-67.

42- Crumbaugh, Jmes, C; Salzberg Herman C & Agee Frank L (1968): The effects of pool therapy on aggression. *Journal of clinical psychology*, property of john wiley & sons.

43- De Baranchu, Julia, Z (1980): The use of Gestalt therapy in physical and psychic complaints. International dissertation abstract, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, v 26(1), pp: 54-59.

44- Fiebert, Martin, S (1983): Stages in gestalt therapy session and examination of counselor intervention. 3 rd edition. Lexington press, London.

45- Goldenson, R.M. (1984): Longman dictionary of psychology and psychiatry. New York, Longman publish.

46- Greenberg, Elinor (2005): The Narcissistic Tightrope Walk: Using Gestalt Therapy Field Theory to Stabilize the Narcissistic Client. *Gestalt Review*, v 9 (1): 58-68. ElinorG@aol.com.

47- Haskell, S.H (1977): The education of motor and neurologically handicapped children. New York, Ahalsted press book.

48- Henel, Mary (1979): Gestalt psychology and gestalt therapy. *Journal of the history of behavioral sciences*. n14, pp:23-32.

49- Hitge, Erika (2006): The use of gestalt therapy to re- write life script. Unpublished master study, University of South Africa.

50- Hitge, Erika. (2006): The use of gestalt therapy to re-write life script. published master study. University of south Africa. Available online at www.google.com.25/12/2007

51- Khan, A ; Cowan, C & Roy A (1997): Personality disorders in people with learning disabilities: a community survey. *Journal of Intellectual Disability Research*. v40, n4, pp: 324-330.

52- Oelofsen, Melanie (2007): The use of gestalt therapy as an alternative assessment technique with primary school girls who have been sexuality abused. Unpublished master study, university of Pretoria.

-
- 53- Perls, Fredrick, Salimon (1957): Finding self through gestalt therapy. Union forum lecture series. New York.. March.
- 54- Perls, Fredrick, Salimon (1979): The gestalt approach and eye witness to therapy: The last and the most comprehensive work by the genius who fathered gestalt therapy. N.Y. Bantam Book.
- 55- Perls, Fredrick, Salimon ; Hefferline, Raleph E & Goodman, Paul (1951): Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality. Dell publishing co,ing. New York.
- 56- Perls, Fredrick, Salimon (1969): Ego, hunger and aggression, the gestalt therapy of sensory awakening through spontaneous personal encounter, fantasy and contemplation, Vintage Giant Press. New York.
- 57- Perls, Fredrick, Salimon (1969): Gestalt therapy verbatim, an action approach to deepening awareness and living fully in the here and now, as experienced in workshop at Esalen Institute. New York, bantam books.
- 58- Poletto, Sandra. (2007): AIPC'S Five Therapies eBook Behavior Cognitive Behaviour Person-Centered Solution-Focused Gestalt, Australian Institute of Professional Counselors.
- 59- Rapstoff, Rapheal (2006): Touching the soul in gestalt therapy. Peter Hammer publisher, Germany.
- 60- Simpson, Lorelie E; Atkins, David C; Gattis, Krista S & Chrestinsen, Andrew (2008): Low-level relationship aggression and couple therapy outcome. *Journal of family psychology*, v22,n1, pp:102-111.
- 61- Taylor, J,L (2002): A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*. v46, n1, pp 57-73.
- 62- Trull, Timothy, J & Phares, E, Jerry (2001): clinical psychology. Concepts, methods and profession. Sixth edition, Wodsaworth. Australia.
www.europeanresearchjournal.com Email. ken@euroips.wanadoo.co.uk.
- 63- Zahim, Stephen, G & Gold, Eva, K (2004): gestalt therapy. Encyclopedia of applied psychology. pp 95-104.
-