جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مطبوعة دروس في وحدة:

الاضطرابات الحسية الحركية والأداتية

مستوى السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي

إعداد:

د. بومعزوزة نسيمة

أستاذة محاضرة قسم "أ"

السنة الجامعية: 2023/2022

وحدة التعليم: الأساسية

المادة: الاضطرابات الحسية الحركية والأداتية

الرصيد:05

المعامل:02

أهداف التعليم:

- ✓ تمكّن الطّالب من التعرف على الاحتياجات الخاصة وكذا الاضطرابات الأداتية.
- ✓ التعرّف على أهم اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة لدى الطفل.

محتوى المادة:

1-مفهوم الاعاقة والاحتياجات الخاصة.

-الاعاقة الحسية.

-الاعاقة الحركية.

-الاعاقة الذهنية (التأخر العقلي)

2-الاضطرابات الأداتية.

-اضطرابات صورة الجسم.

-اضطرابات الجانبية: اضطرابات جيزية-زمنية.

-فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه.

3-اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة: عسر القراءة، عسر الكتابة، عسر الحساب، عسر الخط.

4-الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل:

-الخلجات.

-قلع الشعر.

-أكل الأظافر.

-الايقاعات الحركية والتأرجحات.

طريقة التقويم: امتحان+ تقويم مستمر.

فهرس المحاضرات

المحاضرة	العنوان	الصفحة
الأولى	– تذكير بمراحل النمو الحسي الحركي لدى الطفل	**6**
الثانية	1– مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة.	**24**
الثالثة	– الإعاقة الحسية. – الإعاقة الحركية.	**33**
الرابعة	– الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي)	**39**
الخامسة	– الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) ...تابع	**57**
السادسة	2– الاضطرابات الأداتية. – اضطرابات صورة الجسم. – اضطرابات الجانبية: اضطرابات جيزية–زمنية.	**81**
السابعة	– فرط الحركة مع أو بدون نقص الانتباه.	**92**
الثامنة	– التوحد.	**108**
التاسعة	3– اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة:	**117**
العاشرة	– عسر القراءة. – عسر الكتابة.	**128**
الحادية عشر	– عسر الحساب. – عسر الخط.	**134**
الثانية عشر	4– الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل: – الخلجات. – قلع الشعر. – أكل الأظافر. – الايقاعات الحركية والتأرجحات.	**141**
/	قائمة المراجع	**155**

فهرس الجداول

الجدول	العنوان	الصفحة
1	المراحل الفرعية للمرحلة الحسية الحركية لنظرية بياجي	20
2	مستويات الشدة في الإعاقة الذهنية	48
3	أسباب الإعاقة الذهنية	59
4	أنواع صعوبات التعلم النوعية	124

فهرس الأشكال

الشكل	العنوان	الصفحة
1	النمط النووي لمصاب بمتلازمة داون	61
2	متلازمة داون ومتلازمة الجين x الهش	66
3	آثار عقار التايدوميد	72

المحاضرة الأولى

تذكير بمراحل النمو الحسي الحركي لدى الطفل

- ✓ **النمو الحسي الحركي.**
  - **الوجهات النظرية.**
  - **العناصر الوصفية.**
  - **المقوية المحورية والتنقل والمسك.**
  - **النمو الإدراكي.**
- ✓ **نظرية جون بياجي في النمو العقلي المعرفي.**
  - **الامتصاص، المواءمة، التنظيم.**
  - **مراحل نمو التفكير حسب جون بياجي.**
  - **ميكانزمات النمو.**

✓ النمو الحسّي الحركي (المبكّر):

- **الوجهات النظرية:**

يعتبر النمو النفسي– الحركي على أنه سيرورة مستمرة والتي تبدأ عند الإخصاب. إذ تبدأ الحركية الإرادية (La motricité intentionnelle) في النشوء منذ البرهة الأولى للحياة وتنتج عن علاقة متبادلة ومكملة بين الإدراك والفعل.

نجد أن هناك نظريات مختلفة كانت كامنة ولازالت تكمن وراء مفاهيم النمو النفس–حسي–حركي: نظريات النضج (maturationniste) والمعرفية وحديثا الديناميكية والبيئية، إذ تقّر كل واحدة منها بمجموعة من الحقائق والسيرورات والتي تشكل أوجه مختلفة لنفس الموضوع وتأتي بوجهات نظر مكملة لبعضها البعض.

ففي **الفرضية النضجية**، فإنّ النمو الحركي مصدره هو بنية كلية والتي تتفرد شيئا فشيء، حسب التفاضل (différenciation) التشريحي التدريجي ونضج الجهاز العصبي المركزي (SNC) حيث يتم هذا النمو وفق اتجاه رأسي – ذنبي (Céphalo-caudal) بالنسبة لمحور الجسم، واتجاه قربي– بعدي أو قريب– بعيد (proximodistal) بالنسبة للأطراف، وظهري– بطني (dorsoventral) بالنسبة للجذع.

نجد هذه القوانين الثلاثة في النمو الحركي ما بعد الولادة، قانون الحركة الداخلية في القولبية، قانون البنية الكلية في الطابع الاندفاعي الحركية (motricité) العفوية والنمو الرأسي–ذنبي في تطوّر الحركية والمقوية العضلية. وهي وجهة نظر نجدها عند جيزل (**Gesell**) وتبقى أساس أبرز سلالم النمو الحالية والتي من بينها بروني ليزين (**Brunet-Lézine**).

تنظر **المقاربات المعرفية** إلى النمو على أنه تشييد لبنيات معرفية، والتي تدعى بمخططات (schèmes)، برامج حركية أو تصورات، والتي توّجه الانتقاء (la sélection) والتحضير والتنفيذ لنماذج حركية (mouvement) ذات تعقد متزايد. إذ يعتبر

الفرد على أنه نظام يعالج المعلومات الحاضرة (الموجودة) في المحيط، ويبحث عنها بصفة نشيطة ويعمل على مقارنتها (مواجهتها) مع المعلومات التي سبق اكتسابها وذلك حسب هدف محدّد من قبل. وتتحسن هذه القدرات على المعالجة مع النضج النوروبيولوجي (العصبي- البيولوجي)، وممارسة الفرد وأيضا مع تعديلات الاستراتيجيات المستعملة، وهو ما يؤدي إلى زيادة سرعة ودقة حركات الفرد وإلى تنوع وتعقد المرجع (répertoire) الحركي. إن التطوير التدريجي لسلوكات التثبيط إزاء المثيرات غير السديدة هي خاصية أساسية لنمو وتطور السيرورات المعرفية (Albaret, 2001, p2).

أمّا بالنسبة **للمقاربة الديناميكية**، فإن السلوك يبرز عفويا، بواسطة ظاهرة تدعى التنظيم- الذاتي (Auto-organisation)، من تفاعل تحت أنظمة (sous-systèmes) التي تتوقف على متطلبات المهمّة والتي تحدّد الديناميكية التي تحكم ظهور وتغيرات السلوك. من بين ما تتضمن هذه التحت أنظمة: التنظيم العصبوني (L'organisation neuronale)، والقوة العضلية، والمظاهر البيوميكانيكية، ومستوى اليقظة، والسيرورات الدوافيعة، وخصائص المهمة والمحيط الذي يحدث فيه.

كما أنه لا توجد تصورات لنماذج السلوكات بصفة مسبقة في المخ كما أنها ليست النتيجة البسيطة لنضج الجهاز العصبي المركزي (SNC). يقال عن هذا النظام أنه ليس خطيًا لأنه يميل إلى الانضمام بصفة فجائية إلى أحد أو إلى العديد من الحالات الثابتة والتي تدعى بالحالات الجاذبة أو الجذّابة (Attracteurs).

وعليه فإن النشاط الحركي العفوي للرضيع لا يمكن اعتباره على أنه نتاج لحركات عشوائية وغير متمايزة، وإنما هي استكشاف لديناميكية النشاط (Action) والتي ستؤدي تدريجيا إلى اكتشاف نطاق السلوكات الثابتة وهي الجاذبة.

ترجع أصول هذه المقاربة إلى أعمال **برنستين** (**Bernstein**) حول درجات الحرية والتناسق الحركي وفي نظرية الإدراك " المباشر " لِ **جيبسون (Gibson)**

مثـــال: تكيف الطفل مع السطح الذي يوضح فيه وقدرته على التحرك (يمشي أو يحبي).

- **العناصر الوصفية:**

المنعكسات والحركية التلقائية (Reflex et motricité Spontanée):

هناك تنوع كبير للنشاط الحركي عند الجنين، حيث تمرّ الحركات بصفة سريعة من حركات غير واضحة في حوالي سبعة أسابيع من الحمل إلى حركات معزولة للأطراف (الأسبوع التاسع) أو العينين (من 16 إلى 23 أسبوع). إن دراسة المظاهر النوعية لهذه الحركات يمكن أن يزودنا بمؤشرات حول احتمال وجود اضطرابات عصبية.

عند الولادة يتمركز التحكم في الحركية لدى الطفل حديث الولادة على مستوى تحت–قشري (sous-cortical)، وتتميّز هذه الحركية بإفراط الحركية (Hypertonie) على مستوى العضلات القابضة (Fléchisseurs) للأطراف، كما نجد نقص الحركية (Hypotonie) لعضلات الجذع بالاشتراك مع نشاطات منعكسة قديمة (بدائية) (Archaïques) التي تستثار باللّمس أو مسك جزء من الجسم والاستثارات البصرية والسمعية.

لقد تم وصف أكثر من 70 منعكس (Réflexes)، وهي تمثل خزان كبير لمخططات أوّلية، والتي ستؤدي دورًا أساسيًا فيا للتمكن من القيام بحركات متناسقة لاحقا وذلك جراء التطور التدريجي للقشرة المخية (La corticalisation progressive). في حين تركز أعمال سترِري (Streri) على التنوع الكبير في استجابات أخذ ومسك الشيء (Objet) من حيث التعقد والقدرة على التغيّر(التقلب) وهو ما يتضارب مع المفهوم الجامد للسلوكات الحركية للمولود الجديد الذي ينقله مصطلح منعكس.

المنعكسات الأساسية هي المنعكسات الفمية: (المص Succion) البلع (Déglutition)، شد اللسان (Refoulement de la langue) حتى 3 أشهر، المنعكس التجذيري (fouissement)، الفواق (hoquet)، التثاؤب (bâillement) والعطس، منعكسات

القوامية (redressement)، منعكس مورو المنعكس الدفاعي (Moro)، انتصاب القامة (redressement statique)، المشي، تجاوز العائق (enjambement de pied، منعكسات التجنب (d'évitement) وهي:

- إنحناء الجذع (incurvation du tronc)،
- التنحّي (retrait)،
- تقلص العضلات (مثل جفن العينين)،
- (Allongement croisée) لدى مد رجل مع دغدغتها يمدد الطفل الرجل الأخرى لمنع العملية،
- المنعكسات المسببة للألم (reflexes nociceptif).

هناك أيضا منعكس (Landau) (موضوع على البطن يقوس عموده الفقري ويحرك يديه ورجليه، يبدأ ما بين 2–4 أشهر ويصبح كلي ما بين 5–6 أشهر "منعكس ثانوي")، ومنعكسات (définitifs tendineux) التمدد مثل منعكس الركبة، منها: (كعب– أخيل (Achilléen) والركبة (rotulien) والأطراف العلوية)، والجلدية: (Plantaire) وبطنية (abdominaux). إن أي خلل في ظهور هذه المنعكسات في شدّتها أو في دوامها وبالرغم من صعوبات التقدير و/ أو الكشف عنها بصفة واضحة، فهو غالبا ما يكون علامة لخلل عصبي. تختفي هذه المنعكسات شيئا فشيئا ما بين 3 و 6 أشهر، تحل محلّها الحركات النشيطة (Actifs مع احتمال وجود عمل مشترك (Synergie) بين العضلات التي تنتج حركة محددة (عضلة تتقلص) (Agonistes) والعضلات والتي تنتج عكس الحركة (عضلة تتمدد) (Antagonistes).

إن الحركية التلقائية لدى المولود حديث الولادة تتكون من حركات ثقيلة/ كثيفة/ كبيرة (Massifs) ومنتشرة تهم مجمل الجهاز العضلي ولكنها تسود على مستوى الأطراف فهي حركات تظهر منذ الولادة ونجدها أيضا بالرغم من بُطئها عند الخديجين. هي موجودة غالبا عند الاستيقاظ: حركات شبيهة بالضغط على الدواسة (Pédalage) مثلا، علما أن الفروق

الكمية والكيفية ما بين الأفراد هي جد معتبرة تختفي ما بين 5 و 8 أشهر كما أن عمرها أقل عند البنات، وحسب المؤلفين والمسلمات النظرية فإن المعاني التي تكتسيها هذه الحركية قد تغيّرت كثيرا: بقايا عديمة الفائدة للتطور (تطور الأجناس)، بدون وظيفية تكيفية بالنسبة للبعض، أو على العكس بوادر ضرورية للنشاط المستقبلي أو تفريغ مُلِحْ لطاقة عضلية مخزنة بالنسبة لآخرين.

نجد أيضا نمطية (stéréotypies) خلال النمو العادي، تظهر في حوالي 6 أشهر إلى سنة ولا تدوم بعد السنة الثالثة. تكن الحركات أحيانا متناغمة (Rythmés) تتضمن الرأس أو الجسم ككل، كما يمكنها أن تتعلق بالفم (مص متواصل، صريف الأسنان (Bruxisme)، أو الجلد (revêtement cutané)، اللمس الذي يصاحب أحيانا بالتقطيع الذاتي (automutilation)). وهنا أيضا نجد تفسيرات متعددة: دور في النمو الحركي، في التعرف على الجسم وعلى حدوده، وظيفة المتعة (Fonction hédoniste)، التعبير عن لذة (Plaisir)، ميكانيزم تعويضي أو توازني (Homéostatique)، تغييرات في مستوى الانتباه.

- **المقوية المحورية، التنقل والمسك**

(Tonus axial, locomotion et préhension):

من وجهة نظر النظرية النضجية، فإنه إبتداءا من المرحلة التي تتولى فيها المراكز العليا للمخ (centres supérieures) زمام الأمور، فإنه يتم تثبيط تدريجي للمنعكسات ويجب ضبط وإتقان ثلاث فئات من السلوكات من طرف الطفل من أجل تكيّف أمثل مع المحيط: مراقبة (التحكم) المقوية المحورية، التنقل والمسك، حيث يترك الانثناء (flexion) المسيطر تدريجيا المجال للتمدد والبسط (extension).

يسمح تطور المقوية المحورية بإضفاء مراقبة على الجهاز العضلي(musculature) حتى يناهض(s'opposer) قوّة الجاذبية حسب تسلسل منتظم، أين نلاحظ استقامة متدرجة

للرأس في حوالي الشهر الرابع، وللجذع ما بين 7 و 8 أشهر والذي يسمح بوضيعة الجلوس بدون سند، والأطراف السفلى في حوالي الشهر العاشر الذي يسمح بوضعية الوقوف، أخيرًا في حوالي الشهر الثاني عشر يتمكن الطفل من الوقوف بمفرده.

يتوقف تنقل الطفل على نمو المقوية المحورية حيث يمكن التفرقة بين المهارات التنقلية (locomotrices)، المتكونة من حركات أفقية التي تصل أوجَّها مع التنقل الرباعي (quadrupédie) وتلك المرافقة للعمودية (verticalisation) والمؤدية للمشي النهائي.

مع المراقبة والتحكم التدريجي لعضلات الرأس والرقبة والجذع فإن الطفل يتنقل زحفا (par reptation) إذ يستعمل أساسا الأطراف العليا في حين يتم جرّ البطن والأطراف السفلية. تكون مدّة التنقل متغيّرة، تبعًا للهدف ودافع الطفل لذلك، ولنوع (طبيعة) الأرضية ولبنية الطفل، حيث يبدأ الزحف في حوالي الشهر السادس ويتبعها الحبو في حوالي الشهر التاسع (Marche quadrupède) أين يتنقل الطفل على الأيدي والركبتين مع تناسق بين الأطراف الأربعة. في بعض الأحيان وفي حوالي الشهر الحادي عشر فإن الطفل يمشي مستعملا في ذلك باطن القدمين (La plante des pieds) وراحة (كف) اليدين (la Paume des mains)، أخيرا يتنقل البعض على اليدين والمؤخرة لما يتحكمون في وضعية الجلوس (Albaret, 2001, p2) .

يظهر المشي طول دعامة أو سند (un support) أو لدى مسك يدي الطفل في حوالي الشهر التاسع، والمشي لمفرده في حوالي الشهر الثاني عشر، وهو ما يتطلب الدفع المتناوب (propulsion alternative) للأطراف السفلية، يتسع مضلّع السند (le polygone de sustentation) في البداية، ثم تزيد السرعة شيئا فشيئا ويزيد طول الخطوات وينتظم تواترها، وينتقل الذراعان من الوضعية العليا عند بداية المشي إلى وضعية سفلى وتتزامن مع الأطراف السفلية.

يتطور المسك حول ثلاث نشاطات:

- التناول– Approche – Raeching

- مسك الشيء أو القبض– Agrippement– Grasping.
- الإفلات– Releasing – Lâchage

قبل الشهر الرابع لا يظهر الطفل حركات التناول نحو الشيء، حتى وإن كان هناك تحديد عن طريق الرؤية (Localisation visuelle) والذي يثير أحيانا حركات " الدمى المتحركة " (Marionnette) أي تناوب بين:

- Pronation : mouvement de rotation interne de la main et de l'avant-bras.
- Supination : mouvement de rotation externe.

وشيئا فشيئًا يوجه الطفل ذراعيه نحو الشيء في حركة مسح (un mouvement de balayage) أو تطويق (enveloppement) أين توجد سيطرة خلل في القياس (Dysmétrie)، ثم تظهر بوادر التناول المباشر. خلال هذه المرحلة يمكن للطفل أن يمسك بشيء على اتصال براحة اليد ويلعب به. بعد الشهر الخامس يمسك الطفل الأشياء التي تتعرض لمجاله البصري، حيث يصبح هناك تناسق وتزامن بين المراقبة البصرية واليدوية للشيء، عن الأخذ بعين الاعتبار لخصائص الشيء، من حيث الشكل والقوام (La texture). يكون المسك في البداية (Cubito-palmaire)، مع مسك الشيء بين L'éminence hypothénar أي Le bord externe de la paume مع الأصبعين الأخيرين من اليد أي البنصر والخنصر (L'annulaire et l'auriculaire).

في حوالي الشهر السابع أو الثامن يصبح المسك (Radio-Palmaire)، مع استعمال تفضيلي للإبهام (Le pouce) والوجه الجانبي للسّبابة (L'index)، أخيرا وفي حوالي الشهر التاسع فإنه يتّم مسك الشيء باستعمال الملقط (La pince) إبهام– سبابة (Pouce- index) وهو المسك (préhension radio digitale)، حيث يمكن للطفل أن يمسك بالأشياء الدقيقة بين الأصبعين.

في حوالي الشهر العاشر يصبح هناك تنسيق بين تناول وأخذ (La saisie) الشيء في حركة مستمرة، وفي حوالي الشهر الرابع عشر يصبح أخذ (Prise) الشيء عملية

مراقبة ومتحكم فيها بصفة كلّية، ويطلب الإفلات نضج العضلات المثنية (Fléchisseurs) للأصابع، مما يسمح باسترخائها حسب الطلب من أجل قلب صفحات كتاب مثلا.

تبدأ الأساسيات الأولى ما بين الشهر الثاني عشر والرابع عشر، وفي الشهر الثامن عشر فإن المظاهر الثلاثة للمسك تصبح متناسقة، إذ يمكن للطفل إذن بناء برج من ثلاثة إلى أربعة مكعبات.

تبقى الفروق الما بين شخصية معتبرة وتتوقف على عوامل متعددة التي ترجع إلى قيود وشروط المحيط (سطح مائل مثلا)، وللعضوية (أبعاد أجزاء الجسم، القوّة)، وللمهمة (أبعاد الشيء). يمكننا مثلا ترتيب (تصنيف) الأطفال حسب درجة قابليتهم للتمّدد (extensibilité) أين نجد في الطرفين:

– الأطفال قليلي التمدد والذين يصلون بصفة مبكرة لوضعية الوقوف ثم المشي، مع تنقلية مبكرة معتبرة، مع وجود نمطية ذات النوع العنيف ولكن نجد لديهم تأخر في المسك.

– على العكس فإن الأطفال ذوي التمّدد الكبير نجد لديهم مسك مبكر، تنقلية قليلة، نمطية لاستكشاف الجسم ولا يصلون إلى وضعية الوقوف والمشي إلاّ بعد ذلك.

بعد اكتساب الميكانيزمات القاعدية والمتمثلة في المقوية المحورية والتنقل والمسك، تأتي المرحلة الثانية وهي تنوع وإتقان هذه الأخيرة.

فخلال هذه المرحلة الثانية والتي تحدث ما بين 18 و 24 شهر إلى 7 سنوات، فإن الطفل يطوّر الدقة والسرعة في التنفيذ، يصقل حركيته (affine sa motricité) ويدمج البعد الفضائي لحركات جديدة، يزيد من تكيفه مع وضعيات متنوعة ويدمج هذه العناصر المختلفة، السباق، مختلف أنواع القفز (الأقدام منضمة، الارتفاع، الطول، فوق العقبة، من فوق كرسي)، التنقلات (الجانبية، القفزات القصيرة المتعاقبة (le sautiller)، التسلّق) تمثل أساس المكتسبات على المستوى الحركي.

كما تتعدد طريقة مسك واستعمالات الأشياء: الرمي (Lancer) باستعمال اليد أو باستعمال الشيء آخر، المسك باليد أو الرجل، اللّعب بخفة (Jongler) المراوغة (Dribler)، القيام بتدحرج كرة (faire tourner un ballon).

إن تحسّن مراقبة الجهاز العضلي الضد جاذبي (antigravitaire) يسمح بإمكانيات جديدة للتوازن، حركات لكل أو لجزء من الجذع والأطراف العليا مع البقاء في نفس المكان، التوازن على رجل واحدة، المشي على منحدر، والتدحرج.

المرحلة الثالثة والأخيرة ابتداءً من 6 إلى 7 سنوات، توافق ممارسة نشاطات أكثر فأكثر تنوعا وتخصصا والتي تمثل مختلف الكفاءات الرياضية. تتوقف الفعالية الفردية على نوعية وجودة المراقبة (le contrôle) الحركية وللاستعمال الأمثل للتغذية الرجعية (rétroaction) البصري والحس العميق (proprioceptives)

Ou sensibilité profonde : désigne la perception consciente ou non, de la position des déférentes parties du corps.

وأيضا الاستسباق (anticipation)، الذي يسمح بوجود مرونة في الحركة وعلى تحديث البرامج الحركية.

- **النمو الإدراكي (Développement perceptif):**

لم يعط للنمو الإدراكي حقه نظرا للأهمية التي منحت للنشاط الحركي، غير أن العوامل الادراكية قد أصبح ينظر إليها حاليا على أنها عنصر أساسي في تطور الذكاء، إذ تكون مختلف الأشكال الحسيّة وظيفية عند الولادة وبالنسبة للبعض منها فإنها تكون وظيفية عدة أسابيع قبل الولادة.

يضم إدراك الرضيع بعض الخصائص التي يصفها (Gibson)، فهي سيرورة نشيطة للاستكشاف والذي ينتج عن الدافع، توجه نحو المصادر الخارجية للاستثارات حتى البعيدة منها. تستعمل وتتوقف على المعلومات المعطاة من طرف الحركة.

الفضاء المدرك هو عالم من ثلاثة أبعاد، الثبات الإدراكي لشكل وحجم الشيء موجود قبل أية محاولة تقرب أو مسك الشيء، الإدراك متسق (Cohérente) ويهتم بالبنية وأخيرا فهو يبيّن ويقدم قدرات مبكرة للنقل ما بين مختلف أشكال الإدراك، المس– الرؤية في الشهر الثاني انطلاقا من نموذج مبدئي. إن النشاطات الموجهة من طرف الإدراك هي منظمة ومرنة ولا تتم عن طريق الصدفة أو حسب مخططات استثارة – رد فعل.

إن الطفل حديث الولادة (وذلك حسب أعمال Fantz et Bower في سنوات 1960–1970) يرى ويفضّل منذ الأسابيع الأولى من حياته الصور المتنوعة والجديدة ولكن في علاقة مع ما سبقت معرفته، كما يفضّل الخطوط المنحنية (traits curvilignes) وغير المنظمة (irréguliers) والمتباينة (contrastés). أمّا فميا يخص المعلومات الخاصة ببروز الأشكال (relief) فإنه يتم تمييزها بعد الشهر الثاني.

إن ثبات دوام الشيء الجامد (اللامتحرك) يكون منذ الشهر الرابع والخامس، والذي يسبق بمختلف التظاهرات التي توحي بسيرورة نضجية، أما ثبات (دوام) الشيء المتحرك (la permanence de l’objet mobile) تأتي لاحقا في حوالي الشهر السادس.

يظهر ثبات الحجم (la constance de grandeur) حسب التجارب ما بين 18 أسبوع و 6 أشهر، أمّا بالنسبة لثبات الشكل فقد تم اكتشافه ما بين 2 و 3 أشهر، العمق نجده في حوالي الشهر الرابع. وتتم التفرقة ما بين الألوان منذ الشهر الثالث مع تفضيل (عكس الشخص الراشد) للأوان الدافئة الأحمر والأصفر.

يكون السمع وظيفي قبل موعد الولادة، ولكن باعتبار الحواجز الفيزيائية، فإن إدماج الأصوات الخارجية لجسم الأم يتطلب ويفرض موجات منخفضة نسبيًا وضغط صوتي (pression acoustiques) أين نجد أن المستقبلات الجلدية أو حتى الحشوية معنية أكثر

بهذه الموجات الصوتية. إدماج الأصوات الداخلية وخصوصا صوت الأم هو أكثر وضوحا ويسمح للجنين ما بين (7–9) أشهر أن يعتاد عليه، ثم ومنذ الساعات الأولى بعد الولادة أن يتعرف عليه وحتى أن يفضل أغنية الأطفال التي كان يسمعها قبل ولادته من بين أغاني أخرى.

كما نجد لدى الطفل حساسية السمع (sensibilité nominale) تقدّر بـ 65 db (Décibel) (حوار يدور على بعد 3 أمتار)، كما أن مهاراته السّمعية تسمح له (أحسن من الراشدين) بالتفرقة بين أغلبية الفونيمات (Phonèmes) الموجودة حتى تلك التي لم يسبق له سماعها منذ الإخصاب والتي لا توجد في اللّغة الأم.

كما أنه يفضل الرّنات (Sons) المتناسقة والطبيعية على الضجّات المصطنعة أو الاصطناعية، يمكنه منذ الولادة أن يتجّه بصفة صحيحة نحو المصادر الصوتية، والتي يحدّدها بعد ذلك بنفس مستوى الراشد منذ الشهر الثامن عشر.

إن تطوّر الحس اللّمسي (Sens tactile) يتم أيضا بصفة مبكرة، ففي الشهر الثاني فإن الطفل يفضّل أسطوانة كاملة على الأسطوانة التي يوجد بها ثقب، ويمكن ملاحظة في الشهر الرابع أو الخامس تمييز الطفل بين المربع الكامل أو المثقوب أو ما بين النجمة والزهرة، وفي السنة الأولى فإن الطفل يمكنه أن يفرّق عن طريق اللّمس ما بين على الأقل 9 أشكال (Albaret, 2001, p3).

✓ نظرية جون بياجي في النمو العقلي المعرفي.

قبل أن نتناول مراحل النمو تجدر بنا الاشارة إلى ملاحظتين هامتين هما:

الأولى: يعتقد **بياجي** أن الأطفال يمرون خلال مراحل النمو بمعدلات متباينة ولذلك لم يولي أهمي كبيرة للعمر الزمني المقترن بكل مرحلة سواء في بدايتها أو نهايتها، ولكنه أكد على أن جميع الأطفال يمرون عبر هذه المراحل في تتابع ثابت أي بنفس الترتيب.

الثانية: بخصوص طبيعة التغيرات النمائية، ففي حين يفترض **بياجي** وجود تتابع ثابت للمراحل، يفترض أخرون مثل " **بندورا و ماكدونالد** " أنها عملية النضج " إنضاج"، أي أن توابع ونتائج كل مرحلة راسخة في الجينات الوراثية وتتفتح طبقا لجدول زمني خاص بها، ولم يؤمن **بياجي** أن مراحل النمو تتحدد وراثيا وأنها ببساطة تعبّر عن طرق شاملة للتفكير المميز لكل مرحلة، فالأطفال يكتشفون باستمرار ويتعاملون يدويًا مع الأشياء، ويحاولون تفسير البيئة من حولهم، وأثناء ذلك يشكلون بشكل حماسي تراكيب جديدة وأكثر إحكاما ليتعاملوا بها.

ولم يستعمل بياجي المفاهيم البيولوجية إلاّ بصفة محدودة، إذ أنه يصف أنشطة الأطفال بمصطلحات تشير إلى نزعات أو ميول بيولوجية موجودة في كل الكائنات الحيّة وذلك في مصطلحات ثلاثة هي: الامتصاص والموائمة والتنظيم.

❶- **الامتصاص "التمثل** " "**Assimilation**": ويعني استدخال الخبرة أي إدراك الخبرات أو المثيرات البيئية الجديدة، ليس مجرد عملية تسجيل سلبي لما هو مدرك بل هي عملية تغيير للمدركات الجديدة تعتمد على المخططات والبنى المعرفية المنظمة المتوافرة لدى الطفل، وتهدف إلى جعل هذه المدركات مناسبة للبنى المعرفية الموجودة فعلا بحيث تغدو جزءًا من التنظيم المعرفي للطفل. مثال: الكمبيوتر – التلفاز.

❷- **الموائمة** "**Accommodation**": بعض الأشياء لا تتناسب مع التراكيب العقلية القائمة بالفعل الآن، ولذلك يصبح من الضروري عمل تغيرات أو موائمة في هذه التراكيب حتى تناسب الموقف الجديد، ومن خلال هذه التغيرات يبدأ الأطفال في تشكيل وسائل كامنة ومحكمة للتعامل مع العالم، والموائمة تعني بذلك تغيير المخططات والبنى العقلية المنظمة والموجودة على نحو مسبق لتناسب الخبرات البيئية الجديدة (تعديل المخططات المعرفية Les Schèmes).

❸- **التنظيم** " **Équilibration** ": وهي عملية مزدوجة من الإدراك والاستيعاب، فالطفل الذي يبلغ من العمر أربعة أشهر سيكون لديه من القدرة على أن ينظر إلى الأشياء ويقبض عليها، وفي الحال سوف يحاول أن يجمع بين هذين الفعلين، ويشبه **بياجي** هذا الطفل بالعالم الذي يبني نظريته من خلال عمل تخطيطات عقلية تنظم العلاقة بين الأفكار النظرية في أنظمة متسقة (محمد السيد عبد الرحمن، 2001).

يعتبر إذن التنظيم على أنه إعادة تنظيم تنظيمات وتصورات المعارف وهي المخططات المعرفية، وهو ما يسمح للعضوية بالتكيّف بطريقة جيدة مع كل مراحل النمو مع العمل على أن تكون مجموع المخططات تستجيب بالتوافق مع متطلبات المحيط (Tavris. , Wade, 1999, p 286)

ومن الجدير بالذكر أن هذه العمليات الثلاثة، الامتصاص، والتلاؤم والتنظيم تحدث دوما في آن واحد خلال عملية معالجة المعلومات والأفكار يشكلون معا وجوها مختلفة لعملية واحدة هي التكيف مع العالم الخراجي أو احتفاظ الفرد بتوازنه وانسجامه مع البيئة الطبيعية التي يعيش فيها(محمد السيد عبد الرحمن، 2001).

- **مراحل نمو التفكير حسب نظرية بياجي:**

المرحلة الأولى: المرحلة الحسيّة الحركية (من الميلاد إلى سنتين) وفيها ينظم الأطفال خريطة تصرفاتهم الفيزيقية أو الجسمية مثل المص وتناول الأشياء للتعامل مع الواقع الفعلي لهم.

الجدول (1): ملخص للمراحل الفرعية للمرحلة الحسية الحركية لنظرية بياجي:

	المرحلة	السلوك	مثال
1	ممارسة الانعكاسات اللاإرادية من الولادة حتى الشهر الأوّل	الاعتماد على الانعكاسات اللاإرادية	تعد الرضاعة أهم الانعكاسات اللاإرادية في هذه المرحلة
2	ردود الأفعال الدورية الأوّلية (1–4 أشهر)	امتداد الانعكاسات اللاإرادية وتركيزها على جسم الرضيع	مص ورضاعة الأصابع إخراج اللسان، تكرار الاحداث المرتبطة بحركة اليد مع الفم
3	ردود الأفعال الدورية الثانوية (4–10 أشهر)	أول مرحلة تمايز ويتضح فيها القصد أو النية من السلوك إزاء البيئة من حوله	الحركة في السرير بقصد إحداث اهتزاز للألعاب الموجودة في سريه أو معلقة عليه
4	التنسيق بين الخطط الثانوية (10–12 شهرا) + تطور ثبات الاشياء	تطبيق الوسائل المعتادة على المواقف الجديدة	مسك كتلة من الأشياء في كل يد تم تركها أو رميها ثم التقاط كتلة ثالثة قدمها له شخص له
5	ردود الأفعال الثلاثية (12–18 شهرا)	الاكتشاف من خلال التجارب النشطة والفعّالة	ابتكار طرق مختلفة لجعل الأشياء تنزلق أو تسقط ويلاحظ ماذا يحدث
6	بداية التفكير وابتكار وسائل جديدة (18–24 شهرا)	شهور القدرة على الاستجابة، إلى التفكير في الاشياء التي ليس من السهل ملاحظتها	يستخدم العصا للوصول للأشياء التي تفوق طول ذراعه أو الصعود على المقعد

		وغير مدركة في الوقت الراهن	للوصول إلى الأشياء فوق قامته

(محمد السيد عبد الرحمن، 2001، ص 233)

المرحلة الثانية:

مرحلة ما قبل العمليات (ما قبل المفاهيم) (2-7 سنوات) " La période pré opératrice"

يتعلم الأطفال في هذه المرحلة أن يفكروا وأن يستخدموا رموزًا وتصورات داخلية غير أن تفكيرهم يبقى غير منظم وغير عقلاني فهو مختلف تماما عن تفكير الراشدين.

وتنقسم إلى مرحلتين فرعيتين:

- **مرحلة ما قبل المفاهيم «Preconceptual substage"**

(من 2 إلى 4 سنوات تقريبًا):

حيث يبدأ الأطفال خلال هذه المرحلة الفرعية في التفكير في أشياء معينة كممثلة لأشياء أخرى أو بديلة لها، ويبدأون في الانغماس في اللّعب الرمزي فيظنون أن مثلا درّجاتهم ذات العجلات الثلاث سيارة سباق أو سيارة مطافئ. ولا يهتم الأطفال عادة في هذه المرحلة الفرعية بعلامات السبب والنتيجة أو بمفاهيم العالم والطبيعة.

- **مرحلة التفكير البديهي (الحدسي) " Intuitive thought "**

(من 4 إلى 7 سنوات):

يصبح بحوزة الأطفال في هذه المرحلة الفرعية أسلوب أكثر تعقيد ويوسعون مفاهيم أكثر، ويميل تفاعلهم الاجتماعي ومساهمتهم الاجتماعية إلى أن تحل محل تمركزهم حول ذاتهم ويصبحون أكثر مرونة في استعمال اللّغة، ويبدأون في استعمال كلة (لأن) بتلقائية، وهو ما يوضح ميلهم للتفكير البديهي وأنهم يبدأون في معرفة علاقة السبب بالنتيجة، وهكذا

يبدأون في عمل اقترانات بسيطة بين الأفكار، فقد أصبحوا الآن قادرين على جمع الأشياء معا في مجموعات تبعًا لمفهومهم عن خصائصها ودرجة تشابهها، وتعرف هذه القدرة المعرفية بالتصنيف.

المرحلة الثالثة:

مرحلة العمليات المحسوسة (الإدراكية الحسية) **" La période des opérations concretes "**

(من 7 إلى11 –12 سنة**):**

وخلالها يُظهر الأطفال القدرة على التفكير بأسلوب منظم، ولكن لا يمكنهم ذلك إلاّ بالرجوع إلى الأنشطة والأشياء الواقعية أو العينية.

ويعني ذلك أن الطفل يعتمد على ما يمكن أن يراه ويسمعه ويلمسه ويحسه لكي يبني عليه تفكيره، وليس على التعامل التجريدي مع الأفكار. ومن ثم يستطيع الأطفال في هذه المرحلة التفكير في الأشياء وليس في الاحتمالات اللفظية. وأهم ما يميّز هذه المرحلة الخاصيتين الآيتين:

1)– **المعكوسية:** أي قابلية التفكير للانعكاس وهو ما يعني القدرة على إدراك أو تصور الأسلوب الذي تم به التحول من حالة إلى أخرى أو الأسلوب الذي تعود به الأشياء إلى حالتها الأصلية.

2)– **الاجتماعية:** أي ميل الطفل إلى التحرر من الأنانية والتمركز حول الذات والمشاركة مع الأطفال الأخرين في أنشطة اللعب الجماعي.

* وكنتيجة لهاتين الخاصيتين يحدث تحسن ي قدرة الطفل على القيام بتصنيف الأشياء بدلا من ترتيبها ترتيبا تسلسليا على متصل ما مثل الطول أو الوزن أو الحجم،

ويصبح أكثر قدرة على إدراك المجال فلا يتمركز حول بعد واحد في الموضوع ويهمل بقية الأبعاد كما كان في مرحلة ما قبل العمليات.

المرحلة الرابعة:

مرحلة الاجراءات الشكلية أو الصورية "La période des opérations formelles"

(11-12 سنة فأكثر):

وفيها يظهر الشباب القدرة على التفكير المنظم بناءً على أساس تجريدي معنوي وليس حسّي، وبناء على تخطيط افتراضي، ويتمكن المراهقون في هذه المرحلة من تعلّم القيام باستنتاجات منطقية أو تفكير استدلالي على أساس (بما... إذن)، (فلو أن هذا صحيح، إذا يجب على أن ألاحظ كذا) (محمد السيد عبد الرحمن، 2001).

- **ميكانزمات النمو:**

أدرك بياجي أنه ليس من المهم فقط أن نصف المراحل المعرفية ولكن نقوم أيضا بتفسير كيفية نمو الأطفال خلال تلك المراحل ومعرفة سبب ذلك. إن التأكيد على المراحل الأساسية والتي تستغرق سنوات من العمر قد ينسينا أن الفكر ينمو في الواقع لحظة بلحظة من خلال الاحتكاكات اليومية بين الأطفال ومكونات البيئة المادية والاجتماعية. وترجع التغيرات المرحلية إلى ملايين من عمليات النمو الفرعية، ويجب أن تهتم النظرية الخاصة بالنمو المعرفي بتفسير هذه الخطوات الصغيرة الهامة (ميللر، 2005، ص67).

المحاضرة الثانية

1- مفهوم الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

- ✓ مفهوم الإعاقة.
- ✓ تعريف الإعاقة.
- ✓ المفاهيم الأساسية.
- ✓ أنواع الإعاقة.
- ✓ التأهيل في المجتمع المحلي.

✓ مفهوم الإعاقة:

الإعاقة ظاهرة عالمية، فهي قائمة بوجود الحياة على الأرض، وتشير التقديرات العالمية إلى أن ما يقارب 600 مليون شخص في العالم أو 10% من مجموع السكان، هم بحاجة إلى نوع ما من المساعدة التأهيلية الخاصة، لأسباب ترتبط بتدني قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسدية. ويتزايد هذا التقدير مع النمو في عدد السكان، إذ تشير التقديرات إلى أن عدد سكان العالم سيصل إلى تسعة مليارات شخص بحلول سنة 2025، ويعني ذلك بلغة الأرقام أن أعداد المعوقين في العالم ستصل إلى نحو 900 مليون شخص خلال هذه الفترة، ما لم تتخذ الإجراءات الكفيلة بالحد من تفاقم هذه المشكلة المتنامية، من خلال تضافر الجهود الدولية والإقليمية والوطنية والمحلية في هذا الميدان.

تتصف مشكلة الإعاقة بتعدد أبعادها، فهي لا تتحدد بأعداد الأشخاص المعوقين فقط، بل بذلك التأثير السلبي الذي يتركه وجود الشخص المعوق في حياة الأسرة والمجتمع. ويشير تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في منتصف السبعينات حول الواقع العالمي للإعاقة، أمن ما نسبته 80% من الأشخاص المعوقين يعيشون في المناطق الريفية من الدول النامية ذات الاقتصاديات المتدنية، وفي بيئات تفتقر إلى الحد الأدنى من الخدمات الأساسية، وتتفاقم المشكلة في المناطق الريفية التي تفتقر للخدمات الأساسية كالصحة والتعليم وتدني الموارد وانعدام التسهيلات الخاصة بتأهيل الأشخاص المعوقين، إضافة إلى النقص الحاد في توفر الكفاءات المدربة والمؤهلة للعمل في هذا المجال. وتأتي مشكلة الانفجار السكاني لتمثل تهديدا إضافيا حقيقيا لتلك التدابير التي تستهدف تحسين واقع خدمات التأهيل.

تشير التقديرات الصادرة عن جامعة الدول العربية إلى أن نحو عشرين مليون شخص معوق يعيشون في الدول العربية، ولا تختلف مشكلة الإعاقة في الوطن العربي عن الواقع السائد في معظم الدول النامية، إلا أن الظروف المرتبطة بالحروب وأعمال العنف المسلح التي

تعيشها بعض الأقطار العربية قد تساهم في إضافة المزيد من أعداد الأشخاص المعوقين، وما يستتبعه ذلك من صعوبة في تخصيص الموارد اللازمة لمواجهة احتياجات تأهيل هذه الأعداد الإضافية، إضافة إلى ضعف التخطيط والتنسيق والإعلام والتوعية والافتقار إلى الدراسات الإحصائية والعلمية الدقيقة حول حجم مشكلة الإعاقة وتأثيراتها على الواقع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والمجتمع (عزيز داود، 2006، ص35-36).

✓ تعريف الإعاقة:

ارتبط توصيف مفهوم الإعاقة بالكثير من الغموض واللبس خلال العقود الماضية، ويعود ذلك في مجمله إلى التباين والاختلاف حول المصطلحات والتعريفات المستخدمة من المنظمات الدولية والحكومات والمتخصصين والمشرعين والأشخاص المعوقين أنفسهم وممثليهم وأسرهم، وقد يكون التصنيف العالمي للاعتلال والعجز والإعاقة الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية سنة 1980، هو البداية الحقيقية لتنظيم إجراءات الاستكشاف والتشخيص والتصنيف العلمي والمنهجي للإعاقات، وفي نهج يتسم بالدقة والنسبية في تحديد حالات الاعتلال والعجز والإعاقة.

يواجه التصنيف الدولي للإعاقات الكثير من النقد بسبب إفراطه في التركيز على المنظور المرضي في تحديد العجز وإهماله الواضح لتلك الظروف البيئية المحيطة المؤثرة في تشكيل الإعاقة، ويبدي كثير من العاملين في ميدان تأهيل الأشخاص المعوقين قلقهم بسبب حصر إجراءات تطبيق هذا التصنيف بالأخصائيين الطبيين المؤهلين والمدربين لإجراءات تشخيص الأمراض، إلاّ أنه ورغم ذلك يبقى المرجع الأهم في توصيف الإعاقات وتشخيصها بمنظور علمي أقرب ما يكون إلى الدقة والموضوعية، ولا يزال الأداة الأكثر

استخداما على نطاق واسع في مجالات إعادة التأهيل والتعليم والإحصاء والسياسة والتشريع والديمغرافيا وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد وغيرها من المجالات.

مهما يكن، فإن ما يهم الباحثين والعاملين في الميدان، هو الوصول إلى صيغة توفيقية لتحديد مشكلة الإعاقة وتوصيفها بطريقة سهلة ومبسطة، وبما يتيح إمكانيات المشاركة المحلية في اكتشاف الإعاقة وتوصيفها، ويمهد لتخطيط وبناء البرامج والخدمات التأهيلية المناسبة لمواجهة حاجات الأشخاص المعوقين في المجتمع.

إن جميع المصطلحات الواردة في البرنامج العالمي للعمل مع المعوقين حول الإعاقة، **تعني وضعا عاما لفئة خاصة من المجتمع** (عزيز داود، 2006، ص39).

ترى المنظمة العالمية للصحة أن: " المعوق هو الفرد الذي نقص كماله الجسمي أو العقلي بصفة مؤقتة أو مستديمة، سواءً كان ذلك بسبب خلقي، أو أثر السن أو مرض أو حادث وهو ما يجعل استقلاليته أو قدرته على التردد على المدرسة أو تولي منصب عمل غالبا في خطر" (Guidetti & Tourrette, 2002, p7) .

يسمح التعريف السابق بتحديد الأبعاد الثلاثة التي تتدخل في الإعاقة والتي ترمي إلى مفاهيم **الضعف** (Déficience) و**العجز** (L'incapacité) وإلى **الضرر** (Désavantage) وهو مصطلح تمت إعادة استعماله في التصنيف العالمي (Inserm, 1988).

حيث يتعلق الأمر قبل كل شيء بالبعد العضوي (organique): فيعرف الضعف من خلال الفحص العيادي للجسم والأعضاء، ثم وظيفي: أي العجز الذي ينجّر عمّا سبق، وأخيرا البعد الإجتماعي: وهو الإعاقة أو الضرر، وهو متغيّر وفقا لمتطلبات المجتمع والمحيط (Guidetti & Tourrette, 2002, p8).

✓ المفاهيم الأساسية:

- **الاعتلال (الضعف أو الخلل) (Impairment-Déficience):**

هو أي فقدان أو شذوذ في التركيب او الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو التشريحية، ويعني الاعتلال تشوها أو فقدانا للعضو أو تشوها أو فقدانا للوظيفة، ومن الأمثلة الواردة حول الاعتلال: كف البصر، الصمم، فقدان عين واحدة، شلل في أحد أو أكثر من الطراف، بتر أحد أو أكثر من الأعضاء، التخلف العقلي، العمى الجزئي وصعوبات الكلام والبكم.

- **العجز (Disability-L'incapacité):**

هو الحد أو فقدان القدرة (نتيجة الاعتلال) على القيام بتنفيذ النشاطات في الإطار الذي يعتبر طبيعيا للكائن البشري، فالعجز هنا توصيف للمحدودية الوظيفية لتنفيذ النشاط نتيجة للاعتلال، ومن الأمثلة المستخدمة، صعوبة الإبصار، النطق، السمع، الحركة، صعود السلالم، القبض، إمكانية الوصول للأشياء، الاستحمام، تناول الطعام واستخدام الحمام وغيرها من الوظائف المرتبطة بالحياة اليومية (عزيز داود، 2006، ص40).

- **الإعاقة (الضرر أو العاهة) (Handicap-Désavantage):**

هي وضع غير موات بالنسبة لشخص ما نتيجة الاعتلال أو العجز، مما يقيد أو يمنع أداء دور يعتبر عاديا لذلك الشخص (اعتمادا على عوامل العمر والجنس والمتغيرات الثقافية والاجتماعية الأخرى)، فالإعاقة هنا هي توصيف للدور الاجتماعي والاقتصادي للشخص المعتل أو العاجز مقارنة بالآخرين في إطار البيئة والثقافة التي يعيش فيها.

- **الوقاية من الإعاقة (Prevention of Disability) :**

وهي مجموعة التدابير التي ترمي إلى منع حدوث الاعتلال العقلي والجسدي والحسي (الوقاية على المستوى الأولي)، أو منع الاعتلال عند حدوثه من أن يقود إلى تبعات سلبية جسدية أو نفسية أو اجتماعية.

- **إعادة التأهيل (Rehabilitation):**

وهي عملية موجهة نحو هدف ومحددة زمنيا بهدف تمكين شخص معتل من الوصول إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسدي أو اجتماعي، وبذلك يتوفر له أو لها الوسائل اللازمة لتغيير مجرى حياته أو حياتها، من خلال التدابير التي تعوض فقدان أو محدودية وظيفة (بالأدوات المعينة) والتدابير الأخرى الهادفة إلى تسهيل التكيف أو إعادة التكيف الاجتماعي (عزيز داود، 2006، ص41).

- **الفرص المتكافئة (Equalization of Opportunities):**

وهي العملية التي تجعل التسهيلات العامة القائمة في المجتمع في متناول الجميع، وتشمل البيئة الجغرافية والثقافية والإسكان والمواصلات والخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية وفرص العمل والحياة الثقافية والاجتماعية بما فيها التسهيلات الرياضية والترفيهية.

- **المجتمع المحلي (Local Community):**

المجتمع المحلي هو مجموعة من الناس تقطن بقعة جغرافية معينة، وتزاول نشاطات اقتصادية وسياسية ذات مصلحة مشتركة، ولها تنظيم اجتماعي وإداري يحدد طبيعة حكمها ولها قيم ومصالح وشعور وأهداف متبادلة (عزيز داود، 2006، ص42).

✓ أنواع الإعاقة:

نفرّق كلاسيكيا بين ثلاثة أنواع من الإعاقات، الإعاقات الحركية والإعاقات الحسية والإعاقات الذهنية، مع العلم أن هذا التصنيف المحدد والتقييدي هو غير مُرضي بصفة كلية لأنه يتناول كل إعاقة بصفة معزولة، وهو ما يؤثر على مؤسسات الاستقبال والكفالة التي تقترح هياكل استقبال للمعوقين الحركيين، ولضعاف البصر ...إلخ، في حين نلاحظ أنه من بين الأطفال ذوي الاصابات الأخطر، فإن جزء كبير منهم وهو ما يقارب 40%، هم حاملين لعدة إعاقات مشتركة، وهم الأطفال المتعددي الإعاقات (Polyhandicapés) (Guidetti & Tourrette, 2002, p12).

✓ التأهيل في المجتمع المحلي:

التأهيل في المجتمع المحلي هو استراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من إعاقة ما، وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للمعوقين أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية وللمرافق الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية المعنية. (بيان موقف مشترك صادر عن منظمات هيئة الأمم المتحدة/منظمة الصحة العالمية/ اليونسكو/ منظمة العمل الدولية/1994) (عزيز داود، 2006، ص29).

فالتأهيل في المجتمع المحلي هو إذن استراتيجية تستهدف تحسين نوعية الحياة للأشخاص المعوقين، بتطوير نظام إيتاء الخدمات، وإتاحة فرص أفضل للمساواة، وتمرير حقوق المعوقين الإنسانية وحمايتها.

تنادي منهجية التأهيل في المجتمع المحلي بالمشاركة الكاملة والمنسقة لمختلف مستويات المجتمع في تنفيذ إجراءات تأهيل المعوقين: المحلية والوسيطية والوطنية. وتعمل المنهجية على دمج مداخلات مختلف القطاعات ذات العلاقة، التعليمية والصحية والتشريعية

والاجتماعية والمهنية، وتهدف إلى تمكين المعوقين وتمثيلهم الكامل بكل ما يتعلق بهم وبخدماتهم. وتهدف المنهجية أيضا إلى أن تكون خدمات تأهيل المعوقين في إطار الخدمات العادية القائمة في المجتمع، والعمل على تعديل البيئة الجغرافية والبنية النفسية، وبما يسهل إمكانيات الدمج الاجتماعي وتحقيق الذات للأشخاص المعوقين، وهنا فإن غاية المنهجية هو إحداث التغيير، وتطوير آلية يمكنها الوصول إلى جميع المعوقين، وتعمل على تحسين المعرفة والوعي لدى الحكومات والمجتمعات. ولتحقيق ذلك لابد أن يقوم تطبيق المنهجية على أسس موضوعية تتسم بالديمومة والاستمرارية.

من المهم أن ينظر لبرنامج التأهيل المجتمعي في **المستوى المحلي** على أنه أحد مكونات البرنامج الشامل لتنمية المجتمع، وأن يقوم على قرار من المجتمع المحلي، وأن يعتمد أساسا على المصادر المحلية، بحيث تكون أسرة المعوق هي المصدر الأساسي في توفير خدمات التأهيل، وذلك بتوفير الترتيب والمعرفة والإشراف المناسب، وباستخدام التكنولوجيا الأقرب للواقع، وأن يقوم المجتمع المحلي بتوفير الضروريات في مساعدة الأسرة على مواجهة وتنفيذ متطلبات التأهيل، وتعمل على تسهيل انخراط المعوق في مختلف المرافق التنموية القائمة في المجتمع. وهنا فإن دور المجتمع المحلي يتمثل في حماية أعضائه المعوقين وعدم حرمانهم من حقوقهم الإنسانية، وأن تتاح الفرص الكاملة لهم ولأسرهم لمناقشة قضايا الإعاقة. ومن المهم أن يختار المجتمع أحد أفراده للتدرب على إجراءات بناء وتنفيذ نشاطات البرنامج المحلي، ومن المهم كذلك تشكيل لجنة محلية لإدارة وتنظيم نشاطات البرنامج.

أما في **المستوى الوسيطي**، فعلى الدولة أن توجد إطارا من المتخصصين لدعم نشاطات البرنامج المحلي، ويتوجب على الموظفين الحكوميين أن يساهموا في تدريب المجتمعات حول الأمور الفنية والإدارية المرتبطة بالبرنامج. ومن المهم توفير خدمات التحويل التخصصي للمعوقين المحتاجين لهذه الخدمات. ويمكن للمنهجية المجتمعية أن تستثمر المصادر المتوفرة في القطاعين الحكومي والأهلي.

أما في **المستوى الوطني**، فتدعو المنهجية المجتمعية إلى دور قيادي للدولة، يرتبط بالتخطيط والتنفيذ والتنسيق والتقييم، ويكون ذلك بالتعاون والتنسيق مع المجتمعات المحلية والمستويات الوسيطية، والقطاع الأهلي ومنظمات الأشخاص المعوقين (عزيز داود، 2006، ص30).

المحاضرة الثالثة

2- الإعاقة الحسية.

3- الإعاقة الحركية.

2- الإعاقة الحسية.

- ✓ **تعريف الإعاقة الحسية.**
- ✓ **الإعاقة السمعية.**
- ✓ **الإعاقة البصرية.**

3- الإعاقة الحركية.

- ✓ **تعريف الإعاقة الحركية.**
- ✓ **تصنيف الإعاقة الحركية.**
  - **حسب طبيعة الاضطراب السائد.**
  - **حسب تموقع وانتشار الإصابة.**

2. الإعاقة الحسية:

✓ تعريف الإعاقة الحسية:

الإعاقة لها أنواع متعددة ومن هذه الأنواع الإعاقة الحسيّة، وهي التي يفقد فيها الإنسان حاسة أو أكثر من حواسه، أو يكون أداء هذه الحاسة ضعيفا أو أقل من المستوى العادي، ونركز عمومًا على الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية نظرًا لانتشارهما أكثر من باقي الإعاقات الحسية الأخرى **(أبو النصر مدحت، 2005)**.

✓ الإعاقة (العجز) السمعية:

يوافق الضعف السمعي إلى عجز في حدّة السمع، وتعرّف حسب عمقها وطبيعتها وأصلها.

- الصمم وضعف السمع (Surdité et hypoacousie):

هما ضعف حسّي " يؤثر سلبًا على نوعية وحدّة الإدراك السمعي ويزعج –كنتيجة لذلك– الفرد في جميع الميادين التي يؤدي فيها السمع دورا وخصوصا في الحياة العلائقية وفي صورتها الشديدة فإن التواصل اللّفظي أو اكتساب اللغة يصبح مستحيلا أو صعبا جدًا.

يتم تصنيف ضعف السمع والصمم حسب الجزء المصاب من الأذن ، مثلا نتكلم عن صمم توصيلي (Surdité de transmission) لمّا تتموقع الاصابة في الأذن الداخلية أو الوسطى. (Guidetti & Tourrette, 2002, p55).

كما يصنف ضعف السمع والصمم على أساس شدّته، والتي يمكن تقييمها باستعمال (L'audiométrie) وهو ما يسمح بتقدير أثر الصمم على الإطار اللّغوي.

يقدّر أنه ما بين 0 إلى 25 db (décibel) من فقدان السمع تحت الحد العادي فإن السمع سليم، وما بين 25 و90 db من الفقدان فإننا نتكلم عن العجز السمعي (hypoacousie).

ما بين 26 إلى db40 من الفقدان فإن العجز خفيف دون أثر على اللّغة.

ما بين 41 إلى db55 من الفقدان فهو متوسط، خلل في النطق والتأخر اللّغوي دائم.

أكثر من db56 عجز شديد، وشديد جدًا ما بين 71 و91 db من الفقدان. ولا يمكن اكتساب اللغة تلقائيا، ولابد من استعمال التجهيزات وتربية خاصة من أجل نجاعة نسبية، ونتكلم عن عجز عميق في السمع انطلاقا من db91 دون احتمال تطور واكتساب لغة حيث نتكلم عن الصم البكم (la surdité mutité) (Guidetti & Tourrette, 2002, p58).

✓ العجز البصري/ الإعاقة البصرية:

توجد العديد من الاضطرابات البصرية ذات الخطورة المتفاوتة، ترددها معتبر للغاية إذ نجد أنه في حوالي السنة السادسة أي في سن التعليم الإجباري " ما بين 10 إلى 20% من الأطفال هم حاملين لخلل في الرؤية، يصل الحول ما بين 3 إلى 4% من الأطفال، ويبقى العمى التام (La cécité complète) نادر. أما (L'amblyopie) أي نقص الحدّة البصرية (Acuité visuelle) فهو يمس من 2 إلى 3% من الأطفال، والمصابين في غالبيتهم أيضا بالحول.

عجز جهاز الرؤية: يُفرّق التصنيف الدولي المقترح من طرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) (Inserm, 1988, P 75) بين ضعف الحدّة البصرية (Déficience) ضعف المجال (الحوّل) البصري (Champ visuel) وباقي العاهات البصرية. (Guidetti & Tourrette, 2002).

3. الإعاقة الحركية:

✓ تعريف الإعاقة الحركية (IMOC):

مثلما يعرفها (Deschamps et Coll, 1981, P 71) فإن **L'IMC** (L'infirmité Motrice d'origine Cérébrale) تتعلق " بالأطفال أو المراهقين أو الراشدين المصابين بقيود (entraves) جزئية أو كلية للقيام بحركات إرادية و/ أو الحفاظ على الوضعيات (الجسدية).تنتج هذه القيود (limitations) عن إصابة عصبية حدثت قبل أو خلال أو مدّة قصيرة بعد الولادة ". لا تكون هذه الإصابة تطورية (évolutive) ولكن تتداخل آثارها مع النمو العصبي والنفسي للسنوات الأولى من الحياة. (Guidetti & Tourrette, 2002, p29).

✓ تصنيف الإعاقة الحركية:

يتميّز الأطفال IMC بصعوبات حركية معتبرة والتي يمكنها أن تضعف القوام، المشي، حركات الحياة اليومية أو الخطاب وذلك بنسب متغيّرة، ترجع هذه الاضطرابات إلى شلل وضعف عضلي أو حتى تصلب عضلي، وهي توصف سواءً حسب طبيعة الاضطراب المهيمن، سواءً حسب تموقع الإصابة.

- **حسب طبيعة الاضطراب السائد، ما يلي:**

* **الطفل التشنجي L'enfant spastique:** وهو المصاب بشكل متناقض وفي آن واحد بصلابة وضعف عضلي، فتعمل هذه الصلابة على تشويش الوضع (la posture) والحركة (mouvement)، فلا يستطيع الطفل التشنجي بالتنسيق ما بين الاسترخاء والتقلص للمجموعات العضلية (antagonistes). فكل هذه العضلات فيها إفراط في التوتر (Hypertonique) وإفراط في التقلص (Hypercontractiles)، وهوما يزيد في حالة

الانفعالات القوّية، وهو نتيجة عيادية لإصابة الجهاز العصبي الهرمي الذي يتحكم في الحركية الإرادية.

* **الطفل Athétosique** (عبارة عن حركات لا إرادية بطيئة وملتوية وتمس خاصة الأطراف): غالبا ما يكون لهذا الطفل ذكاء عادي أو فوق العادي، إذ يمكن أن يعتبر خطأ على أنه متأخر ذهنيا لأنه يعاني من صعوبة في التحكم في حركاته (وهو ما يمكن أن يؤدي إلى نوع من التكشير(grimaces) أو الالتواءات) وعلى صعوبة في التعبير اللفظي بصفة مفهومة.

نلاحظ حركات تشنجية (spasmodiques) لا إرادية وغير مضبوطة (غير متحكم فيها) تشوش الحركات الإرادية. تظهر هذه الإثارة على مستوى الأطراف والرأس، ويمكنها أن تكون مصاحبة بسلس لعابي (Incontinence salivaire) وبحركات تمدد (reptation) اللّسان. وتكون الاستقلالية جدّ متنوعة حسب الحالات من حالة الشخص طريح الفراش (grabataire) إلى أشكال أكثر تحفظ.

ويحدث l'athétose عقب إصابة الجهاز العصبي خارج الهرمي (extrapyramidal) وخصوصا الأنوية الرمادية المركزية التي تحدد تناسق الحركات الإرادية. كما يمكن أن ترتبط l'athétose بالصمم.

* **الطفل Ataxique** (عدم التناسق الحركي ذو أصل عصبي): يمشي بصفة غير متزنة، غالبا ما يسقط، وتوازنه مشوش، حركاته غير دقيقة وغير متناسقة، كما يمكن أن تصاحب هذه الاضطرابات بارتجافات أو تصلب. وترجع هذه الاصابة ذات التردد الأقل من الأوليتين إلى إصابة القنوات المخيخية (Voies cérébelleuses).

- مع العلم أنه نادرًا ما نجد هذه التناذرات في صورة خالصة ولكن نميّز الأطفال حسب هيمنة لنوع من الاضطرابات التي سبق وصفها.

- **حسب تموقع وانتشار الإصابة، نميّز:**

– **إصابة الطرفين السفليين** والمسماة (شلل مزدوج) (diplégie) أو مرض (maladie de litle) أو حتى diplégie cérébrale infantile.

– **إصابة الطرف العلوي والسفلي لنفس الجهة،** هي الشلل النصفي (l'hémiplégie). وهم عبارة عن "معاقين اجتماعيين كبار" وليس " معاقين حركيين صغار".

– **إصابة الأطراف الأربعة،** يمكنها أن تشترك مع إصابة الجذع هي (tétraplégie) الشلل الرباعي.

وغالبا ما ترتبط الإصابة بتمركز خاص، فنتكلم عن شلل مزدوج أو رباعي تشنجي، وعنDystonie athétose (Guidetti & Tourrette, 2002, p30-31) .

المحاضرة الرابعة

4-الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) 2/1

- ✓ تطور مفهوم الإعاقة الذهنية.
- ✓ معايير تشخيص الإعاقة الذهنية حسب (DSM-5).
- ✓ الأساليب البديلة لتحديد الإعاقات الذهنية.
- ✓ الخصائص المشتركة لذوي الإعاقة الذهنية.
- ✓ الانتشار.

✓ تطور مفهوم الإعاقة الذهنية:

تعرض مصطلح الاعاقة الذهنية إلى عدّة تغييرات عبر التاريخ وترتبط مشكلة تعريف هذا المفهوم بتطور تيارات التفكير من الناحية العلمية، وعلى هذا الأساس فإن تصنيف الأشخاص المعاقين عقليًا قد تطور عبر الزمن.

إن إمكانية تصنيف الإعاقات العقلية قد جلب اهتمام المختصين بصفة مبكرة لأسباب إدارية، إذ أن كشف ووجود المتأخرين عقليًا يؤدي إلى أحكام وتدابير قانونية بخصوص تعليمهم وتربيتهم، وأيضا حقوقهم وواجباتهم.

كما نلاحظ من جهة أخرى عدم تجانس كبير للأشخاص المعنيين بتسمية "معوق عقليا "، وهو ما نجده أيضا في المصطلحات التي تم تبنيها عبر التاريخ من خلال النماذج التي تعاقبت لوصف وفهم الضعف العقلي معتوه (idiot)، أبله، مجنون (dément)، غبي (débile)، ضعيف عقليا (déficient mental)، متخلف (arriéré)، متأخر عقليا (retardé mental)... هي بعض الأمثلة التي تشير إلى صعوبة تحديد المفهوم وتعريفه (Guidetti & Tourrette, 2002, p93).

سنتطرق إلى ثلاث تناولات مختلفة للإعاقة الذهنية (للعجز العقلي):

- **تناول أحادي للعجز العقلي:**

فرق بينال (Pinel) في 1793 بين المجانين (الذين يطلق عليهم معتوهين) والمجرمين، وفرق تلميذه إسكيرول (Esquirol) في 1818 بين الجنون والعته. حيث يرى (Lambert) أنه عبارة عن " أوّل تمييز رسمي وعلمي بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي "، فالعته هو ليس مرضا، وإنما حالة نهائية ولا سبيل لعلاجها (un état définitif et incurable) لعدم نمو وتطوّر القدرات الفكرية

(intellectuelles)، في حين أنّ (الجنون) (démence) هو ضعف وتخريب (altération) متأخر مؤقت أو مستديم للقدرات الذهنية.

اهتم (Alfred Binet) بالذكاء عند الطفل، وبتقييم الذكاء وبالتالي بعدم وجود الذكاء (L'inintelligence) وبتسليط الضوء على الضعف العقلي الخفيف. سنوات بعد إجبارية التعليم وجد أن هناك أطفال لديهم فشل دراسي أو صعوبات في اتباع البرنامج المسطر، فطلبت لجنة وزارية من Binet ببناء أداة تسمح بالكشف عن الأطفال الذين سيرسلون لاتباع تربية ملائمة، قام على إثر ذلك بتحديد تعريف للذكاء وبالتالي للعته (débilité) وتم تعريف الضعف العقلي على أساس معايير مدرسية وبالتالي اجتماعية، تعاقبت ثلاث نسخ لِـ (L'Echelle Métrique de l'Intelligence) ما بين 1905 و 1911.

ويتمثل التقييم في هذا السّلم بمجموعة من الأسئلة المتنوعة ذات الصعوبة المتدرجة، فالطفل الذي يجيب عن الاسئلة الأكثر صعوبة هو أكثر ذكاءً من الطفل الذي لا يجيب إلاّ على الاسئلة الأكثر سهولة فهو منظور نضجي تطوري، إذ أنه سلم يسمح بالكشف ما إذا كان طفل معين له ذكاء طفل من نفس سنه وتعريفه(Guidetti & Tourrette, 2002, p95) .

- **الخرق الأول للمفهوم الأحادي للتأخر العقلي:**

شرع روني زازو (René Zazzo) في سنوات الخمسينيات بمراجعة وتقنين (réétalonnage) سلم (Binet) والذي لازال مستعملا ليومنا هذا تحت تسمية (ص: 95) Nouvelle Échelle Métrique de L'intelligence (NEMI)، كما قام بالموازاة مع ما سبق بكتابة (مع فرقة عمل من مستشفى Henri Rousselle المعروفة باسم فرقة HHR) في باريس عدد من المؤلفات حول " العته العقلي " (Débilites Mentales) حيث أعاد دراسة " العته Débilite " باستعمال أدوات جديدة، فهو يرى أن المعيار القياسي النفسي

(psychométrique) هو ناقص من أجل وصف الفرد، ويعرف العته (Débilite) على أنها " المنطقة الأولى للضعف العقلي– وهو ضعف راجع لمتطلبات المجتمع، وهي متطلبات متغيّرة من مجتمع لأخر، من سن لأخر– ضعف ذو محددات بيولوجية (عادية أو مرضية) وذو آثار لا رجعة فيها من حيث المعارف الحالية" . اهتم Zazzo وأبرز مفهوم Hétérochronie

"Différents secteurs du développement (motricité, intelligence, organisation spatiale, orthographe….) où il a constaté que « le débile se développe à des vitesses différentes selon les différents secteurs de développement psychologie – biologique" (Guidetti & Tourrette, 2002, p96).

- **نموذج نفسي مرضي للتأخر العقلي:**

ترجع أصل أعمال ميزاس (Misés) إلى التشكيك في الحتمية البيولوجية للضعف العقلي، علما أنه في أعلب حالات الضعف الذهني لا يمكن تحديد الأصل بدقة، وحتى وإن تم إيجاد سبب فهو لا يمثل شرح كاف، فمن النادر جدًا إيجاد سببية خطية (بين الأصل والاضطراب الملاحظ) في الاصابات الخاصة بالتوظيف النفسي، وقام هؤلاء المؤلفون بالتشكيك أيضا في التصنيف (عته عادي – عته مرضي) بالتركيز على عدم التجانس المعتبر للنتائج المتحصل عليها من طرف الأطفال الضعاف ذهينا، ويقترحون عدم اعتبار العته العقلي بمفهوم العجز (Déficit) والنقص، وإما بوضعه ضمن مفهوم ديناميكي وتطوري أين ستتم استعادة الكفاءة الذهنية في التوظيف النفسي العام للطفل، وبمعنى أخر فإنهم سيحاولون استبدال المفهوم الجامد للعته بمفهوم أكثر ديناميكية لمجمل الأعراض المتناولة في بعد تطوري (نمائي) (Evolutive).

من هذا المنظور فإن الضعف العقلي المتعدد العوامل (من حيث الحتميات) ما هو إلاّ عرض شاهد (Symptôme témoin) لبنيات نفسية تحتية والتي يمكنها أن تكون

شديدة الاختلاف الواحدة عن الأخرى دون أن ترتبط بالضرورة بأصل عضوي واضح. ولمّا يتم الكشف عن أصل عضوي فإنه لا يتم اعتباره على أنه العنصر الحتمي والمفسّر الوحيد للضعف الذهني. كما تؤخذ بعين الاعتبار هنا أيضا الاختلالات (Perturbation) العلائقية التي لا يمكن أن تسببها الاصابات العضوية والاضطرابات الأدائية (Troubles instrumentaux) المحتملة في بعدها النمائي وتعريفه (Guidetti & Tourrette, 2002, p99)

تم اقتراح تصنيف جديد بمفهوم نفسي– مرضي وطبقًا لمعايير بنيوية وديناميكية والتي تميّز بين الضعف غير المتناسق والضعف المتناسق، بالرغم من أن الحدود بين هذين المجموعتين غير محدّدة. تتميز الأولى بعجز ذهني (Insuffisance intellectuelle)، اضطرابات علائقية، تردد كبير للاضطرابات الأدائية (مثل مشاكل لغوية أو في تنظيم الحركات) وتأخر اختياري (électif) في النشاطات من النمط الفئوي. يمكن أن نفرّق داخل هذه المجموعة بين التأخر غير المتناسق ذو النمط الذهاني من جهة والذي يتميّز بقدرات ذهنية محدودة للغاية مشتركة مع قلق عميق وغرابة في السلوك، وغياب التناسق/ العصابي من جهة أخرى أين يكون الضعف الذهني أقل شدّة مع احتمال اشتراك أعراض كالفوبيا والهجاس والكف.

أما الضعف المتناسق فهو يتميّز بغلبة الضعف الذهني الذي يهيكل كل التنظيم العقلي (L'organisation mental) للفرد مع غياب تام تقريبا للأعراض الأخرى، كما أنها تمثل الخطر النمائي للعجز غير المتناسق، فالعجز يتفاقم مع السن (Guidetti & Tourrette, 2002, p100).

يرى ميزاس أن هناك علاقة واضحة بين خطورة اضطراب التنظيم العقلي ودرجة التأخر العقلي. حيث وجد في دراسة أن حاصل الذكاء باستخدام (NEMI) أن أغلبية الأطفال يتمركزون بوضوح وفقا لخط مائل: يشير إلى أن الذين يقعون في منطقة التخلف العميق، بمعنى تحت حاصل ذكاء 50، هم في الأغلبية ذهانيين في حين أن المتخلفين من

النوع الخفيف غالبا ما يكونون من بين الأطفال أصحاب الشخصية ضمن سجل لتنظيم عقلي قريب من العادي (Misès, 1975, p211).

✓ معايير تشخيص الإعاقة الذهنية حسب (DSM-5).

"الإعاقة الفكرية" اضطراب يظهر أو يبدأ خلال فترة نمو الفرد (عادة حتى 18 عاماً، ويغطي وجود اضطراب في كل من الوظائف الفكرية (Intellectual) والتكيفية (Adaptive) وتتحدد هذه الحالة في كتيب التشخيص الخامس (DSM-5) طبقا لثلاثة معايير أولية:

1. وظائف التفكير في مستوى أقل من المتوسط بشكل واضح وفي جوانب مثل الاستدلال، حل المشكلات، التفكير المجرّد والتخطيط والتعلّم بصفة عامة، وهذا التدنيّ في الوظائف الفكرية يتحدد بالدرجة على اختبارات الذكاء (نسبة الذكاء IQ) بمعدل (2) انحراف معياري تحت المتوسط العام للجمهور أو العينة (الدرجة 70 على اختبار نسبة الذكاء بمتوسط 100 وانحراف معياري 15)،
2. أنواع من الفساد أو الخلل في وظائف التكيّف بصفة عامة (مثل عدم القدرة على السيطرة على المهارات الاجتماعية والتعليمية والتي من المتوقّع أن تكون موجودة لدى المفحوص في سن أو عمر معيّن)،
3. هذه العيوب تعرب عن نفسها خلال فترة نمو الفرد (عادة حتى سن 18 عاما)،

ويتضح من كتيّب التشخيص الخامس (DSM-5) أن قدرا جيدا من الحكم الإكلينيكي مطلوب عند تشخيص الإعاقة الفكرية، حيث يجب أن يضع بعين الاعتبار ما إذا كان الفرد يتوفر لديه المعايير المجتمعية والثقافية الاستقلالية والمسؤولية الاجتماعية، ويجب تفسير الفرد على اختبار الذكاء بحرص وحذر اعتمادا على ما إذا كانت الأداة المستخدمة تراعي

الناحية الثقافية أو الحضارية للفرد، واعتمادا على معايير حديثة، كما تضع بعين الاعتبار أي إتمامات حسّية أو حركية لدى هذا الفرد.

ملخص معايير الإعاقة الفكرية:

- عيوب في الوظائف الفكرية كما هي مثبتة بالتقييم الإكلينيكي واختبارات الذكاء المقننة.
- عيوب في الوظائف التكيفية تسبب عدم القدرة على الوفاء بمعايير النموّ أو المعايير الاجتماعية الثقافية للاستقلال الذاتي أو الشخصي، والمسؤولية الاجتماعية.
- الأعراض تبدأ في فترة النمو (جراهام دافي، 2016، ص 1077).

كذلك فإن كتيب التشخيص الخامس (DSM-5) يسمح للإعاقة الفكرية بأن تكون نوعية ومحددة طبقا لمدى شدّتها، من خفيفة (Mild) إلى متوسطة (Moderate) إلى حادة (Sever) وشديدة (Profound)، وفي الحالة الخفيفة يكون العجز في أدنى حدوده، حيث تكون آثار الاضطراب المعرفي خفيفة لدى من يعاني منه، وكذلك وجود عدم نضوج اجتماعي أكثر من كونه اضطرابا في وظائفه، وقد يكون الفرد قادراً على التعامل مع مهام الحياة اليومية عندما يتلقى الدعم المناسب. أما في حالة الإصابة الشديدة، فقد يكون لدى الفرد قليلا من الاتصالات الرمزية ويكون اعتماديا على الآخرين في كل جوانب الرعاية اليومية، من حيث الصحة والأمان. والمعالجون في تقييم الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية يحتاجون أيضا إلى جمع معلومات عن هذه الإعاقات من مصادر مستقلة وموثوق منها، مثل المدّرسين والأطباء (جراهام دافي، 2016، ص 1078).

- **معايير التشخيص:**

1. **(اضطراب النمو الذهني) (Intellectual Developmental Disorder)**

الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) هي اضطراب، يبدأ خلال فترة التطور مشتملاً على العجز في الأداء الذهني والتكيفي في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية. يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

A. القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحاكمة، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كلٌّ من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.

B. إن القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال–الشخصية والمسؤولية الاجتماعية. ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة، مثل

البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

C. بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور.

ملاحظة: إن مصطلح (الإعاقة الذهنية) هو المعادل للمصطلح المستخدم في ICD-11 لتشخيص (اضطراب النمو الذهني). فعلى الرغم من أن الإعاقة الذهنية هي المصطلح المستخدم في هذا الدليل، فقد تم استخدام كلا المصطلحين في العنوان لتوضيح العلاقة مع نظم التصنيف الأخرى. علاوةً على ذلك، فالقانون الاتحادي في الولايات المتحدة (القانون العام 111 – 256، القانون روزا) استبدل مصطلح التخلف العقلي بمصطلح الإعاقة الذهنية، كما تستخدم المجلات البحثية مصطلح الإعاقة الذهنية. وبالتالي، فالإعاقة الذهنية هو المصطلح الشائع عند الاستعمال من قبل المهن الطبية، والتعليمية، وغيرها ومن العموم والجماعات المساندة.

ملاحظة للترميز: إن رمز ICD-10-CM يعتمد على محدد الشدة.

تعيين الشدة الراهنة (انظر الجدول 2).

(F70) خفيفة

(F71) متوسطة

(F72) شديدة

(F73) عميقة

(ترجمة: أنور الحمادي)(APA.2013, p33)

2.تأخر النمو الشامل

Global Developmental Delay (F88)

يحتفظ بهذا التشخيص للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات عندما لا يمكن تقييم مستوى الشدة السريرية بشكلٍ موثوق خلال مرحلة الطفولة المبكرة. يتم تشخيص هذه الفئة عندما يفشل الفرد في تحقيق مراحل النمو المتوقع في عدة مجالات من الأداء الذهني، وينطبق على الأفراد الذين لا يستطيعون الخضوع لتقييم منهجي للأداء الذهني، بما في ذلك الأطفال الذين هم أصغر من أن يشاركوا في الاختبارات المعيارية. وهذه الفئة تتطلب إعادة تقييم بعد فترة من الزمن.

3.الإعاقة الذهنية غير المحددة

Unspecified Intellectual Disability (F79)

يحتفظ بهذه الفئة للأفراد فوق سن 5 سنوات الذين يصعب أو يستحيل تقييم درجة الإعاقة الذهنية) اضطراب النمو الذهني (عندهم عن طريق الوسائل والإجراءات المتاحة محلياً بسبب النقص الحسي أو الجسدي، كما في العمى أو الصمم السابق للنطق، الإعاقة الحركية، أو لتواجد مشاكل سلوكية حادة أو للترافق مع اضطراب عقلي. ينبغي لهذه الفئة ألا تستخدم إلا في ظروف استثنائية وتتطلب إعادة التقييم بعد فترة من الزمن.

الجدول (2): مستويات الشدة في الإعاقة الذهنية

مستوى الشدّة	مجال المفاهيم	المجال الاجتماعي	المجال العملي
خفيف	عند أطفال ما قبل المدرسة، قد لا توجد اختلافات واضحة. بينما للأطفال في سن الدراسة وللبالغين فهناك صعوبات في تعلم المهارات الأكاديمية مثل القراءة والكتابة والمال والوقت والرياضيات مع الحاجة للدعم في واحد أو أكثر من هذه المجالات لتلبية التوقعات المرتبطة بالعمر. عند البالغين ينخفض التفكير التجريدي، والمهام التنفيذية) مثل التخطيط الاستراتيجي تحديد الأولويات والمرونة المعرفية (والذاكرة القريبة كما ينخفض الاستعمال للمهارات الأكاديمية) مثل القراءة والإدارة المالية (كما تكون المقاربة للمشاكل وللحلول جامدة نوعاً ما مقارنةً بنظرائه في السن.	مقارنةً مع التطور المثالي للأقران، ينقُص الفرد النضج في التفاعلات الاجتماعية، مثل الصعوبة في التقاط الإشارات الاجتماعية للأقران. ويكون التواصل والمحادثة واللغة أقل نضجاً وأكثر جموداً مما هو متوقع لهذا السن. وقد تحصل بعض الصعوبات في ضبط المشاعر والسلوك بشكلٍ يتناسب مع السن وتبدو هذه الصعوبات واضحة للأقران في المواقف الاجتماعية. كما يوجد فهم محدود للخطر في المواقف الاجتماعية، وتكون المحاكمة الاجتماعية قاصرة بالنسبة للسن، ويكون الشخص معرضاً للتلاعب به من قبل الآخرين (السذاجة).	قد يكون الاهتمام الشخصي مناسب بالنسبة للسن، ولكن الفرد يحتاج للدعم في المهام اليومية المعقدة مقارنة بأقرانه. وخلال فترة البلوغ يكون الدعم في التبضع والتنقل والعناية بالطفل والمنزل والاهتمام بالتغذية وإدارة المال. المهارات الترفيهية مماثلة للأقران ولكن المحاكمة المتعلقة بالسلامة والتنظيم خلال الترفيه تحتاج للدعم. وخلال فترة البلوغ فالعمل التنافسي يظهر غالباً في الأعمال التي لا تحتاج للخيال. ويحتاج هؤلاء الأشخاص للدعم فيما يتعلق باتخاذ القرارات الصحية والقانونية ولتعلم المهارات التنافسية للمهنة، ويحتاجون عادة للعون لإنشاء عائلة.
متوسط	خلال فترة التطور كاملة تكون المهارات التصورية	يظهر الشخص اختلافات واضحة مقارنة بأقرانه في	يستطيع الفرد الاهتمام بالحاجات الشخصية

	دون مهارات أقرانه. في الفترة السابقة للمدرسة تكون اللغة والمهارات ما قبل الأكاديمية بطيئة التطور. خلال الدراسة فالتطور يكون بطيئاً في القراءة والكتابة والرياضيات وفهم الوقت والمال ويكون محدوداً مقارنةً بالأقران. عند البالغين تكون المهارات الأكاديمية ضعيفة في المرحلة الابتدائية والحاجة للدعم واضحة لاستعمال هذه المهارات في العمل والحياة الشخصية. الحاجة المستمرة للمساعدة اليومية في استعمال مهارات المفاهيم في مهام الحياة اليومية. وقد يقوم آخرون بهذه المهام بشكلٍ كامل للشخص.	السلوك الاجتماعي والتواصلي. اللغة المنطوقة أداة أساسية للتواصل الاجتماعي ولكنها أقل تعقيداً بكثير من لغة أقرانه. واستيعاب العلاقات أمر ثابت من خلال الارتباط مع العائلة والأصدقاء خلال الحياة وقد تنشأ علاقات رومانسية خلال البلوغ. ولكن قد لا يُفسر الأفراد الإشارات الاجتماعية بشكلٍ مناسب. وتتحدد المحاكمة الاجتماعية وقدرات اتخاذ القرار ويجب أن يساعد مقدمو العناية هؤلاء الأفراد باتخاذ القرارات خلال حياتهم. علاقات الصداقة مع الأقران ذوي التطور الطبيعي غالباً ما تتأثر بالتواصل وبالمحددات الاجتماعية. الحاجة لدعم اجتماعي وتواصلي واضح ومهم لتحقيق النجاح في مواقع العمل.	المتضمنة، الطعام واللباس والإفراغ والنظافة وذلك كبالغ على الرغم من الوقت الطويل الذي يحتاجه للتعلم ليصبح مستقلاً في ممارسة هذه الأشياء ولكن قد تستمر الحاجة للتذكير. والمشاركة في كافة المهام المنزلية قد تتحقق ولكن عقب فترات التعليم المطولة. كما أن المعونة المستمرة مهمة للوصول لمستوى أداء البالغين. العمل المستقل في وظائف لا تحتاج للمهارات التصورية والتواصلية قد يتحقق ولكن لابد من توافر الدعم المستمر من الزملاء والمشرفين وغيرهم لتلبية المتطلبات الاجتماعية، وتعقيدات العمل والمهمات الإضافية كالمواعيد والتنقلات والفوائد الصحية وإدارة النقود. ويمكن تطور عدد متنوع من المهارات الترفيهية وهذه تحتاج بدورها للدعم الإضافي إضافةً لفرص التعلم وذلك عبر فترات طويلة. السلوك السيء يظهر في أقلية معتبرة وقد يؤدي لمشاكل اجتماعية
شديد	الوصول لمهارات تصورية	اللغة المنطوقة محدودة جداً بما	يحتاج الفرد للدعم في كل

	يكون محدوداً. فهم اللغة المكتوبة يكون قليلاً كما يكون الفهم محدوداً لمفاهيم تتضمن الأرقام والكميات والزمن والمال. يزود الرعاة هؤلاء الأشخاص بالدعم المكثف لحل المشكلات خلال الحياة.	يتعلق بالمفردات والقواعد. وقد يغدو الكلام عبارةً عن كلمات مفردة أو مقاطع وقد يظهر بوسائل تحريضية. ويركز الكلام والتواصل على هنا والآن في أحداث الحياة اليومية. تستخدم اللغة للتواصل الاجتماعي أكثر منه للشرح ويفهم الفرد الكلام البسيط والإيماءات الاجتماعية. العلاقات مع أفراد العائلة والأشخاص المألوفين تكون مصدراً للسعادة والدعم.	أنشطة الحياة اليومية، متضمناً الوجبات واللبس والاستحمام والإفراغ ويحتاج الفرد للإشراف الدائم. ولا يستطيع الفرد اتخاذ القرارات المتعلقة بالسلامة للنفس او للغير. وخلال البلوغ فالمشاركة في مهام داخل المنزل أو في الترفيه أو العمل يحتاج للمساعدة المستمرة. اكتساب المهارات في جميع المجالات تحتاج للتعليم المطول والدعم المستمر. السلوك السيء والمتضمن إيذاء الذات يظهر لدى أقلية واضحة.
عميق	مهارات التصور تتضمن عادة العالم الفيزيائي بدلاً عن العملية الرمزية. وقد يستخدم الفرد أشياءً بصورة محددة بهدف العناية بالنفس والعمل والترفيه. مهارات بصرية مكانية محددة كتحديد المتماثل والترتيب والمستندة لمواصفات فيزيائية يمكن اكتسابها. على كل حال فالنقص الحركي والحسي المرافق قد يمنع من	يملك الفرد فهماً محدداً جداً للتواصل الرمزي في الكلام أو الإيماء. فقد يفهم أو تفهم تعليمات أو إيماءات بسيطة. يعبر الفرد عن رغباته بشكلٍ كبير عبر التواصل الغير لفظي أو رمزي. ويستمتع الفرد بالعلاقات مع أفراد العائلة أو الرعاة والأشخاص المألوفين. ويبدأ ويستجيب للتفاعلات الاجتماعية بالدلائل الإيمائية أو العاطفية. النقص الحسي	يعتمد الفرد على الآخرين في كل مناحي العناية الفيزيائية اليومية ومن ناحية الصحة والسلامة رغم أنه قد يكون قادراً على المشاركة في بعض هذه النشاطات. الأفراد الذين لا يعانون من نقص بدني شديد قد يساعدون في بعض المهمات اليومية في المنزل كحمل الصحون للطاولة، الأفعال البسيطة مع الأشياء قد تكون أساساً للمساهمة في

	الاستعمال الوظيفي للأشياء.	والبدني المرافق قد يمنع الكثير من النشاطات الاجتماعية.	بعض النشاطات المهنية مع مستويات عالية من الدعم المستمر. النشاطات الترفيهية قد تتضمن مثلاً الاستماع للموسيقى أو متابعة الأفلام أو الخروج للنزهة أو المشاركة في النشاطات المائية وكل ذلك بمساعدة الغير. النقص الحسي والحركي المرافق يكون حاجزاً معتاداً ضد المشاركة) عدا المشاهدة (في المنزل وخلال الترفيه او في النشاطات المهنية. السلوك السيء يظهر لدى أقلية واضحة.

(ترجمة: أنور الحمادي)(APA.2013, p34-36)

✓ الأساليب البديلة لتحديد الإعاقات الذهنية:

بدلا من أن نأخذ منحىً سلبيا في التشخيص والتركيز على أوجه القصور الفردية، وأوجه الاضطراب والعيوب، هناك نظرة حديثة تحاول إلقاء الضوء أكثر على تلك العوامل التي يمكن أن تكون مطلوبة لتسهيل وظيفية أفضل من الناحية الفكرية والتكيفية لدى الفرد، فأصحاب الإعاقات الفكرية يختلفون بشكل مميز من حيث شدّة هذه الإعاقات أو أنواع العجز، وبعضهم قادر على ممارسة الحياة اليومية دون تنبيه أو إرشاد، بينما بعضهم الآخر ربما يحتاج إلى إشراق مستمر وبيئة راعية يعيش فيها. وبالمثل، يختلف الأفراد أيضا بشكل مميّز من حيث الشخصية، فبعضهم سلبي، اعتمادي، بينما البعض الآخر عدواني واندفاعي. وهذه الأنواع من الموضوعات أو القضايا تعني أن كل فرد لديه إعاقة فكرية يختلف عن الآخرين مثله من حيث الوظيفية وما هو مطلوب إنجازه بشكل معيّن من الوظائف التكيفية. وبهذا المعنى فإن مقولة أو نظرة "الإعاقة أو العجز الفكري" هي بناء اجتماعي أكثر من كونها تصنيفا تشخيصياً. (مصطلح ناتج عن ظروف تاريخية وثقافية معينة أكثر منها علم طبّي أو نفسي) "ويب وويتكار" (Webb & Whitaker) (2012).

والجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية وإعاقات النمو (AAIDD) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) قدّمت تقييما أكثر فردية للمهارات الشخصية والاحتياجات أكثر من منحى أو أسلوب يعتمد فقط على تصنيف أنواع الاضطراب أو العجز الفكري والتكيفي. وهذا المنحى يؤكد على أن الأفراد لديهم أوجه للقوة أو أخرى ضعيفة أو فيها قصور. وأن أوجه القصور لدى الفرد تحتاج لوصفها بطريقة تساعد على تقديم الدعم المناسب لتطوير الحالة. وهكذا، فإنه بدلا من حصر الفرد داخل تصنيف تشخيص محدد، بأن هذا الأسلوب يقيّم حاجات الفرد الخاصة أو النوعية ثم يقترح الاستراتيجية أو الخطط، وأوجه الخدمات والدعم التي ترفع من الوظيفية لدى الفرد إلى حدّها الأقصى، والتدعيمات تعرف أو تحدد بأنها "المصادر والاستراتيجية

الفردية الضرورية لزيادة النمو، التعليم، الاهتمامات وحالة الرفاهية للشخص ذي الإعاقة الفكرية. ويمكن تقديم هذا النوع من الدعم حيثما كان ذلك ضروريا بواسطة الوالدين، الأصدقاء، المدرّسين، الاختصاصيين النفسيين، والأطباء أو أي شخص آخر مناسب أو وكالة، والأفراد من ذوي الإعاقات الفكرية كثيرا ما يواجهون ما يسمّى الوصمة والتجاهل والإجحاف، وغالبا ما تواجههم حواجز وعوائق في التعرّف أو إدراك ما بداخلهم. ومع ذلك، فإن أساليبا مثل تلك التي توصي بها الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية وإعاقات النموّ (AAIDD) قد تم تعميمها من أجل تمكين هؤلاء من ذوي الإعاقات الفكرية من تحقيق كوامنهم. وفي إنجلترا، يمتد قانون احتياجات التعلم الخاص والإعاقة (2001) ليشمل حقوق الأفراد من ذوي الإعاقات الفكرية في التعليم في مدارس خاصة حيث المطلوب من هذه المدارس بناء استراتيجيات ذات إمكانية في تسهيل عملية التعليم لهؤلاء التلاميذ من ذوي الإعاقات الفكرية وتكوين التوقعات المعقولة بحيث يكونون ضرراً، وكنتيجة لهذه التغييرات في الاتجاهات، والدعم والتقنين، فإن أكثر من نصف هؤلاء يعيشون في إنجلترا مع الآباء والأسرة والرعاة (جراهام دافي، 2016، ص 1078–1079).

✓ الخصائص المشتركة لذوي الإعاقة الذهنية:

يختلف مفهوم الضعف العقلي باختلاف النموذج النظري المرجعي، غير أن يمكننا وفقا لأعمال Ionescu (1987، 1992، 1993) أن نذكر ثلاث خصائص مشتركة لجميع ضعاف العقل وهي:

- **توظيف عقلي عام متدني بصفة معتبرة عن المتوسط**

(Un fonctionnement intellectuel général significativement inferieur à la moyenne)

أمام الاختلاف الموجود لدى المعوقين عقليا من حيث الأصل والتوظيف والتنبؤ (le pronostic)، يبقى الضعف العقلي هو بدون شك ما يشترك فيه هؤلاء الأفراد.

ويشير الضعف العقلي المتدني عن المتوسط إلى حاصل ذكاء **(QI)** (Quotient intellectuelle) الذي يقع تحت المتوسط بانحرافين معياريين.

ففي اختبار **Wechsler** (وهي الاختبارات الأكثر استعمالا عبر العالم) يعتبر حاصل الذكاء المتوسط هو 100، وتقدر قيمة الانحراف المعياري بـ 15. وعليه فيعتبر الحد الأعلى للضعف العقلي يوافق لحاصل ذكاء قيمته 70.

ويتم ترتيب ضعاف العقول خاصة من أجل توجيه الأطفال إلى المؤسسات المتخصصة وفقا لأربعة مستويات من التأخر العقلي:

التأخر العقلي العميق (Profond) والشديد (Sévère) والمتوسط (Moyen) (QI محصور بين 35 و 49)، والخفيف (Léger) (QI محصور بين 50 و 70).

علما أنه ينصح بعدم الاكتفاء باستعمال اختبارات الذكاء لوحدها وعليها أن تجمع العديد منها بالإضافة إلى الاعتماد على الفحص العيادي (Le bilan clinique) والجسدي (السوماتي) المعمّق. يجب أن نعلم أن كل مستوى من التأخر العقلي المذكور يتوافق مع أهداف تعليمية خاصة.

- **ضعف في خصائص السلوك التكيّفي**

(Un déficit du comportement adaptif)

مثلما رأينا سابقا فإن ضعاف العقل هم حاملين لحدود معتبرة من حيث معايير النضج والتعلم والاستقلالية الذاتية و/أو المسؤولية الاجتماعية مقارنة مع أقرانهم أي مجموعة الأطفال من نفس السن.

انطلاقا من هذا المعيار فإن الضعف العقلي ليس بالضرورة وضعية دائمة إذ يمكن للفرد أن يفقد وضعه (son statut) كضعيف العقل أو أن يغيّر من الدرجة بسبب تغيّرات في السلوك التكيفي أو توقعات المحيط.

- **ظهور الضعف خلال مرحلة النمو**

(L'apparition des déficits au cours de la période développement)

يجب أن يظهر (أن يكون حاضرًا) ضعف التوظيف العقلي والسلوك التكيّفي خلال مرحلة النمو أي ما بين الإخصاب وعيد الميلاد الثامن عشر، يمكن لهذا الضعف في النمو أن يظهر من خلال تباطؤ، توقف أو عدم اكتمال النمو أو حتى من خلال تراجع. ومن هنا تأتي ضرورة القيام بفحوص دورية، التقييم والتشخيص الأوليين ما هي إلا مرحلة أولى.

تبعا للتدابير التربوية المسطرة ولمتطلبات المحيط، فإن الفرد يمكنه أن يغيّر من مستوى التأخر العقلي أو حتى أن تسقط عنه صفة الضعف العقلي. (Guidetti & Tourrette, 2002, p101-102).

✓ **الانتشار:**

تعتمد تقديرات معدلات انتشار الإعاقة الفكرية كثيرا على كيفية تحديد الإعاقات الفكرية. وفي كتيب التشخيص الخامس تقديرات لمعدّلات تشخيص الإعاقة أو العجز الفكري عند (1%) تقريبا، وانتشار الإعاقة الفكرية الحادة نحو (6) في كل (1000). ومع ذلك، هناك دراسة انجليزية تنظر بصفة خاصة إلى معدّل انتشار درجات الذكاء لدى هؤلاء بحيث أن الدرجة على اختبار نسبة الذكاء أقل من (70) مما يقترح أن انتشار مثل هذه نسبة الذكاء الضعيفة قد تكون مرتفعة بين (5–10%) من تلاميذ المدارس في الأعمار من (13–15) سنة وهناك تحليلات أخرى تقترح أن ما يقرب فقط من (15%) من هؤلاء ذوي درجة الذكاء أقل من (70) يحوّلون إلى احتياجات التعليم الخاص "سيمونوف وبيكلز" (Simonoff & Pickles) (2006)، ومع أن أغلبية المجموعة من ذوي نسبة الذكاء الأقل أو المنخفضة إمّا لا يحتاجون إلى دعم تعليمي، أو أنهم حتى الآن لم يتم التعرّف عليهم بأنهم في حاجة إلى هذا الدعم. والدراسات الوبائية تشير إلى أن هناك ما يقرب من (580000) شخص في إنجلترا من ذوي الإعاقات الفكرية البسيطة أو الخفيفة (معدّل انتشار نحو (0.95%) وعدد (217000) من ذوي الإعاقات الفكرية الحادة (بمعدّل انتشار 0.35%) (معهد المجتمع المفتوح، 2005). ومع ذلك، فإن دراسة "سيمونوف، بيكلز، شادويسكي، جرينجار وآخرون، تتضمن أن هناك إمكانية لأن يكون هناك أشخاص أكثر من هؤلاء يعانون بشكل معين من الإعاقة أو العجز الفكري وأنهم لم يتم التعرّف عليهم. (جراهام دافي، 2016، ص 1079)

المحاضرة الخامسة

4- الإعاقة الذهنية (التأخر العقلي) 2/2

✓ **الأسباب المرضية للإعاقة الذهنية.**

- **الأسباب البيولوجية.**

اضطرابات حوامل الجينات أو "الكروموسومات".

***تناذر داون.**

- **اضطرابات الأيض (الهدم والبناء).**
- **أسباب ما قبل الولادة.**
- **أسباب الطفولة.**

✓ **التدخلات في الإعاقات الذهنية.**

✓ الأسباب المرضية للإعاقة الذهنية:

غالبا ما تكون أسباب الإعاقة الفكرية في الحالات الفردية صعبة التحديد والعزل بشكل كبير. حتى إذا كان سبب الإعاقة يمكن تحديده (مثل اضطرابات الحوامل الجينية الوراثية أو الكروموسومات)، ولعل وجود فردين لهما السبب نفسه قد يظهر عليهما مستويات مختلفة من الإعاقة. والتشخيص الفارقي هو أيضا مشكلة، ففي حالات كثيرة لا يكون من الواضح ما إذا كان الفرد لديه إعاقة تعليمية نوعية خاصة ويكون لديه اضطراب فكري بصفة عامة، ويعاني من اضطراب الطيف التوحدي، أو لديه مشكلات نفسية أو انفعالية. وكما سنرى فإن الأسباب السائدة في الإعاقة الفكرية أسباب ذات طبيعة بيولوجية، كما أن أكثر من (1000) شكل من الاضطراب أو الخلل يعتمد على وجود أنواع من الشذوذ في العوامل الوراثية (الجينات) و"الكروموسومات"، وعمليات التأيّض أو الهدم والبناء "ديكنز وهوداب" (Dykens & Hodapp) (2001). ومع ذلك، فإن كثيرا من الباحثين يعتقدون أن العجز أو الإعاقة الفكرية من النوع الخفيف والمتوسط تميل إلى الحدوث كثيرا في المجموعات ذات المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى، مما يشير إلى أن الفقر وما يرتبط به من حرمان قد يؤدي إلى تأخير في النموّ الفكري. وجد أن الإعاقات الفكرية الخفيفة إلى المتوسطة تنتشر أكثر بصورة مميزة بين أطفال الأمهات المراهقات بالمقارنة بأطفال الأمهات الأكبر سناً "شاوجنسي" (Shaugnenessy) (1987) (جراهام دافي، 2016، ص 1080) .

وفي الجدول الموالي ملخص لبعض الأسباب المعروفة للإعاقات الفكرية مصنفة حسب فترة النمو عندما يتضح تأثيرها.

الجدول (3): أسباب الإعاقة الذهنية

فترة النموّ (Developmental period)	أسباب الإعاقة الذهنية (عامل الخطورة) (Cause or risk factor)
قبل/خلال الحمل	اضطراب الجين الوراثي المتنّحي (مثل "فينيلكيتونيوريا– Phenylketonuria"، مرض "Tay-Sachs". شذوذ الكروموسومات (مثل متلازمة داون، متلازمة جين x الهشّ– Fragil x syndrome)
خلال الحمل	سوء التغذية الحاد لدى الأم، نقص "الأيودين–Iodine"، الأمراض المعدية "الروبيلا"، "السفلس"، "فيروس نقص المناعة–HIV "، "الهربس–Herpes"، سوء استخدام للعقاقير (تعاطي الكحوليات، التدخين، سوء استخدام العقاقير)، الدوية التي تتناولها الأم (أدوية السرطان، العلاج الكيميائي).
خلال الولادة	نقص أو صعوبة الحصول على الأكسجين، نقص الوزن الطبيعي للمولود.
الطفولة المبكرة	إصابات أو عدوى المخ (مثل التهاب المخ والسحايا). سوء تغذية الطفل. إصابة حادة في الرأس (حادث، انتهاك الجسم، مثل متلازمة هزّ الأطفال). التعّرض للسموم (مثل الرصاص، الزئبق). الحرمان الاجتماعي والفقر (الوالدية الضعيفة) بيئة غير منّبهة للطفل.

(جراهام دافي، 2016، ص 1081)

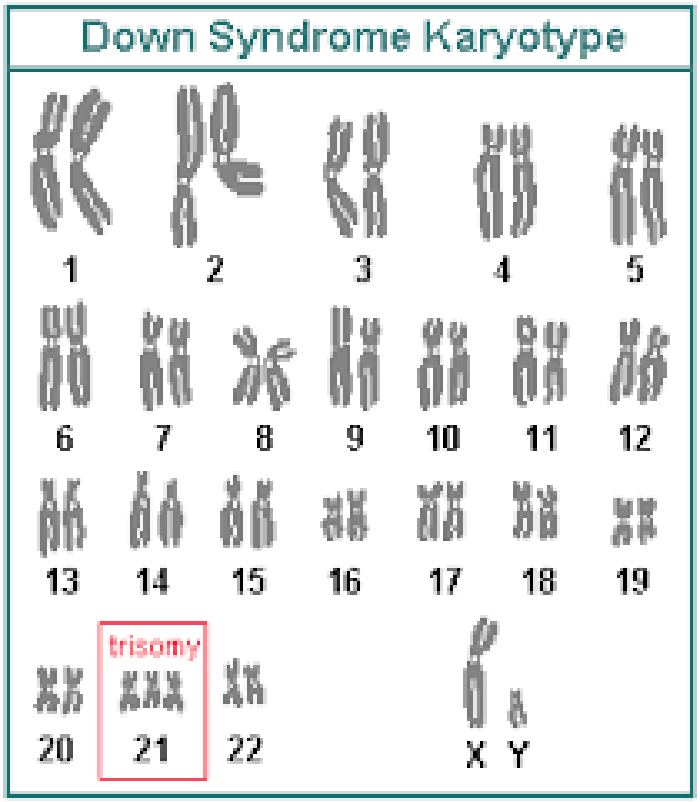
- **الأسباب البيولوجية:**

العوامل البيولوجية تمثل المجموعة الأكثر معرفة عن أسباب الإعاقات الفكرية، وسوف نقسّمها إلى (4) تصنيفات رئيسية:

1. اضطرابات حوامل الجينات أو "الكروموسومات".
   *تناذر داون.
2. أسباب تتعلق بعمليات الأيض (الهدم والبناء).
3. أسباب قبل الولادة (Prenatal causes).
4. أسباب الطفولة (ما بعد الولادة).

- **اضطرابات الكروموسومات:**

منذ سنوات كثيرة وحتى الآن، كان من المعروف أن أشكال الإعاقة الفكرية يرتبط وراثيا بوجود نوع من الشذوذ في الكروموسوم x (والذي يحدد أيضا الجنس البيولوجي)، وهذه الأنواع من الشذوذ تعبّر عن نفسها في شكل ضعف طبيعي في الكروموسومات أو أنواع من الشذوذ الناتجة عن عدم انتظام في الخلايا خلال فترة الحمل. ومع ذلك فإنه يقدّر بأن (5%) من كل المواليد الجدد يكون لديهم اضطراب كروموسومي، وعلى الرغم من موت منهم بعد الولادة مباشرة "سميث، بيرمان وروبنسون" (Smith, Bierman & Robinson) (1978). والاضطرابات الكروموسومية يحسب لها نحو (25–30%) من جميع حالات تشخيص الإعاقة الفكرية، الشكلان الدائمان في هذه الاضطرابات هما: "متلازمة داون– Down syndrome" و"متلازمة الجين x الهشّ–Fragile x syndrome" (جراهام دافي، 2016، ص 1081).



الشكل (1): النمط النووي لمصاب بمتلازمة داون

*متلازمة (تناذر) داون:

تعتبر متلازمة داون من أكثر المتلازمات شيوعاً وأكثر سهولة في التعرف إلى خصائصها هذا إضافة إلى أنها من أكثر المتلازمات التي حظيت بالبحث والاهتمام،

ولقد كان أول من حدد وتعرف على هذه المتلازمة هو جون لانجدون داون (John Largoon Down) عام 1866، وهي معروفه الآن بأنها من أكثر الأسباب الجينية المسببة للإعاقة العقلية، فحوالي 75% إلى 80% من الإخصابات Conceptions المنتجة للأطفال المتلازمة داون تكون غير محمولة، لقد وصف داون Dean أفراداً يتمتعون لخصائص جسمية مشابهة لأفراء يعيشون في جنوب شرق آسيا يسمون المنغوليين Mongolians ولسنين عديدة فإن متلازمة داون كانت تعرف بالمنغولية Mongolians وذلك لأن خصائصهم الجسمية كتشابه مع الأفراد المنغوليين في جنوب شرق آسيا.

والشخص المصاب بها كان يدعى منغولي Mongols ولم تعد هذه المصطلحات الآن مستخدمة (Crane, 2002).

تعتبر متلازمة داون من أكثر الأسباب الكروموسومية المسببة للإعاقة العقلية ونتج هذه المتلازمة عن عدم إنقسام كرموسوم 21 Non dysfunction of the 21 chromosome من قبل الأم، أي أن زوج كرموسوم 21 للأم يفشل في الانفصال خلال إنقسام الخلية الذي يظهر خلال تكوين توالد أو تكاثر الخلايا وهذه العملية تسمى بالانقسام المنتصف Meiosis. وعندما يتوحد هذا الزوج غير المنقسم مع كروموسوم الآب 21 فإن العمل يستقبل ثلاث نسخ من كروموسوم 21 وهذا يسمى مفهوم تثلث كروموسوم 21 (Trisomy, 21))، وهذا يعتبر مفهوم آخر يوصف به عقل متلازمة داون وفي حالات نادرة قران متلازمة داون تنتج عن انتقال Translocation جزء من كروموسوم 23 إلى كروموسوم 14.

بالطبع فإن هذا التلف أو الخلل الكروموسومي أثره أو أثاره الشديدة الشديد على نمو دماغ الجنين والطفل الرضيع مما ينتج عنه صغر حجم الدماغ بحوالي 25% مما هو متوقع لدى الطفل الطبيعي (Hangaard 2008).

■- نسبة الانتشار وتوقع الحياة Prevalence and the taparashy:

تقدر نسبة الانتشار بحوالي لكل 600 طفل ومع ذلك فإن هذا التقدير يتباين ومن وقت إلى آخر، ففي مدينة Salford روقبت نسبة الانتشار بدقة، وقد انخفضت من 1 لكل 565 في أعوام 1961-1965 إلى 1 لكل 1075 في أعوام 1971-1975 ثم ارتفعت إلى 1 لكل 730 في أعوام 1976-1980. ولأن نسبة الانتشار تتأثر بعامل أعمار الأمهات الحوامل فقد ارتفعت من 1 لكل 1600 طفل مع أعمار 20-24 للأمهات الحواصل إلى 1 لكل 1000 طفل مع أعمار 40-44 الأمهات الحوامل و 1 لكل 46 بعد عمر 45 عام السلام الحاصل. وهكذا فإن نسب الانتشار المذكورة سابقاً تؤكد فرضية أساسية

مفادها أن احتمالية الإصابة بمتلازمة داون تزداد كلما تقدمت الأم الحامل بالعمر (Hangaad, 2008).

هنالك حوالي 350.000 شخص مصاب بمتلازمة داون في الولايات المتحدة الأمريكية ويشكلوا ما نسبته 10% من مجموع الأفراد الذين يتلقون خدمات في دور الإقامة (Ainsworth & Baker, 2004).

وبالنسبة العامل العصر الأبوي (Paternal age) فإن الإحصاءات حوله غير واضحة، فقد أشار البعض إلى أن هذا العامل لم يكن دالاً أي لا توجد أدلة علمية يستند إليها في تحديد أثره، وفي السبعينات من القرن الماضي لوحظ انخفاض في أعمار الأمهات لتزداد احتمالية إنجاب أطفال ذوي متلازمة داون لدى الأمهات الذين يبلغن من العمر 35 عاماً فما فوق، وفي هذا إشارة ربما إلى احتمالية زيادة نسبة الانتشار المتلازمة داون بين المواليد (Carr,1995).

وعلى الرغم من هذا الاستعراضي لنسبة الانتشار لمتلازمة داون فإن التقديرات الحديقة تشير إلى 1.5 لكل 1000 طفل هنا مع الإبقاء على أهمية عامل عمر الأم عند الانجاب، ففي الوقت الذي يبلغ فيه نسبة الانتشار 1 لكل 1000 طفل مولود لدى الأمهات اللاتي يبلغن من العمر 33 فما دون فإن النسبة ترتفع إلى 38 لكل 1000 لدى الأمهات اللاتي يبلغن 44 عاماً فما فوق عند الإنجاب (Hangaad, 2008).

إن نسبة انتشار الأفراد المصابين متلازمة داون والذين يتمتعون بالحياة تتباين اعتماداً على مجموعة من العوامل منها:

1/- عمر المجموعة المستخدمة كان أعلى في الأعمار المبكرة.

2/- إنخفاض نسبة الانتشار مع التقدم بالعمر وذلك بسبب موت بعض الأطفال والمراسلين والكبار المصابين بمتلازم داون

وفي بدايات القرن الماضي فقد كان معدل الوفيات بين الأطفال المصابين اللازمة داون مرتفعاً بين أعمار 7-14 سنة وهذا كان يشكل ما نسبته 0.34 لكل 1000.

وفي عام 1929 فقد ارتفعت النسبة الأكثر من ثلاث أضعاف لتصل إلى نسبة 14 لكل 1000. وقد أشارت دراسات سالفورد Salford Studies أن نسبة الانتشار للأعمار ما بين 5–14 سنة ارتفعت لتصل 1.48 لكل 1000 في عام 1993 ثم انخفضت بعد هذا التاريخ ولعل هذا يعود إلى انخفاض معدل الولادات الجديدة.

وفي بريطانية ووفقاً لما تشير إليه كـــار (Carr, 1995) فإنه يتوقع أن يوجد 5000 شخص مرافق مصاب متلازمة في عام 2010 وأن التوقع أن تكون نسبة انتشار متلازمة داون أعلى من أي وقت مضى. وتشير التقديرات إلى نسبة الذكور المصابين بمتلازمة داون تفوق نسبة الإناث المصابين بها وذلك كالآتي: 1.07/1 و 1.27/1 للأعمار من الميلاد إلى الرابعة، و 128/1 و 11.36 للمجتمع السكاني ككل،

وربما تعود هذه الفروق في الانتشار بين الجنسين إلى معدلات الوفيات المرتفعة بين الإناث مخصوصاً في مرحلة الرضاعة المبكرة.

وخلال النصف الأول من القرن الماضي فقد كان سائداً أن الأفراد المصابين بمتلازمة داون يتصفون بمعدل عمر قصير إذا ما قورن بالعاديين، وهذا ربما يكون صحيحاً إلى حد ما. ففي عام 1929 فإن الحياة المتوقعة وهو متوسط طول الحياة للأفراد المصابين بظروف صحية بما في ذلك الذين ماتوا عند الولادة أو في مرحلة الرضاعة المبكرة فقد قدر العمر به 9 سنوات، وفي عام 1947 ارتفع ليصل 12 سنة، وعدد قليل من أفراد متلازمة داون وصل إلى مرحلة الرشد. ففي عام 1967 ومن بين 138 حالة مصابة بمتلازمة داون في خمس مناطق في بريطانيا، فقط كان 6% منهم فوق عمر 34 سنة، ومع عدم وجود أي شخص مصاب بمتلازمة داون فوق عمر 45 سنة.

هذا وتظهر الدراسات الحديثة استمرار زيادة لموقع الحياة Life Expecting فحوالي 60% من الأطفال المولودين ما بين 1940–1950 و 80% من الأطفال المولودين ما بين 1950–1970 و 90% من الأطفال المولودين ما بين 1976–1988 والمصابين بمتلازمة داون قد احتفلوا أو وصلوا إلى عيد ميلادهم الأول، بينما كانت نسبة الأطفال

المصابين بمتلازمة داون وبنفس التقديرات السابقة كانت والذين وصلوا أو احتفلوا بعيد ميلادهم الخامس قد كانت على التوالي كالآتي: 42%، 71%، و 79.%

كما أشارت بعض التقديرات الحديثة نسبياً والتي تعود إلى بدايات التسعينيات من القرن الماضي فإن حوالي العلامة من الأفراد المولودين ما يرون 1952–1981 سوف يعيشوا إلى عمر 60 سنة و 13.6% إلى عمر 68 سنة، كما أشار البعض إلى أن 86.4% عالوا إلى عمر 60 سنة و 76.4% عاشوا إلى عمر 68 سنة، وهذا مؤشر إلى ارتفاع معدل الأعمار وبأعلى من أي وقت مضى، والخمسين سنه الأخيرة تقريباً

فقد ازداد معدل أعمار الأفراد المصابين بمتلازمة داون يصل إلى عمر 40 سنة، والثلاثة عقود الأخيرة فقد سجلت حالة شخص مصاب بمتلازمة داون في بريطانيا وقد بلغ من العمر 65 سنة وسيدة بلغت من العمر 75 سنة. كما أشار البعض إلى ثلاث اشخاص مصابين المتلازمة داون وبأعمار 74، 75، 86 سنة، وقد حققوا هذا العمر دون وجود مشكلات صحية أو غير ذلك؟ والله أعلم إن ما زالوا على قيد الحياة أم لا (فرج الزريقات إبراهيم عبد الله، 2012، ص 21–26)

الشكل رقم (2): ملامح الوجه الأصلية للأطفال لمولودين بمتلازمة داون (Down Syndrome) أو متلازمة الجين x الهش (Fragil x Syndrome). وهؤلاء غالباً ما يكون لديهم كروموسوم زائد في الزوج رقم (21)، بينما في حالة متلازمة الجين × الهش فإن الكروموسوم x يتضح منه ضعف في الجسم وقد يكون ملتوياً أو مكسوراً.

(جراهام دافي، 2016، ص 1085)

*وهناك شذوذ كروموسومي آخر مهم يسبب الإعاقة الفكرية، ويعرف باسم " **متلازمة x الهشّ** " (الجين x) حيث يبدو أن هذا الكروموسوم" يظهر ضعيفاً وربما يلتوي أو ينكسر، وهذه المتلازمة تحدث لدى (4–8%) تقريباً من كل المواليد "هاجرمان" (Hagerrman) و"لامب" (Lampe)، (1999). والأفراد من ذوي هذه المتلازمة تكون لديهم مستويات خفيفة إلى متوسطة من الإعاقة الفكرية وقد تظهر لديهم أيضاً علامات اضطراب اللغة ومشكلات سلوكية مثل عدم انتظام الحالة المزاجية " إليز " (**Eliez**) و " فنشتاين " (2001) (زيحلبر) و (هوداب) (1991) (Hodapp) ومثل أصحاب متلازمة داون. يكون لديهم أيضاً خصائص جسمية معينة مثل الوجوه الممدودة أو المستطيلة وأذن كبيرة بارزة.

وتقترح دراسات أن هناك متلازمة مثل متلازمة الكروموسوم x الهش يظهر أفرادها أعراض مختلفة ودرجات مختلفة من الإعاقة " هاجرمان (1995)، على سبيل المثال، بعضهم يكون لديه مستوى طبيعي من نسبة الذكاء (IQ) ولكنه يعاني من صعوبات تعلم معينة. والآخر يبدي علامات عدم الاستقرار الانفعالي وأعراض التوحد، مثل عض الأصابع، ومحدودية الحديث، وضعف الاتصال البصري " ديكنز ". " ليكمان "، " بول " و" واطسون"، (1989). ونحو واحد من بين كل ثلاثة تظهر عليه أعراض اضطراب الطيف التوحدي "هاجرمان" (Hagerman) (2006)، والاضطراب الفكري عادة ما يكون أعظم لدى الذكور الذين يعانون من متلازمة × الهش لأنهم ليس لديهم سوى كروموسوم x واحد ولأن الإناث يمتلكن إثنين منه فإن خطورة الإصابة بالعجز أو الإعاقة الفكرية تكون أقل (جراهام دافي، 2016، ص 1083).

- **اضطرابات الأيض (الهدم والبناء):**

وهي الاضطرابات التي تحدث أثناء عملتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات، تؤدي إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم، ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء، وتقدر نسبة انتشار حالات (PKU) (20000/1) من المواليد.

كما يدخل في هذه الحالات، حالات الأنيميا المنجلية وحالات الأكياس الدهنية في المخ، المعروفة باسم تاي ساكس (Tay Sacks)، وحالات الجلاكتوسيميا، وحالات مرض السكري، حيث يؤدي انعدام أو نقص الإنزيم اللازم لتمثيل الدهون إلى ما يفيد الجسم، إلى ترسيب المادة الدهنية في خلايا المخ، هذه المادة لها تأثير مكثف على الخلايا العصبية للسحاء المخي، وتؤدي هذه الحالة إلى تدهور في المخ وفي النسيج العصبي وأخيرا الموت، ويمكن التعرف على هذه الحالات عن طريق الفحص الخاص بالسائل الأمنيوسي.

حالة الكلاكتوسيميا: وهي أيضا إحدى الحالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجوده في كلا الوالدين وحدوث هذه الحالة أكثر ندرة من حدوث الحالة (PKU) وكثيرا ما يموت الأطفال حديثو الولادة المصابين بهذه الحالة مبكرا في فترة الرضاعة أو يصابون بالإعاقة العقلية إذا استمروا على قيد الحياة بدون علاج.

وترجع هذه الحالة إلى قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات، ويعود هذا القصور إلى فقدان انزيم معين يساعد في تحول مادة الجلاكتوز (السكر الموجود في الحليب) واكسدتها تمهيدا لدخول هذه المادة في عملية توليد الطاقة في الخلية.

ولما كانت مادة الجلاكتوز هي من المواد الأساسية الموجودة في الحليب العادي فإن تغذية الطفل الرضيع بالحليب المعتاد سيؤدي إلى نتائج خطيرة بالنسبة لهذا الطفل الرضيع، ومن هذه النتائج إصابته باليرقان وهو ما يحدث عادة بعد يومين أو ثلاثة أيام من بدء تناوله

للحليب العادي) وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيئ وفيما بعد يمكن أن يصاب هذا الطفل بالإعاقة العقلية واعتام في عدسة العين.

تعزى هذه الأعراض عادة إلى تجميع وتركيز بعض المواد الكيميائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجودة في الجسم. وعلاج مثل هذه الحالة يقتضي وضع الطفل تحت نظام غذائي يخلو من الجلاكتوز والاستعاضة عن الحليب المعتاد ببديل له مثل حليب الصويا وغيره (السيد عبيد ماجدة، 2013، ص77-78).

- **أسباب ما قبل الولادة:**

وتشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين فتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية، ويبدأ تأثير هذه العوامل في العادة من لحظة الإخصاب وحتى لحظة الولادة وفيما يلي عرض لأبرز العوامل التي قد تؤثر على الجنين في مرحلة ما قبل الولادة:

(1) الأشعة (Radiation):

تؤثر الأشعة تأثيراً ضاراً بالجنين إذا تعرض لها وعمره أقل من ثلاث أشهر، وقد اكتشف ذلك في الثلاثينات من هذا القرن، عندما كان يتم علاج سرطان الرحم بالأشعة عند بعض النساء الحوامل، فأدى ذلك إلى تعرض الأجنة للإصابة بحالة صغر الرأس (Microcephaly) وأنواع أخرى من التشوهات، وقد أكد ذلك ما حدث في هيروشيما وناجازاكي، حيث تبين أن النساء اللواتي تعرضن إلى الإشعاع الناتج عن انفجار القنبلة الذرية ممن كن في بداية الحمل، فإن حالات صغر الرأس (Microcephaly) بين مواليدهن قد ارتفعت، ويؤيد ذلك أيضاً التجارب التي تم إجراؤها على الحيوانات التي تم تعريضها للأشعة في فترة الحمل.

تستخدم الأشعة السينية في معظم المستشفيات والعيادات وذلك بسبب من قدرتها على اختراق المواد والأجسام، وذلك لأغراض تشخيص الحالات الطبية المرضية، ويبدو أثر هذه الأشعة قليلاً على الفرد إذا ما تعرض لها مرة في العمر، ولكن المشكلة تبدو في تعرض الأفراد لهذه الأشعة بكميات كبيرة، وعلى ذلك فإن أثر هذه الأشعة يتوقف على عدد من العوامل أهمها:

– جرعة أو حجم الأشعة: ويقصد بذلك كمية الأشعة السينية التي يتعرض لها الفرد، فالعلاقة طردية بين جرعة الأشعة السينية ومضارها المتعددة، وتقاس الأشعة السينية بوحدة قياس الأشعة.

–العمر: ويقصد بذلك المرحلة العمرية الذي يتعرض فيه الفرد إلى تلك الإشعاعات وأخطر مراحل العمر تأثراً بالأشعة السينية هي مرحلة ما قبل الولادة، وخاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.

(2) الحصبة الألمانية (Rubela German Mcasles):

الحصبة الألمانية هي أحد أخطر الأمراض التي يمكن أن ينتقل تأثيرها من الأم إلى الجنين. ويعتمد مدى احتمال إصابة الجنين وشدة إصابته نتيجة إصابة الأم بهذا المرض على عمر الجنين عند الإصابة، فقد تبين أن احتمال إصابة الجنين هي في حدود (50%) إذا كانت إصابة الأم بهذا المرض قد حدثت خلال الشهر الأول من الحمل، ونقل النسبة إلى حوالي (22%) إذا حدثت الإصابة خلال الشهر الثاني أما الإصابة خلال الشهر الثالث من الحمل فإن احتمال تأثير ذلك على الجنين هو في حدود (06%) فقط وتقل النسبة بعد ذلك أيضاً تبعاً لزيادة عمر الجنين.

وتؤثر الحصبة الألمانية تأثيراً سيئاً على الجنين في حالة إصابته إذ أنها من الممكن أن تؤدي إلى فقدان السمع والبصر، أو إصابة القلب بأضرار، وكذلك تلف الدماغ المرتبط

بأنواع من التشوهات الخلقية من مثل صغر حجم الرأس (Microcephaly) والالتهاب السحائي الدماغي واستسقاء الدماغ (Hydrocephaly) ويرتبط ذلك كله بالإعاقة العقلية.

وبالنظر الخطورة إصابة الأم الحامل بهذا المرض في أشهر الحمل الأولى، فقد يكون من الضروري في بعض الحالات القيام بعملية إجهاض للجنين، وعموماً فإن اتخاذ قرار بهذا الشأن يعود فقط للطبيب المختص الذي يستطيع أن يحدد مدى إصابة الجنين ومدى الحاجة لمثل هذا الإجراء، وفي مجال الوقاية من هذا المرض يتوفر في الوقت الحاضر تطعيم فعال ضد الحصبة الألمانية يعطى للفتيات اللواتي لم يصين بهذا المرض، وهذا التطعيم الفعال قد قلل بشكل كبير من خطر الانتشار الوبائي لهذا المرض.

(3) الزهري الولادي (Congenital Syphilis):

وقد كان هذا المرض في الماضي يُعَدُ واحد من الأسباب الرئيسية التي تؤثر في الجنين قبل الولادة وتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية بالإضافة إلى تشوهات أخرى، ولكن في الوقت الحالي، وبعد التقدم الكبير في مجال الكشف عن هذا المرض عند الأم الحامل عن طريق فحص الدم، وفعالية معالجة هذا المرض بالبنسلين فلم يعد السفلس بنفس تلك الدرجة من الخطورة كما كان عليه الحال في الماضي.

(4) اختلاف العامل الرايزيسي في دم الوالدين(Rh Blood Incompatibility):

يظهر العامل الرايزيسي لدى الأفراد كصفة سائدة أو ناقلة أو متنحية كأي صفة وراثية أخرى، وعلى ذلك يبدو التركيب الجيبي لهذا العامل على الشكل التالي: (– Rh) (متنحي) (Rh)، (ناقل)، (+Rh) (سائد)، فالمعروف أن حوالي (85%) من الناس يحتوي دمهم على العامل الرايزيسي أي (++R) أما حوالي (15%) من الأفراد نوع دمهم هو (RA) أي لا يحتوي دمهم على هذا العامل، فإذا ما تصادف أن كان دم الأم لا يحتوي على مثل هذا العامل، أي أن دمها كان (–Rh) وكان دم الأب يحتوي على هذا العامل أي أن دمه كان (+Rh) فإن دم الجنين سيكون موجباً، ويعني ذلك اختلاف العامل الرايزيسي بين كل

من الأم والجنين، يؤدي ذلك الاختلاف إلى تكون الأم أجساماً مضادة في دمها، لتدافع بها عن نفسها، حيث تهاجم هذه الأجسام المضادة كريات الدم الحمراء لدى جنينها، مما يترتب عليه تميع الدم لدى الجنين، وبالتالي تلف ما في الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين، مما يترتب عليه وفاته أو إحداث حالة من حالات الإعاقة لديه ومنها الإعاقة العقلية.

ومن الممكن الكشف عن وجود مثل هذه المضادات في دم الطفل حديث الولادة، وفي حالة الكشف عنها قد يكون من الضروري تغيير دم الطفل، وفي الوقت الحاضر من الممكن حقن الأم بعد الولادة بـ (72) ساعة ببعض المواد التي تمنع تشكيل هذه المضادات في دم الأم وتمنع بالتالي تأثيرها السيء على المولود التالي.

(5) تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل (Drug Ingestion):

لعل غالبية الأمهات حالياً يدركن خطورة تناول العقاقير والأدوية أثناء فترة الحمل وخاصة خلال أشهر الحمل الأولى، ولعل ما حدث في أوروبا في الستينات من هذا القرن فيما يتعلق بعقار الثاليدوميد (Thalidomide) وما أدى إليه من ولادة ما يزيد عن (36000) طفل من المصابين بتشوهات خلقية نتيجة تناول أمهاتهم لمثل هذا العقار أثناء فترة الحمل، لعل ذلك يعطي واحداً من أبرز الأمثلة على خطورة هذا الأمر، وقد أصبح الآن معروفا في الأوساط الطبية أن عددًا من العقاقير والأدوية

الشكل رقم (3): الصورة لفتاة حيث يظهر الأثر الضار لعقار الثاليدوميد وتبدو الأطراف في الصورة في حالة ضمور.

يمكن أن تؤدي إلى التأثير سلبيًا على نمو الجنين إذا تناولتها الحامل، وخاصة في خلال أشهر الحمل الأولى.

وتذكر المراجع العلمية والنشرات الإعلامية قائمة بتلك العقاقير والأدوية ومنها:

⇦ الأدوية المهدئة، ومنها مادة الثالدوميد (Thalidomide) والأسبرين، والفاليوم.

⇦ المضادات الحيوية (Antibiotics)، ومنها كل المضادات الحيوية التي توصف للمريض والتي تعمل على قصف فيروس المرض الذي يتسبب في العديد من الأمراض والالتهابات.

⇦الهرمونات (Hormones) ومنها كل المواد الكيميائية التي تعمل على تنشيط الغدد أو إنقاص نشاطها، وخاصة الهرمونات الجنسية، وتلك الهرمونات المتعلقة بنشاط الغدة الدرقية.

⇦ العقاقير والمخدرات، ومنها الكوكائيين والهيروين والمورفين.

⇦الكحول بأنواعها وتبدو آثار هذه العقاقير والأدوية والكحول في العديد من مظاهر النمو غير العادي لدى الأجة منها.

(6) الإدمان على الكحول:

يؤثر إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل تأثيراً سيئاً على الجنين وقد اكتشفت أعراض إصابة الجنين نتيجة إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل مؤخراً نسبياً وذلك في عام (1973)، وسميت هذه الأعراض (FAS) الأعراض الكحولية للأجنة (Fœtal Alcohol Syndrome) وتتمثل هذه الأعراض بنقص النمو وتشوهات في الوجه والجمجمة وعيوب في الأطراف بالإضافة إلى التخلف العقلي البسيط وأحياناً الشديد.

(7) الأمراض المزمنة هند الأم (Chronic Maternal Illness):

كثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل قد تؤدي إلى أضرار تصيب الجنين، وعلى سبيل المثال فإن ضغط الدم الزائد والسكري ومرض الكلى تضيف تعقيدات وأخطار إضافية بالنسبة للجنين.

من ناحية أخرى فإن الأم المصابة بحالة الـ (PKU) تكون عرضة لأن تحمل أطفالاً معاقين عقلياً حتى ولو لم يكونوا مصابين هم أنفسهم بحالة الـ (PKU) نتيجة ارتفاع نسبة حامض الـ (Plaenylalanine) في جسمها، وللوقاية من مثل هذه الحالة ينبغي أن تراعي الأم الحامل المصابة بمثل هذه الحالة النظام الغذائي البديل الذي يحافظ على نسبة حامض الـ (Phenylalanine) ضمن الحدود المقبولة.

(8) الولادة قبل الأوان (Prematurity):

الولادة المبكرة هي واحدة من الأسباب الرئيسية للإعاقة العقلية، وهذا السبب لوحده مسؤول عن حوالي (24.5%) من حالات الوفيات عند الأطفال حديثي الولاة وهو مسؤول أيضاً عن حوالي (15–20%) من جميع حالات الإعاقة العقلية.

هناك أسباب كثيرة يمكن أن تؤدي إلى الولادة قبل الأوان، ويعتبر التوائم هم أحد العوامل المؤدية للولادة المبكرة ويؤدي إفراط الأم في التدخين في فترة الحمل إلى الولادة المبكرة أيضاً، وكذلك يؤدي تسمم الحمل إلى مثل هذه الولادة المبكرة أحياناً.

وبشكل عام فإن الولادة المبكرة تؤدي إلى تقليل احتمالات أن ينمو هذا الطفل نمواً سليماً لما يؤدي إليه من نقص في وزن الطفل حديث الولادة ونقص في نمو الأعضاء.

(9) الإجهاد العاطفي (Emotional Stress):

دور الإجهاد العاطفي أو الضغوط النفسية أثناء فترة الحمل غير واضح تماما ولكن يبدو أن من المنطقي القول أن الإجهاد الشديد سواء على الصعيد الفكري أو الجسمي من الممكن أن يؤثر على الجنين ولما كان من الصعب جمع معطيات علمية دقيقة حول هذا

الموضوع، فإنه يمكن القول بشكل عام، أنه كلما كانت فترة الحمل صحية من جميع. الأوجه كلما كانت الفرصة أفضل أمام الجنين لينمو نمواً سليماً.

(10) تلوث الماء والهواء (Water Pollution & Air):

تعتبر المياه الملوثة والهواء الفاسد من العوامل التي تؤثر بطريقة غير مباشرة على نمو الجنين، وخاصة إذا ما تعرضت الأم الحامل إلى تلوث واضح في الماء والهواء، وخاصة في البيئات التي تزداد نسب تلوث الماء والهواء بالغازات والمواد العادمة ونتاج المصانع الكيماوية، إذ تؤثر تلك المواد إلى نتائج غير مرغوب فيها وخاصة على الجهاز العصبي المركزي للجنين، وقد يترتب على ذلك حدوث شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات (السيد عبيد ماجدة، 2013، ص82-91).

- **أسباب الطفولة (ما بعد الولادة):**

وتشمل الحوادث والأمراض المختلفة التي قد يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره بشكل خاص، وتسبب تلفاً في الجهاز العصبي أو بعض أجزائه ومن بين هذه الحوادث والأمراض ما يلي:

- وعلى إثر دراسة تحليلية للدراسات تناولت موضوع العلاقة بين الخبرة والنمو العقلي، تبين أن للخبرات المبكرة المناسبة التي يتعرض لها الطفل أثراً فعالاً في زيادة النمو العقلي.

- إصابة الدماغ على إثر الحوادث والصدامات (Brain Injury (Trauma:

قد يصاب الدماغ بالتلف إثر تعرض الطفل لبعض الحوادث والصدمات التي يمكن أن يتعرض لها أي وقت بعد الولادة. ويعتمد مقدار التلف الذي يصيب الدماغ على نوع الصدمة وشدتها وعمر الطفل وموضع التلف. كما يعتقد البعض أن تأثير الصدمة أيضاً

يعتمد إلى حد ما على شخصية المصاب ومستوى ذكائه قبل تعرضه للصدمة، فإصابة القشرة الدماغية مثلاً تؤثر في قدرة الفرد على استعمال اللغة والقدرة على التفكير التجريدي.

– نقص نشاط الغدة الدرقية (Congenital Hypothyroidism) أحد الأسباب الرئيسة للإعاقة العقلية عند الأطفال، حيث إن نقص هرمون الغدة الدرقية عند الأطفال يمنع تطور ونمو الدماغ بالشكل الصحيح، ويوقف النمو عند الأطفال.

وكذلك تؤدي أمراض الغدد مثل أمراض الغدة الدرقية، والغدة الثايموسية إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي لخلايا الدماغ والجهاز العصبي وتسبب الإعاقة العقلية عند الأطفال في مرحلة الطفولة (مرسي، 1999).

– متلازمة أو عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) والاهمال، والعنف الجسدي، يشير لندوساندرين وندسين (Kudsen & ,und, Sandgren, 1998) إلى أن عرض هز الطفل يعد شكل من الإشكال الخطيرة للعنف الجسدي ضد الأطفال، حيث إنه يلاحظ عند الأطفال الذين في عمر أقل من سنة، والتي تؤدي إلى (60%) من الإعاقات الشديدة مثل فقدان البصر، والإعاقة العقلية، والشلل الدماغي، والصرع.

– وتؤدي إساءة الأطفال عن طريق عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) وقصع العنق (Shaking – Whiplash) إلى إصابات خطيرة عند الأطفال وتشتمل تلف الدماغ، واضطرابات عصبية، وفقدان البصر، وإعاقة عقلية، وقد تحدث هذه المشاكل دون ظهور أية إصابات خارجية في الرأس (Choicca ,1995). حيث تتراوح نسبة الإصابات من هز عرض الطفل (Shaking Baby Syndrome) من (15 %– 38%).

– الحرمان الثقافي ودوره في الإعاقة العقلية، حيث استنتج الباحثون وجود علاقة بين الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب والإعاقة الثقافية للبيئة التي نشأ فيها الطفل، لأن البيئة الأسرية تلعب دورا كبيرا في تنمية الطفل وخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياته فإذا

كانت غير ملائمة فإنها تسهم في إعاقته عقليا (مرسي، 1999) وهناك تأثير للبيئة مثل الحرمان البيئي الذي يصاحبه تاريخ عائلي للإعاقة العقلية سواء لأحد الوالدين أم الإخوة يسهم في الإصابة بالإعاقة العقلية (Wong & et Al ,1999) والافتقار إلى الإثارة الكافية، حيث لا يتوافر للطفل ما يثير الاهتمام من الأشياء الملموسة ولا اي اتصال مع الآخرين مثل العزلة أو عدم الاهتمام به من العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة العقلية (Hallahan & Kauffman, 2006).

– سوء التغذية له تأثير رئيس في تطور الدماغ لدى الأطفال وينتج عنه إعاقة عقلية دائمة، ففي أوغندا يعاني 40% من الأطفال من سوء التغذية، و 5%–10% منهم معاقون عقليا، بالإضافة إلى أن سوء التغذية لدى الأطفال إذا صاحبه نقص في المحفزات البيئية واللعب يسهم في حدوث الإعاقة العقلية (Thomas, 2004).

وأخيراً بعض الأمراض التي تصيب الأطفال كالحصبة الألمانية والسعال الديكي والحمى القرمزية (Scarlett Fever)، والواقع أن مضاعفات هذه الأمراض وما يرافقها من حمى شديدة قد يكون لها أثر سيء على الطفل المصاب قد يسبب له تلفاً في بعض أجزاء الدماغ وبالتالي الإعاقة العقلية. ولذلك يجب الاهتمام بتنزيل درجة حرارة الطفل في حالات الحصبة وغيرها من الأمراض السارية

– تعرض الطفل لحوادث التسمم والاختناق التي تؤثر على الدماغ (صالح الإمام محمد، عيد الجوالده فؤاد، 2010، ص 119–121).

✓ التدخلات في الإعاقات الذهنية:

يجب البدأ بالتشخيص في الوقت المبكر، وهذا يتطلب من الوالدين سرعة عرض الطفل على المختصين بمجرد ملاحظة أي أعراض غير عادية على الطفل، ويقود التشخيص المبكر إلى التدخل المبكر.

- **مفهوم التدخل المبكر:** يعرف مصطلح التدخل المبكر بأنه: (مجموعة شاملة من الخدمات التعليمية والاجتماعية والتربوية والنفسية والصحية تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين هم عرضة لخطر التأخر العقلي.

وهناك تعريف أخر: " هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن (6) سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة ".

- **ماهية التدخل المبكر:** يشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى من المدرسة، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم. لذلك لابد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان ولأن الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة تكون لديهم خصائص متعددة ومعلقة هم وعائلاتهم يصعب تفهمها وجد التدخل المبكر.

- **أهمية التدخل المبكر:**

تتبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل. كذلك يكون معدل نمو المخ في الأشهر الثلاثة الأولى سريعاً جداً حيث يصل النمو في حجم الدماغ إلى نصف مخ البالغ عند مرحلة (6) أشهر من عمر الطفل وهنا تكمن أهمية المبكر.

ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات " لوثر هامر " التي أجريت على الأطفال المعاقين في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرمجة التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم، وكونهم في مراحل العمر الأولى لتموهم، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي.

- مبررات التدخل المبكر:

1/ يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية.

2/ يتبع الأطفال المتأخرين في النمو نفس مسار التمر الطبيعي مع أنه في العادة لا يكون على نفس المستوى الوظيفي.

3/ على يكون لأسر الأطفال المعاقين قواعد ثابتة من كيفية تنشئة أطفالهم على تجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية.

4/ التأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسية لاحتمالات ظهور سلبيات تستمر مدى الحياة.

5/ تقع مسؤولية فرس الميادين والمهارات باختلاف أنواعها على عاتق الوالدين.

■- الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

1/ الأطفال المتأخرين نمائيًا (DEVELOPMAITALLY DELAYTD CHILDREN) في مجال أو مجالين من مجالات النمو في أول سنتين.

2/- الأطفال الذين هم في حالة خطر (AT- RISK CILDREN) الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة عقلية أو جسمية (WITH ESTABLISHED DIS ABILTIES).

- أهم برامج التدخل المبكر في التربية الخاصة وأهم عناصره:

1/ الخدمات التي تقدم في المنزل: وتهدف إلى تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الأطفال المعاقين وتعليمهم المهارات الضرورية ضمن البيئة البيتية، مثال ذلك برنامج البورتج.

2/ الخدمات التي تقدم في المركز: وقد تكون هذه المراكز مستشفيات أو مراكز خاصة يمضي الأطفال فيها من (3-5) ساعات يومياً ويتم تدريبهم على مختلف المجالات.

3/ برامج الدمج: يقصد به الدمج بين الخدمات التي تقدم في المنازل والمقدمة في المراكز من أجل تلبية حاجات الأطفال وأسرهم بمرونة أكثر.

4/ برنامج التدخل من خلال وسائل الإعلام: ويعلم من خلال استخدام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة لتدريب أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم الصغار (السيد عبيد ماجدة، 2013، ص127-130).

المحاضرة السادسة

2-الاضطرابات الأداتية.

✓ **اضطرابات صورة الجسم.**

- **تعريف صورة الجسم.**
- **تعريف اضطراب تشوه صورة الجسم.**
- **أسباب اضطراب صورة الجسم.**
- **محكات تشخيص اضطراب صورة الجسم.**

✓ **اضطرابات الجانبية: اضطرابات جيزية-زمنية.**

- **تعريف الجانبية.**
- **تطور الجانبية.**
- **الاضطرابات الأساسية.**
- **انتشار الجانبية.**

✓ اضطرابات صورة الجسم:

• تعريف صورة الجسم:

يعرف تومسون (Thompson) (1990) صورة الجسم بأنها الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم إلى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة، ويتماشى هذا التعريف مع ما ذكره روزين وآخرون (Rosen et al) (1991) من أن صورة الجسم هي صورة ذهنية –إيجابية أو سلبية– يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة، والملمح الأساسي لتعريف المظهر الجسمي لصورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي، وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمي إلى ثلاث مكونات:

- مكون إدراكي يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.
- مكون ذاتي يشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.
- مكون سلوكي يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

ويرى سلاد (Slade) (1994) أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم تمثيل عقلي مفكك لصورة الجسم، حيث يبالغون في تقدير حجم الجسم، وهذه المبالغة في تقدير حجم الجسم تتأثر بدرجة عالية بمتغيرات معرفية ووجدانية ومتغيرات أخرى مثل تاريخ التقلب في الوزن والمعايير الثقافية (محمد الدسوقي مجدى، 2006).

• تعريف اضطراب تشوه صورة الجسم:

توجد تعريفات متعددة لاضطراب تشوه صورة الجسم منها ما يلي:

- انشغال زائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمي لدى شخص يبدو طبيعيا أو عاديا.
- انشغال زائد عن الحد بالمظهر الوجهي أو الصدر أو أجزاء أخرى من الجسم في نفس الوقت.
- نفور ذاتي لجزء معين من الجسم قد يبدو عاديا أو طبيعيا للملاحظ أو لمن يلاحظه.
- انشغال الفرد الزائد عن الحد بعيب ما في المظهر يبدو في الحقيقة لدى الآخرين عاديا بدرجة معقولة.
- انشغال الفرد الزائد عن الحد بعيب أو عجز بدني أو جسمي مدرك.
- انشغال وهم زائد عن الحد بعيب ما في المظهر الوجهي بصفة خاصة او المظهر الجسمي بصفة عامة يؤدي بصاحبه إلى تجنب المواقف الاجتماعية.
- انشغال مفرط من جانب شخص ذو مظهر جسمي عادي بعيب طفيف في مظهره الجسمي، وربما لا يكون لهذا العيب وجود على الإطلاق سوى في مخيلة هذا الفرد.
- انشغال زائد عن الحد بشأن المظهر الجسمي يؤدي بصاحبه إلى العديد من السلوكيات الانهزامية للذات.
- حالة نفسية تؤدي إلى الانشغال الزائد عن الحد والمغالى فيه يتمثل في عدم القابلية للمظهر الجسمي مما يؤدي في النهاية إلى اختلال وتمزق أو تصدع في حياة الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب.

واضطراب تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder (BDD) هو شكل من أشكال الاضطرابات النفسية التي يكون فيها اضطراب صورة الجسم هو السمة الأساسية المحددة، وهذا الاضطراب الجسماني تم ادراجه في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) حيث كان يشار إليه من الناحية التاريخية على أنه القلق على جمال وصحة الجسم والخوف من التشوه أو العجز، وتشمل محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات

النفسية وكذلك الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الخاصة باضطراب تشوه صورة الجسم أنه انشغال زائد عن الحد لدى الفرد بعيب تخيلي أو مبالغ فيه في المظهر الجسمي، ومثل هذا الانشغال لدى الشخص ذو المظهر العادي لا يكون بالضرورة انشغالا مبالغا فيه (محمد الدسوقي مجدى. 2006).

- **أسباب اضطراب صورة الجسم:**

لا توجد أي معلومات مفيدة أو ذات معنى عن العوامل البيولوجية أو النفسية التي تدل على استعداد مسبق أو قابلية للتعرض لهذا الاضطراب، والدليل المتوفر أو المتاح عن أسباب المرض يأتي من مصدر ضعيف جدا، وهو نمط الحالة المرضية المشتركة لاضطراب أو تشوه صورة الجسم مع اضطرابات أخرى، فاضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب جسماني وذلك لأن سمته الأساسية هي الانشغال النفسي الزائد عن الحد بقضايا أو موضوعات تتعلق بالجسم فمثلا في توهم المرض يكون التركيز على الاحساسات الجسمية، وفي اضطراب تشوه صورة الجسم يكون التركيز على المظهر البدني، وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن الكثير من الاضطرابات التي تتعلق بشكل الجسم تميل إلى أن تحدث في وقت واحد، وعلى الرغم من ذلك فإن اضطراب تشوه صورة الجسم لا يتزامن في الحدوث مع اضطرابات أخرى تتعلق بالناحية الجسمية.

والاضطراب الوحيد الذي يتزامن حدوثه بالفعل بطريقة متكررة مع اضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب الوسواس القهري، والسؤال الذي يتبادر إلى الذهن الآن هل اضطراب تشوه صورة الجسم يختلف عن اضطراب الوسواس القهري أم يتشابه معه؟

يوجد بالتأكيد الكثير من أوجه التشابه فالناس الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم يشتكون دائما من وجود أفكار ملحة وتطفلية وفظيعة بشأن مظهرهم، كما أنهم

يشتركون في بعض السلوكيات القهرية كالنظر بطريقة متكررة في المرآة لكي يفصحوا أو يتأكدوا من الملامح الجسمية التي ينشغلون بها، ويشترك اضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهري بصورة تقريبية في بداية عمر حدوث الاضطراب (محمد الدسوقي مجدى، 2006).

- **محكات تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم:**

توجد محكات عديدة يمكن من خلالها تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم، ومن هذه المحكات ما يلي:

1. انشغال الفرد بعيب تخيلي في المظهر، وهذا الانشغال يكون مبالغا فيه إلى حد كبير ويركز بين الحين ويركز بين الحين والآخر على العديد من أجزاء الجسم.
2. شكوى الفرد من العيوب الطفيفة في الوجه، أو عدم التناسق بين أجزاء الجسم بحيث تكون صغيرة أكثر من اللازم أو كبيرة أكثر من اللازم أو الشكوى من الشعر الخفيف أو الصلع، وحب الشباب، والتجعيدات، والندبات وآثار الجروح، والدوالي، والشحوب، واحمرار الوجه أو البشرة، وأحيانا تكون الشكوى غامضة أو مبهمة تماما وربما تصل إلى عدم وجود أي شيء أكثر من أن الفرد يشعر أنه قبيح بصفة عامة.
3. عدم الرضا عن الكثير من مناطق أو أجزاء الجسم وخاصة الأنف، ولون الجلد، والشعر، وجفون العينين، والفم، والشفتين، والفك، والذقن، ومع ذلك فإن أي جزء من الجسم ربما يكون متضمنا داخل دائرة انشغال الفرد.
4. لتمييز الانشغال باضطراب تشوه صورة الجسم عن الانشغال العادي بشأن المظهر يجب أن يسبب الانشغال باضطراب تشوه الجسم محنة أو إعاقة ذات دلالة.
5. لكي يكون التشخيص الخاص باضطراب تشوه صورة الجسم واضحا يجب أن يدوم الانشغال بالعيوب التي يتم تخيلها في المظهر لمدة ساعة في اليوم على الأقل.

6. فحص الفرد المتكرر لمظهره وذلك لقياس العيب المدرك عن طريق أخذ صور بين الحين والآخر سواء بواسطة كاميرا تصوير أو فيديو، ومقارنة مظهره الحالي بالصور الفوتوغرافية القديمة أو التي أخذها لنفسه منذ فترة أو مقارنة مظهره بمظهر الناس الآخرين.
7. وجود سلوكيات تتضمن سؤال الأفراد الآخرين للتحقق من وجود العيب أو النقيصة أو التأكد من فاعلية عملية الإخفاء أو التويه للعيب المدرك.
8. حدوث بعض السلوكيات القهرية مثل شد الجلد أو نتف الشعر الذي يعطي إحساسا وقتيا بالرضا أو السرور يعقبه إحساس باليأس.
9. اعتكاف المرضى الذين لديهم حالة حادة لهذا الاضطراب في منازلهم خوفا من الظهور أمام الآخرين.

وفي السنوات القليلة الماضية بدأ الباحثون ينظرون إلى علاج اضطراب صورة الجسم بصورة أكثر جدية، حيث بدأوا في اتباع العلاج المعرفي السلوكي لعلاج عدم رضا الأفراد عن أجسامهم، وأكدت نتائج الدراسات التي اعتمدت عليه أنه أكثر فاعلية مقارنة بغيره من الأساليب حيث يؤدي إلى تعديل صورة الجسم وتحسين التوافق النفسي كما اتبع الباحثون الإجراءات التجريبية التي تتمثل في القياس القبلي، والقياس البعدي، وكذلك القياس التتبعي بعد مرور فترة من العلاج وذلك للحكم على فاعلية العلاج، كما تضمنت الإجراءات التجريبية أيضا وجود مجموعة ضابطة تعاني من الاضطراب ولا تخضع للعلاج يتم المقارنة في ضوئها (محمد الدسوقي مجدى. 2006).

✓ اضطرابات الجانبية: اضطرابات جيزية–زمنية:

• تعريف الجانبية:

تشير الجانبية إلى الهيمنة والسيطرة في استعمال إحدى الأطراف (رجل، يد) وحتى العين أو الأذن. وفي حالة عدم وجود هيمنة فهذا يدعى (Ambidextrie)، وهو يدل على مستوى جيد من المهارة في استعمال اليدين، حيث يمر النمو من عدم التمايز بجانبي الجسم إلى تنظيم جسمي أكثر فعالية، فيتم الإحساس بالجسم وكذا استخدامه بشكل أفضل.

هي مجمل السيرورات التي يتوقف عليها توجيه وتنظيم مدى الاستعمال، سواء كانت هذه السيرورات ذات أصل داخلي أو خارجي. وهي أيضا مجمل العناصر التي تتدخل في الجانبية خلال النضج أو خلال نمو الطفل، فهي سيرورة طويلة وتطورية التي ستنتهي في حوالي سن 12 والتي ستدمج مفهومين مختلفين: الهيمنة الجانبية والاختيار اليدوي (Florent, 2021, P: 136).

• تطور الجانبية:

○ السيطرة اليدوية:

يخص التفضيل الحركي اليدين فقط. حيث تتطلب الأعمال اليدوية حركات دقيقة تحت فكرة الفعالية. وتعني الجانبية تفوّق عنصر من الجسم على نظيره خلال تصرفات عفوية أو موجهة. فهي مرحلة بينية بين الصورة الجسدية والتنظيم المكاني. يمكننا أن نتكلم عن الجانبية بمعنى الاستعمال التفضيلي لعضو زوجي ومتناظر للعين، اليد، الرجل وأيضا الأذن (Florent, 2021, P: 136).

ترى بعض الدراسات أنه قبل ولادة الطفل أي أثناء وضعيته كجنين تستطيع من خلالها شرح استعداده للجانبية. كما أن الطفل حديث الولادة عندما ينام على ظهره، ويدير

بعفوية رأسه من الجهة المفضلة عنده، هذه الجهة تتناسب مع السيطرة اليدوية التي سوف تكون لديه في المستقبل (هناك علاقة مع هذه الوضعية ومنعكس انقباض الرقبة).

من **(06)** أسابيع إلى **(4)** أشهر نلاحظ وبتكرار قوة ثنائية لتناظر اليدين، هذه الحركة أو الإشارة تحفز التقاء اليدين التي تكون مشتركة مع رقابة العين. في خمسة أو ستة أشهر يظهر تناسق اليد مع العين، ويظهر لدى الطفل دور كل يد وتنمو لديه إمكانية تمرير شيء من يد إلى أخرى.

بين سنة وثمانية أشهر الطفل يصبح قادر على الحصول على شيء مختلف في كل يد بدون أن يترك الشيء الذي حصل عليه أولا من اليد الأخرى. من تسعة إلى اثني عشر شهر يظهر تناسق اليدين.

إن استعمال اليد المسيطرة مرتبط بنوعية النشاط فكلما كان محدد وصعب وجديد تكون اليد المسيطرة هي التي تنجز العمل وتقوم بالدور النشيط والفعال، وكلما كان النشاط مألوف وبسيط تستطيع اليد الغير مسيطرة القيام به، وفي تطور الجانبية اليدوية.

قد نلاحظ فترة من عدم الاستقرار عند الطفل تكون من 2 إلى 3 أو بين 5 و 6 سنوات نظرا لظروف معينة.

- **مراحل بناء الجانبية:**

إن ما يجب أن يتعلمه الطفل ليس أن يقول كلمة يمين أو يسار ولكن هو أن يكتشف أو يتبين أن هناك جانبين أحدهما يسمى باليمين والآخر باليسار وأن ننمي قدرته كإنسان على معرفة الفرق بينهما والكيفية الصحيحة لإستعمال كل منهما.

ويتكون مفهوم الجانبية عند الطفل ببطء شديد وله أهمية خاصة لأنه ضروري في العديد من حقول الدراسة لا سيما في دراسة الأعداد العشرية وتمييز وضعيات الأعداد وكذلك في مجال القراءة من حيث الاتجاه وإدراك وضعيات الحروف ويمر هذا المفهوم عند الطفل بأربعة مراحل:

المرحلة الأولى: في حدود السن الثالثة إلى الرابعة يعرف الطفل (يمين يسار).

المرحلة الثانية: في حدود السن الثامنة يعرف الطفل (يمين يسار) بالنسبة إليه.

المرحلة الثالثة: في حدود السن الحادية عشر يصبح الطفل قادر على تحديد جانب الشيء (يمينه – يساره)

المرحلة الرابعة: في حدود السن الثانية عشر يفهم الطفل بوضوح وبصفة نهائية العلاقات التي تربط الأشياء ببعضها مهما كانت أوضاعها (فكرة نسبية اليمين واليسار).

إن القدرة على استعمال الجانب الأيسر أو الأيمن للجسم يلعب دور هام في توجيه تصور الجسم، فاستعمال اليمين أو اليسار تجهيز وراثي من جهة و من جهة أخرى فهو تفوق مكاني مكتسب و تشمل هذه القدرة على استعمال الجانب الأيمن أو الأيسر للجسم، تفوق في استعمال إحدى اليدين في النشاطات اليومية، هذا التفوق يكون خاص بحركات يقوم بها الطفل بصفة عفوية وهذه الأخيرة تدل على أن التفوق الحركي لجانب من المحور الجسدي حسب النظرية الفيزيولوجية ناتج عن استعمال إحدى نصفي الكرة المخية أكثر من الآخر، وهناك عامل آخر مهم على تأثير الطفل بالنسبة لاستعمال إحدى الجانبين للجسم وهو الدافع الاجتماعي والتدريبي وإنه معرض للتغيير لأسباب مرضية و اجتماعية.

ونظرا لصعوبة إدراك هذا المفهوم يجب على المعلم توضيحها وترسيخها في أذهان التلاميذ باستعمال وضعيات واتجاهات مختلفة وتطبيق أساليب تربوية قائمة على اللعب استغلال دروس التربية الفنية والبدنية، وتنظيم نشاطات في الفضاء الحقيقي قبل الشروع في تنفيذها على الورق (دبراسو فطيمة، 2012، ص 329–330).

- **الاضطرابات الأساسية:**

غالبا ما يرتبط الاعتلال المشترك بفشل الجانبية بدل أن يكون اختيار استعمال متخصص. ويكون الخرق (maladresse) موجودا في هذه الحالة. كما أنه يزيد وجود

استعمال اليد اليمنى واليد اليسرى في أنشطة مختلفة (Ambilatéralité) لدى الأشخاص الذين يعانون من عسر الخط (Dyspraxie) النمائي.

كما تظهر بعض الدراسات وجود ارتباط مع اضطرابات اللّغة، فالأطفال الذين يعانون من عسر اللّغة (Dysphasie) يميلون إلى كونهم أقل جانبية.

توجد فرضيات كثيرة حول اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة (TDA/H)، مع استنتاجات متنوعة تربط ما بين هذا الاضطراب والجانبية.

وبصفة مبعثرة تشير ادبيات العلمية بالنسبة للأعسر (Gaucher) أو الذي لم تتحدد جيدا جانبيته (Mal latéralisé) لهم اعتلال مشترك معتبر في علم النفس المرضي، التخلف العقلي وحتى الإعاقة الحركية الدماغية، الصرع، الحول، اضطرابات النوم، التأتأة، الصداع، أمراض نقص المناعة، الإدمان على الكحول، التدخين.

يجدر الذكر أن ظروف القيام بالأبحاث والتأثيرات البيئية والسياقية لم تسمح بغياب تدخل الذاتية، وعليه لا يمكن اعتبار اضطراب الجانبية كاضطراب في حدّ ذاته (Florent, 2021, P: 136).

- **انتشار الجانبية:**

إن الأشخاص الذين يستعملون اليد اليمنى يفوق عددهم الذين يستعملون اليد اليسرى وعدد اليمينيين يرتفع مع العمر حتى سن 10 سنوات والجانبية تتأكد مع النمو البيولوجي للطفل. وعدد الذكور الذين يستعملون اليد اليسرى يفوق عدد الإناث كما أن نمو الجانبية عندهم أبطئ من الإناث وبالنسبة لانتشار الجانبية اليدوية يكون كالآتي:

- **10%** من الناس يستعملون اليد اليسرى.
- **73%** من الناس يستعملون اليد اليمنى.
- **09 %** لديهم جانبية غير مؤكدة
- **08 %** لديهم جانبية مزدوجة **(ambidextre)**.

10% من الذين يستعملون اليد اليسرى يتوزعون كالتالي:

- **60%** منهم مركز الكلام يكون في الجهة اليسرى من الدماغ بينما تكون اليد المسيطرة متحكم فيها من النصف الأيمن، وبما أن هذا الأخير ينضم مجال الفضاء والتفكير الشامل (Synthétique) هذا ما يمكن أن يفسر سرعة استجابة اليد اليسرى عند هؤلاء الأشخاص تكون أكبر من سرعة استجابة اليد اليمني عند الأشخاص اليمينيين. وهذا ما يعطي الرياضي الأيسر بعض الأفضلية عن الرياضي اليميني.
- **30%** مركز اللغة لديهم في الجهة اليمنى من الدماغ.
- **10 %**مركز التحكم في اللغة عندهم موزع في القسمين من الدماغ.
- **01%** من الذين يستعملون اليد اليمنى مركز اللغة عندهم في الجهة اليمني (دبراسو فطيمة، 2012، ص 328).

المحاضرة السابعة

اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط الحركة

- ✓ تعريف عام.
- ✓ المعطيات الإيبديميولوجية.
- ✓ العوامل المؤهلة.
- ✓ التشخيص.
- ✓ التشخيص وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-5
- ✓ الخصائص المصاحبة للاضطراب.
- ✓ التشخيص التفريقي.
- ✓ تطور الاضطراب.
- ✓ الأساليب النفسية والسلوكية والتدريبية.

✓ تعريف عام:

يظهر عموما الاضطراب المصطلح عليه باضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط في كل المواقف الاجتماعية خاصة منها البيت والمدرسة، غير أن هناك بعض الحالات تتميز بظهور الاضطراب في موقف واحد فقط في البيت، فقط في المدرسة...). ما يميز كذلك هذا الاضطراب هو أنه غالبا ما يلاحظ فيه ارتفاع واشتداد أعراض هذا الاضطراب في المواقف التي تستدعي الانتباه (مثل الاستماع للأستاذ القيام بالفروض المنزلية الأشغال المنزلية...)، إذ أن الفرد لا يتمكن من إنهاء عمله كما أنه يجد صعوبات كبيرة في تنظيم أشغاله. لا يستطيع الطفل المصاب بهذا الاضطراب أن ينتظر دوره في حالة نشاط جماعي ويشرع في الإجابة قبل نهاية طرح السؤال عليه لا ينتبه لكل التعليمات قبل الشروع في العمل المطلوب، ويقطع كلام الأستاذ خلال الدرس، ويتكلم مع زملائه خلال حصص عمل يشترط فيها السكوت ولا يتمكن من المكوث جالسا في مكانه بهدوء بل يتحرك كثيرا ويلعب بالأشياء الموجودة أمامه...

ولو أن الاضطراب لا يشخص مبكرا، إنما هناك أعراض تظهر قبل السنة السابعة من العمر، حيث يلاحظ نشاط حركي مفرط عند الطفل كالجري دون انقطاع والتغيير المستمر للنشاطات حيث يمر من نشاط إلى آخر دون إنهاء أي نشاط و في السن الدراسي يلاحظ عند الأطفال والمراهقين العجز على المكوث بهدوء في مكان، كما يواجهون صعوبات كبيرة في إتمام عملهم حيث ينقطعون عن العمل قبل النهاية للخروج أو اللعب أو مشاهدة التلفزيون أو غيرها من النشاطات...

✓ المعطيات الابيديميولوجية:

- **من ظهور الاضطراب:** إن الاضطراب يظهر قبل السنة الرابعة من العمر في **50%** من الحالات، لكنه في أغلب الحالات لا يشخص إلا بعد الدخول للمدرسة.

- **الانتشار:** إن هذا الاضطراب منتشر حيث يعتبر أنه يمس حوالي **03%** من الأطفال.

- **التوزيع حسب الجنس:** في المجموعات العيادية يلاحظ أن الاضطراب يظهر عند الذكور بضعف 6 إلى 9 مرات من عند الإناث، أما في المجتمع العام فإن الاضطراب يمس الذكور ثلاث مرات أكثر من الإناث.

✓ العوامل المؤهلة:

تجهل أسباب الإصابة باضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط، لكن هناك عوامل تؤهل للإصابة، منها الوراثية والتطورية والعصبية الكميائية والعصبية الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية. تذكر العوامل الوراثية بعد الكشف على الإنسجام الأكبر للاضطراب عند التوائم الحقيقيين من عند التوائم الآخرين، كما أن خطر الإصابة بالاضطراب عند إخوة مضطرب هو ضعف الخطر في المجتمع العام، حيث يمكن أن يعاني أحد الأطفال من أعراض النشاط المفرط بينما يعاني باقي الإخوة من أعراض النقص في الانتباه.

ينتشر اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط عند الأولياء البيولوجيين للأطفال المصابين أكثر من عند الأولياء المتكفلين بهم، كما أن اشتراك اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط مع اضطراب التصرف عند الطفل منتشر أكثر في الأسر التي يعانون فيها الأولياء من اضطرابات المرتبطة بتعاطي المشروبات الكحولية ومن اضطرابات الشخصية ضد الاجتماعية مقارنة بالمجتمع العام. أما بالنسبة للعوامل التطورية، تمت ملاحظة قمة الإصابة باضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط عند الأطفال المولودين في شهر سبتمبر، و ربما يرجع هذا إلى الإصابة بالأمراض الشتوية خلال الثلاثي الأول من الحياة، كما يبدو أن الأطفال المصابون باضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط تعرضوا لأضرار مخية خفيفة خلال المرحلة الجنينية أو خلال الولادة، حيث الأضرار المخية هذه

يكون سببها دوري (دموي) أو تسممي، أو أيضي (ميتابولي)، أو ميكانيكي، أو ناتج عن ضغط و اعتداء فيزيائي على المخ خلال الطفولة الأولى، خاصة منها ذات الأصل التعفني أو الالتهابي أو الصدمي والتشوهات العصبية الخفيفة (لا تتسم بالتمركز) منتشرة.

بخصوص العوامل العصبية الكميائية، يبدو أن عدة وسائط عصبية ترتبط بأعراض اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط، حيث النظام النورادرينرجي (noradrénergique) المحيطي يلعب دورا مهما في هذا الاضطراب، وكذلك النظام الدبمينرجي (dopaminergique) مما يشرح فعالية المنشطات النفسية في العلاج. أما العوامل العصبية الفيزيولوجية، فهي متصلة بنشاط المخ الذي يخضع بصفة عادية إلى عدة مراحل مهمة في نموه بين 3 و 10 أشهر بين 2 و 4 سنوات، بين 6 و 8 سنوات بين 10 و 12 سنة و بين 14 و 16 سنة، حيث من بين هذه المراحل نجد ما يسمى بالفترات الحرجة (périodes critiques).

يبدو أن بعض الأطفال يعانون من تأخر في نضج المخ خلال مرحلة مما يؤدي إلى ظهور أعراض النقص في الانتباه/النشاط المفرط، كما يبدو كذلك أن النص الجبهي لا يتحكم جيدا في آلية الكف التي يمارسها على الأنظمة السفلى (منها الأنظمة الانفعالية) عند الأطفال المصابين بالنقص في الانتباه/النشاط المفرط... كما تبين بالنسبة للعوامل النفسية الاجتماعية أن الأطفال الذين يعيشون في المؤسسات التربوية كثيرا ما يتصفون بالحركة المفرطة وقصر مدة الانتباه، حيث ترتبط هذه السمات بالحرمان العاطفي وتزول عند زوال الحرمان. إن الحوادث النفسية الضاغطة، وفقدان التوازن الأسري وعوامل منتجة للقلق، تلعب هي كذلك دور في التأهيل للإصابة بالاضطراب أو في استمراره عند وجوده.

كما أن طبع أو مزاج الطفل، والعوامل الوراثية التي تميز الأسرة والمتطلبات الاجتماعية خاصة منها التي تستدعي الالتزام بالمعايير المفروضة، تعتبر كلها عوامل مؤهلة

للإصابة بالاضطراب أو لاستمراره عند وجوده، بينما لا يعتبر المستوى الاقتصادي الاجتماعي من العوامل المتدخلة في التأهيل للمرض.

✓ التشخيص:

يجب على العيادي أن ينتبه لكل استشارة يظهر فيها النشاط المفرط عند الطفل، حيث يجب عليه الاهتمام بتاريخ نمو الطفل، ويتم التشخيص الإيجابي للاضطراب حسب المعايير التشخيصية، حيث بعد التفكير في فرضيات تشخيصية مختلفة، يقوم الإكلينيكي بتفضيل واحدة حيث تتوفر فيها كل المعايير المشروطة.

كما يتبين في التعريف الإجرائي وعادة يحتوي الفحص الذي يتم التشخيص من خلاله على عدة تقييمات متمثلة في:

⇦- **تاريخ الحالة Anamnèse:** الملف الطبي، الملف الدراسي أو المدرسي، خصائص الاضطرابات، استفسارات العائلة.

⇦- تقييمات عن طريق الروائز الإسقاطية (CAT, Patte noir ...) والسلالم التقييمية (Child Behavior Checklist)، كما يتم الفحص الطبي من طرف طبيب الأعصاب المختص في طب الأطفال (neuropédiatre) وتشمل فحوصات بيولوجية: EEG بعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص التفريقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه (أحسن جاب الله، 2010).

✓ التشخيص وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-5:

A.نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يظهر ب

(1) و/أو (2):

1.عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية:

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

(a) غالباً ما يخفق في إعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلاً إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

(b) غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).

(c)غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً، حتى عند غياب أي ملهي واضح).

(d) غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة).

(e)غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم العمل، يفتقد لحسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

(f) غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً) كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

(g) غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة).

(h) غالباً ما يسهُل تشتيت انتباهه بمنبّه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة).

(i)كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

2. **فرط الحركة الاندفاعية:** ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية.

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

(a) غالباً ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

(b)غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده. (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).

(c) غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).

(d) غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

(e) غالبا ما يكون متحفزا أو يتصرف كما لو أنه "مدفوع بمحرك" (لا يرتاح للثبات بشيء معيّن لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

(f)غالباً ما يتحدث بإفراط.

(g) غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره عند الحديث).

(h) غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره. (عند الانتظار في الطابور مثلاً).

(i) غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن، بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون).

B. وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنة.

C. وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة

مثلاً والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

D. يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض /أو إنقاصها لجودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E. لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تُفسر بشكلٍ أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية،

الانسمام أو السحب من مادة ما).

حدد فيما إذا كان:

(F90.2) اضطراب عجز الانتباه /فرط الحركة، النمط المشترك: إذا تحقق المعيار A1 (عدم الانتباه)

و(A2 فرط الحركة الاندفاعية(لمدة ستة أشهر مضت).

(F90.0) اضطراب عجز الانتباه /فرط الحركة، سيطرة نمط اللاانتباه: إذا تحقق المعيار (A1عدم الانتباه ولم يتحقق المعيار (A2 فرط الحركة الاندفاعية (في الأشهر الستة الماضية).

(F90.1) اضطراب عجز الانتباه /فرط الحركة، سيطرة نمط فرط الحركة الاندفاعية: إذا تحقق المعيار A2 فرط الحركة الاندفاعية (ولم يتحقق المعيار A1 عدم الانتباه (في الأشهر الستة الماضية) (ترجمة: أنور الحمادي)(APA.2013, p67-68)

✓ الخصائص المصاحبة لاضطراب النقص في الانتباه / النشاط المفرط:

تختلف الخصائص العيادية المصاحبة لاضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط، باختلاف السن كما أشرنا إليه آنفا، يمكن ملاحظة هذا الاضطراب في الطفولة الأولى، حيث نجد عندهم حساسية كبرى للمثيرات فينزعجون من الضوء ومن الضوضاء ومن الحرارة وغيرها من التغيرات في البيئة، هناك بعض الحالات نجد فيها بالعكس أن للطفل هادئ و ضعيف الطاقة فينام أغلب الوقت ويبدو أن نموه بطيء خلال الأشهر الأولى من حياته، إنما ما هو شائع هو أن الرضيع يكون نشط في المهد و ينام قليلا و يبكي كثيرا، كما تبين أن النشاط الحركي عند الأطفال المصابين باضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط لا ينخفض عندما يكون محيطهم مرتب وفق الحدود الاجتماعية مثل ما الأطفال "الأسوياء".

في السن الدراسي يلاحظ أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتمكنون من أداء مختلف التمارين بسرعة معتبرة لكنهم يتوقفون عن الإجابة بعد الأسئلة الأولى، كان

يشعرون بسرعة بالملل. كما أن انتظار دورهم للإجابة يبدو فوق طاقتهم، أما في البيت فإنه من الصعب الحصول على الهدوء من طرف هذه الأطفال ولو لفترة قصيرة جدا عموما تلاحظ سرعة الغضب وإثارة مفرطة تصل إلى مستوى الانفجار عند الأطفال المضطربين بعد تعرضهم إلى مثيرات خفيفة، كما يتصفون بمرونة وبتقلب المزاج حيث يمرون من البكاء إلى الضحك بسهولة كبيرة، كذلك يلاحظ أن إنجازاتهم وأدائهم متغايرين جدا حيث تارة تكون نتائجهم جيدة وتارة أخرى تكون نتائجهم ضعيفة.

تلاحظ كذلك عندهم عدم القدرة على تقبل الإحباط وعدم القدرة على الصبر وعلى انتظار الإشباع، حيث يواجهون صعوبات انفعالية غير مناسبة لسنهم ولا لمستوى نموهم كما هو الحال عند أقرانهم، مما يجعل الأولياء والأساتذة يضغطون عليهم نتيجة عدم الترضية بسلوكهم. كما تبين أن 75% منهم يستعملون السلوك العدواني والتحريضي في تعاملهم الآخرين، بالخصوص عندما تكون العلاقات ضمن الأسرة مطبوعة مع بالرفض والعداوة، بينما نجد أن النشاط المفرط يرتبط بأداء معرفي مشوه في الأسئلة التي تتطلب التركيز كثيرا ما تلاحظ مشاكل مدرسية، تخص السلوك والتعلم، يبدو أنها تتزامن مع صعوبات في الاتصال وفي التعلم.

كما يسجل أن الشرود والانصراف والذهول والانتباه المتغاير يعرقلون عملية الاكتساب وتسجيلها في الذاكرة واسترجاعها عند الطلب، خاصة في المواقف الجماعية. عندما الطفل بمشاكله فهذا يعي ينطبع على صورته الذاتية مما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات عنده وإلى الاستجابة العدوانية، كما أن الاستجابة بالرفض لسلوكه من طرف المعلمين والإدارة المدرسية إضافة إلى سخرية الأقران تجعله يدرك المدرسة كمكان للفشل وللانزعاج وللتعس مما يؤديه إلى تصرف الفشل وتأنيب الذات بل سلوك ضد اجتماعي.

خلاصة يمكن ذكر الخصائص المصاحبة بترتيبها حسب انتشارها النشاط المفرط، اضطراب الإدراك الحركي التقلب الانفعالي، النقص في التنسيق العام، اضطرابات الانتباه

(قصر مدة الانتباه الشرود التكرار الآلي العجز على إنهاء العمل، ضعف التركيز) الإثارة (التصرف قبل التفكير، التغيير المفاجئ للنشاط النقص في التنظيم، القيام فجأة في القسم)،

اضطرابات الذاكرة والتفكير الاضطرابات الخاصة بالمكتسبات، اضطرابات اللغة والسمع وأخيرا سمات اختلال عصبي بسيط مبهم وشذوذ في التسجيل الكهربائي للمخ. وتجدر الإشارة إلى أن مرض " Gilles de la Tourette " نادر عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط، لكن اضطراب النقص في الانتباه/ النشاط المفرط شائع عند مرضى Gilles de la Tourette "(أحسن جاب الله، 2010).

✓ التشخيص التفريقي:

يجب على العيادي أن يتحقق من أن الطفل يعاني من النقص في الانتباه النشاط المفرط بعد إلغاء كل الفرضيات الأخرى الخاصة بالاضطرابات الآتية:

1)- النشاط الكبير المناسب لسن الطفل الذي نجده عند بعض الأطفال الذين يتميزون بطاقة كبيرة ونشاط معتبر لا يتميز بسمات عدم الاهتمام والنقص في التنظيم التي نلاحظها في اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط.

2)- يجب الحذر مع الأطفال الذين يعيشون في محيط غير مناسب محيط غير منظم، محيط همجي، لأنه من الصعب التمييز بين السلوك الناتج عن المحيط والسلوك النفسي المرضي.

3)- في حالة التأخر العقلي يجب اعتبار السن العقلي للطفل وليس السن الحقيقي، في عملية تشخيص اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط.

4)- لا يجب إضافة تشخيص النقص في الانتباه النشاط المفرط عند الطفل الذي تم عنده تشخيص اضطراب مجتاح للنمو.

5)- في الاضطرابات المزاجية يلاحظ تهيج نفسي عصبي (agitation psychomotrice) وصعوبة تركيز، كما أن العديد من الأطفال المصابون بالنقص في الانتباه/ النشاط المفرط يمكنهم المعاناة من اكتئاب ثانوي استجابة للإحباط المرتبط بالفشل أو بالتقدير السلبي للذات فلا يجب الخلط بينهما، ومن الأساسي أن نهتم بتشخيص اضطراب المزاج قبل التفكير في تشخيص اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط.

6)- يجب الاهتمام بتشخيص القلق الذي يمكنه أن يكون عرضا في اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط كما يمكنه أن يكون اضطراب قائم بحد ذاته ومصحوب بنشاط مفرط وسهولة الانصراف لذلك الاهتمام بتشخيص للقلق يسبق التفكير في تشخيص اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط (أحسن جاب الله، 2010).

✓ تطور الاضطراب:

إن تطور الاضطراب متغاير جدا، حيث الأعراض تستمر في المراهقة بل في سن الرشد عند العديد من الحالات، كما أنها تزول في سن البلوغ عند حالات أخرى، كذلك هناك حالات يزول عندها النشاط المفرط بينما تستمر مشكلة قصر مدة الانتباه وصعوبات التحكم في الاندفاعات، عادة يكون النشاط المفرط هو أول عرض يزول بينما الشرود هو آخر عرض يزول. إن خمود اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط نادر جدا قبل 12 سنة من العمر، حيث عندما يحصل فإنه يكون بين 12 و20 سنة من العمر، كما يمكن ملاحظة أن بعض الحالات الخامدة تتميز بمراهقة ومن رشد معتدلين ومنتجين تكون فيهم العلاقات البينشخصية مطبوعة بالترضية ولا تحتوي على بقايا الاضطراب معتبرة،

غير أن أغلبية الحالات تتوصل فقط إلى خمود جزئي وتبقى معرضة لاضطرابات الشخصية (خاصة اضطراب الشخصية ضد اجتماعية) وللاضطرابات المزاجية، حيث حوالي 3/1 الحالات تبقى تعاني من أعراض الاضطراب خلال سن الرشد، كما ينخفض

النشاط المفرط لكن تبقى الاندفاعية وكذلك " التأهيل " للحوادث نتيجة اضطرابات الإدراك الحركي والتنسيق العام، أما بخصوص المآل المهني نجد أن رغم نقائص المكتسبات المدرسية فسيرتهم المهنية مماثلة لسيرة أقرانهم الذين تلقوا نفس التربية. عندما تستمر الأعراض في المراهقة يمكن أن يتطور اضطراب النقص في الانتباه/النشاط المفرط إلى اضطراب التصرف، علما أن 50% من حالات اضطراب التصرف تتطور إلى اضطراب الشخصية ضد اجتماعية في سن الرشد،

كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط واضطراب التصرف معرضون إلى تطور اضطراب مرتبط بتعاطي مادة مخدرة، ولا ننسى أن ضعف مستوى الذكاء يعتبر من المؤشرات السيئة بالنسبة لمآل الاضطراب وهو كذلك الحال بالنسبة لإصابة الأولياء باضطراب عقلي خطير أو اضطراب الشخصية ضد الاجتماعية.

خلاصة يكون مآل اضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط خلال الطفولة مرتبط بشدة اضطراب السلوك المستمر وبعوامل الفوضى الأسرية حيث يمكن الدفع إلى التطورات الإيجابية بتحسين التحكم في العدوانية عند الطفل وتعديل النظام الأسري.

- **الإعاقة:**

غالبا ما يعاني الأفراد المصابون باضطراب النقص في الانتباه النشاط المفرط من مستوى ملحوظ من الإعاقة في النشاط الاجتماعي والمدرسي.

- **المضاعفات:**

من المضاعفات الأساسية يمكن ذكر الرسوب المدرسي نظرا لإدراك المدرسة كمكان فشل وتعس (أحسن جاب الله، 2010).

✓ **الأساليب النفسية والسلوكية والتدريبية:**

يعتبر العلاج الدوائي لحالات فرط الحركة علاجا مساعدا وغير كاف وحده في عملية العلاج، ولابد من توفر أساليب العلاج الأخرى وتضافر كافةً الاتجاهات العلاجية لتحقيق الفائدة المرجوة من عملية العلاج، إذ لابد (في عملية علاج فرط الحركة أو غير ذلك من اضطرابات السلوك لدى الأطفال) من الأخذ بعين الاعتبار الجانب السلوكي والجانب الاجتماعي والعقلي والانفعالي لدى الطفل مع التأكيد على النواحي العملية.

إن معظم مشاكل الأطفال هي نتيجة لعدم تحقيق تكيف ملائم أو مناسب مع البيئة، ولعدم اكتسابهم الخبرة اللازمة حتى يتمكنوا من التغلب على مشكلاتهم، لذلك لابد من أساليب علاجية أخرى إلى جانب العلاج الدوائي مثل الأساليب السلوكية في تعديل سلوك الطفل، والإرشاد الوالدي (Parental Counselling)، والعلاج البيئي لبيئة الطفل وخاصة بيئة المدرسة للحد من المشكلات وتقليلها، وكذلك العلاج الاجتماعي للتخفيف من المشكلات ضد اجتماعية (Antisocial) وغير ذلك من أساليب علاجية سلوكية وتدريبية تفيد في علاج حالات فرط الحركة.

- **الإرشاد الأسري:**

تعتبر الأسرة من العوامل الهامة في نجاح العلاج أو فشله، وقد ثبت أن العديد من المرضى الأطفال يتحسنون ليس بسبب العلاج وإنما بسبب تغير الأسرة. إن الأسرة تعمل كنظام واحد، والهدف من الإرشاد الأسري تنظيم أدوار الأسرة فيما يتعلق بحالة المريض، وتقوية النسق الأسري في ضوء هذه الحالة، وتدعيم الدور الفردي لكل فرد داخل الأسرة، وتقوية العلاقات الأسرية مما قد يؤثر ايجاباً على حالة الطفل داخل الأسرة.

والإرشاد الأسري مفيد في حالة وجود مشكلات انفصال أو تفكك أسري، أو وجود بناء معرفي مشوش، أو علاقات غير متسقة، فالاختصاصي يلاحظ الأنماط السلوكية الخطأ الموجهة ضد الطفل صاحب المشكلة، وهو قلما يهتم بالنواحي الفردية بل يتعامل مع أفراد الأسرة ككل وذلك لإحداث التغيير المطلوب في الاتجاه الفكري لأفراد الأسرة نحو مشكلة

طفلهم، وإعادة التوازن الأسري، وتصحيح الأخطاء الموجودة، ووقاية الطفل من الوقوع في مشاكل لاحقة، ومن أجل زيادة فهم الآباء لأطفالهم، وكذلك الأخوة والأخوات، فأعضاء أسرة الطفل المريض قادرون بالفعل على مساعدته في جهوده من أجل التغيير (كما أنهم قادرون على عرقلة هذه الجهود).

- **الإرشاد المدرسي:**

تعتبر المدرسة بنظمها وبيئتها، والمعلم المعد إعداداً تربوياً ونفسياً جيداً من العوامل الهامة في عملية علاج حالات فرط الحركة ونقص الانتباه، فالمعلم الجيد لم تعد مهمته تلقين المعلومات للطفل، وإنما معرفة قدراته العقلية وأوضاعه النفسية والأسرية والصحية، وكذلك العمل على إرشاد وتوجيه التلاميذ وإدراك الفروق الفردية بينهم وتأمين التواصل مع الأسرة بمساعدة الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي في المدرسة، أو الإداريين في المدرسة مما يساعد على إيجاد أفضل تعاون مدرسي أسري، و أفضل بيئة تعليمية للطفل، مع ملاحظة الطفل، ورصد سلوكياته واختيار المعززات المناسبة له وتعديل سلوكه...مما يزيد من ثقة الطفل بنفسه، ويشعره بالأمن والطمأنينة والتقبل، دون خوف أو ضرب أو تهديد أو انفعالات... بالإضافة إلى ضرورة أن يعي المعلم حالة الطفل الصحية، والآثار الجانبية للأدوية التي يتناولها الطفل، والعلاجات التي تقدم للطفل، مما قد يؤثر على استجابة الطفل لعملية التعلم

- **تعديل سلوك الطفل:**

تستخدم طريقة تعديل السلوك بالنسبة للحالات الخفيفة وليست الحادة، كما أشرنا في السابق، وفي عملية تعديل سلوك طفل فرط الحركة ونقص الانتباه، من المفضل على الاختصاصي النفسي السريري عدم وصف مشكلة الطفل أو سلوكياته بشكل عام، فإذا تبين من التشخيص أن الطفل يعاني مثلاً من تخلف دراسي أو من صعوبات في مجال التعلم وجب علينا معرفة نوع هذا التخلف، أو نوع هذه الصعوبات وفي أية مادة دراسية، وما هو سبب ذلك... وكذلك الحال عند وصف الطفل بأنه يعاني من اضطراب فرط الحركة، هذا

أيضاً كلام عام، فطفل فرط الحركة ونقص الانتباه يتصف بالاندفاع بالسلوك، ونقص الانتباه والشرود والعدوان أحياناً... ولكن هذه الصفات أيضاً غير محددة من خلال الواقع الموضوعي الذي يعيشه الطفل، ومن المفضل للاختصاصي النفسي، معرفة أن هذا الطفل الذي يعاني من فرط الحركة. (محمد فيصل خير الزراد، 2001، ص 157-163)

المحاضرة الثامنة

اضطراب طيف التوحد

- ✓ **تعريف عام.**
- ✓ **العوامل المؤهلة.**
- ✓ **التشخيص وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-5.**
- ✓ **الخصائص المصاحبة للاضطراب.**
- ✓ **تطور الاضطراب وسبل العلاج.**
- ✓ **متلازمة أسبيرغر.**

✓ تعريف عام:

بعدما تمسكت أغلب المدراس الفرنسية بالتوحّد لـ: كانار كذهان. أغلب المدارس الأنجلوسكسونية صنفته في اضطراب النمو أي كنوع من الإعاقة الأولية الفطرية تمس الجوانب العلائقية والمعرفية وتكوين الهوية.

رغم أن التوحد المبكر يشبه في أعراضه الذهان أنهم لا يعتبرونه ذهان ويقولوان مع أنه لا يستجيب للعلاجيات النفسية والتحليلية. يجب أن تخصص له إعادة تربية وتربية متخصصة تمنع التدهور الكلي للامكانيات وتخفف من الانطواء. " الطفل يولد **autiste**" ولا يكتسبه. وهذا يجعل الميل من حيث السببية الى العوامل الجينية ". مما يتطلب تشخيصاً مبكراً لتفادي تعدد الإعاقة (في كل المجالات) ولتوقيف مدرج الانطواء والانغلاق يجب اعتباره كإعاقة لفتح الحق إلى التربية الخاصة.

عزل " كانار " (Kanner) الذهان البكر (autisme) عند الطفل في 1943، وصنّفه تحت الذهانات، هذا سمح لعزله من التخلف العقلي وعن الاضطرابات الدماغية البكرة. هذا التصنيف أدى الى بروز آمال كبيرة في شفائه عند أولياء الأطفال المصابين وعند المعالجين لكن بعد عشريات من العلاج النفسي بدون نتائج دالة أدى هذا التصنيف الى العقم النظري والتطبيقي (علاجي) وساهم في اعتباره كاضطراب ذا منشأ محض من جهة وأدى بالبحوث إلى البحث عن السببية في علاقة الأم مع طفلها (انهيار الأم، اضطراب العلاقة الأولية، الأم مضطربة عندها رغبة موت، نبذ الطفل من عائلته...) مما حول كل التهم للأم والآب. من جهة أخرى هذا التصنيف ساهم في تجاهل الاضطرابات العضوية، الدماغية ببولوجية – بيوكيماوية وتفادي الفحص العضوي اعتقادا أنه سيساهم في صدمة الطفل وأوليائه وتعذيبهم.

ظهرت خاصة منذ السبعينات دراسات تناقض هذا التصنيف وتطلب إطارًا مرضياً جديداً وهو إدخال التوحد المبكر في " **إضطرابات النمو**"، بعدما تمسكت المدارس الفرنسية

بالتوحد كذهان، المدارس الأنجلوساكسونية أدخلته في اضطرابات النمو أي أصبح يعامل كنوع من الإعاقة الأولية الفطرية تمس الجوانب العلائقية والمعرفية وتكوين الهوية الذاتية. وهذا كان تحت تأثير النظريات التكوينية والمعرفية (cognitivistes).

1/ ولوحظ أن الأطفال المشخصين بالتوحد وذهان الطفولة مصابين باضطرابات متنوعة (التهابات، صدمات، تدهور عصبي قبل أو بعد الولادة) هذه الاصابات المتنوعة تمنع عزل ما سميت بالذهانات عن أنواع التخلف العقلي (Oligophrène أو ضعاف العقول) خاصة وأن عدداً كبيراً من الذهانيين يعانون تخلفاً عقلياً.

2/ زيادة على هذا ضغط عائلات المصابين وجمعياتهم مع رفضهم لاتهامهم بأنهم هم السبب في ذهان طفلهم.

3/ اثبات نجاح برامج التربية المختصة ذات اتجاه سلوكي.

4/ فشل العلاجية النفسية ومتطلبات تقييمية (أخلاقية. اقتصادية. سياسية...) لمصالح التكفل بالذهانيين ومردودية هذه المصالح كل هذا أدى إلى مراجعة المواقف النظرية والعملية في النظرة العلمية والتكفل بالذهانيين المبكرين.

لذا يجب تشخيص دقيق لإحصاء كل الاضطرابات وأنواعها لتكييف نوع التربية. كل الاطفال الذهانيين لا يتشابهون لا في السببية المؤثرة ولا في نوع الاضطرابات حتى إن جمعتهم أعراضا (ذات شكل) ذهاني متشابهة. الذهانات ليست نوعاً واحداً بل أنواع. و يركز (J.Moura-Serra) على القيام:

1/ بحوصلة (فحص) دقيقة ومتنوعة التخصصات (bilan pluridisciplinaire) لتعريف أحسن لبروفيل لكل أنواع المشاكل الخاصة بطفل ما:

- معرفة تاريخ الحالة من جوانبها الطبية والنفسية.
- الاعاقات على مستويات حركية، حسية، معرفية.
- المحيط الاجتماعي العائلي والتربوي (في البيت والمدرسة...).

2/ أهمية مشاركة أولياء الأطفال في العلاج والتربية والتكفل.

3/- معرفة دقيقة لإعاقة الطفل وأنواعها وأسبابها تسمح لتكوين برنامج تربوي خاص بكل طفل، يجب تربية وإعادة تربية متخصصة واحترام حقوق الأطفال: احترامهم واحترام حقهم في التربية و العلاج (معتصم ميموني، 2005، ص69-72).

✓ العوامل المؤهلة:

قد تظهر أعراض التوحد عند الطفل منذ الولادة ولكن عادة ما تتضح بوادره في الأشهر الثلاثين الأولى من العمر (سنتين ونصف). فقد يتمتع الطفل بنمو حسي وعاطفي ضمن الحدود المألوفة في تلك الفترة المبكرة من العمر، ثم يتغير وضع الطفل بشكل تدريجي فيظهر عليه ما يشير إلى أنه ضعيف الاستجابة للمؤثرات الخارجية، فهو لا يتفاعل معها، ويهملها وكأنها غير موجودة، فلا يستجيب للمحفزات الصوتية وكأنه لا يسمعها ولا يتأثر بالمحفزات الضوئية والمرئية وكأنها غير مؤثرة فيعطي الطفل لمن يراقبه انطباعا بأن الطفل يعيش في عالم خاص به ولا يتفاعل أو يتأثر أو يستجيب لجميع المؤثرات كالصوت والضوء والناس حوله، وهو يتعامل مع من حوله من الأفراد وكأنهم قطع أثاث، يضطر إلى دفعهم عن طريقه أحياناً ولا يقيم أية علاقة متبادلة أو مفعمة بالعواطف مع أي شخص بما في ذلك الوالدين، فإذا استجاب لمن حوله، فبشكل غير طبيعي وغير مألوف (الشيخلي خالد خليل، 2009، ص331).

✓ التشخيص وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-5:

A.عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة:)

1.عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2.العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3.العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة (انظر للقائمة الثانية).

B.أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة).

1.نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

2.الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3.اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).

4.فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة (انظر للقائمة الثانية).

C.تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل-

الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المُتعلمة لاحقاً في الحياة).

D.تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من النواحي المهمة.

E.لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكلٍ أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، اضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي). (ترجمة: أنور الحمادي)(APA.2013, p55-57)

✓ الخصائص المصاحبة للاضطراب:

إن الطفل المصاب بداء التوحد، عادة ما يعاني من صعوبة بالغة في الكلام، فهو لا يفهم ما يقال له أو يراد منه، ولا هو قادر على التعبير السليم، وقد يصل به الأمر إلى عدم إدراكه أو استجابته للمناغاة والمداعبات التي توجهها الأم له، وقد يكون الطفل في السنتين الأوليين رصيداً مناسبًاً من الكلمات والمفردات، ولكن قدرته التعبيرية تظل ضعيفة وربما معدومة، أو الميل نحو تكرار وإعادة الكلمات والضمائر والجمل بشكل رتيب (Stereotype) أو استخدام الجمل اللفظية والضمائر بشكل معكوس، إضافة إلى ضعف في التعابير البسيطة واستخدام الطفل أنصاف الكلمات والحروف المبعثرة والحركات والأصوات غير المفهومة والانفعالات العاطفية للتعبير عما يريد قوله أو فعله.

إن سلوك وتصرفات الطفل المصاب بداء التوحد تتميز بكثرة التكرار وإتباع نمط معاد من السلوك، وعدم الرغبة في تغير الأسلوب وطريقة الأداء وكأن التكرار والإعادة تورث الطفل متعة خاصة وأثارة غريبة، بدلا من الملل والكلل، وقد تكون علاقة الطفل بالأشياء شاذة وغير مألوفة، فغالباً ما يلتصق الطفل بأشياء حاجيات خاصة قد تكون مألوفة كدمية أو لعبة محببة لنفسة، أو غير مألوفة أو مفيدة كقطعة من حزام جلدي أو منشفة او قطعة من قماش أو حلقة معدنية، وفي كلتا الحالتين يظل الطفل ممسكا بهذا الشيء لا يتركه ولا يطيق له فراقا، وكان هذا الشيء الأثير يعني للطفل حاجة نفسية معينة ويهبه إحساساً وشعوراً غامضاً بالطمأنينة والراحة، إن هذه الحالة قد تحدث لأطفال غير مصابين بهذا الداء، ويدعى هذا الشيء الأثير (Transional) ورغم ما قد يقوم به الطفل المتوحد من نشاط وحركة وفعاليات في لعبة لوحده، فهو غير قادر على استخدام الرمز والخيال والتصور أثناء اللعب كالأطفال الأسوياء، فهو يتعامل مع موجودات المحيط من الأشياء والناس بشكل مجرد جامد.

إن مستوى ذكاء الأطفال المصابين بهذا المرض يتراوح بين الطبيعي أو المعدل العام (Average) وبين التخلف العقلي الشديد، الا إن مرض التوحد الطفولي لا يمكن اعتباره حالة من التخلف العقلي فحسب، إذ أن الطفل يعاني من خلل واعتلال في النمو الحسي والنفسي والعاطفي يختلف في طبيعته عما عداه من الأمراض والحالات (الشيخلي خالد خليل، 2009، ص332).

✓ تطور الاضطراب وسبل العلاج:

يحدث هذا الاضطراب بنسبة 4-5 أطفال في كل 1000 ولادة، ولا يعرف له سبب واضح أو علاج شاف وغالبا ما ينتهي الأمر بالطفل إلى حالة من التدهور في القدرات العقلية والنضج العاطفي وتؤثر سلبيا على نمو شخصيته وعواطفه وذكائه. ان ما يتوفر من أساليب علاجية لهذا المرض ذات فائدة محدودة وكل ما يمكن عمله للطفل المريض بالتوحد، التدريب المتواصل وصقل الحواس والتأهيل وتدريب النطق وغيرها من الأساليب العلاجية التدعيمية إضافة إلى معالجة ما قد ينتاب الطفل من أعراض واضطرابات نفسية وسلوكية أخرى (الشيخلي خالد خليل، 2005، ص333).

✓ متلازمة أسبيرغر Asperger Syndrome:

اضطراب ذو منشأ مرضي غير واضح يتصف بالشكل نفسه للتضررات النوعيّة للتفاعلات الاجتماعية المتبادلة المميزة للانغلاق (الأوتزمية)، إلا أنه يضاف إلى ذلك هنا ذخيرة من الاهتمامات والنشاطات المقيدة النمطية والمتكررة.

وتختلف هذه المُتَلازِمة عن الانغلاق (الأوتزم) بالدرجة الأولى بغياب تباطؤ عام في النمو أو التخلف فيه للغة أو النمو المعرفي. وتمتلك غالبية المرضى ذكاء عاماً عادياً، وتبلغ النسبة بين الصبيان والبنات ثمانية إلى واحد. ويحتمل جداً أن تكون بعض الحالات

على المتغيرات خفيفة للانغلاقية (الأوتزمية)، إلا أنه من غير المؤكد فيها إذا كان ينطبق ذلك على كل الحالات. ويملك الشذوذ ميلاً شديداً إلى الاستمرار حتى المراهقة وسن الرشد، ويبدو أنها تشكل خصائص فردية لا تتأثر بتأثيرات المحيط كثيراً. وفي سن المرشد تظهر لدى المرضى أطوار ذهانية في بعض الأحيان (سامر جميل رضوان، 2014، ص 511).

المحاضرة التاسعة

3-اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة

- ✓ تعريف اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة.
- ✓ اضطراب التعلم النوعي.
- ✓ معايير تشخيص اضطراب التعلم النوعي.
- ✓ خطوات تشخيص الأعراض الأساسية لاضطرابات التعلّم النوعية.
- ✓ أنواع صعوبات التعلم النوعية.
- ✓ علاج إعاقات التعلّم النوعية.

✓ تعريف اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة:

اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة، تنتمي إلى اضطرابات النمو العصبي، وهي عبارة عن تصنيف من الاضطرابات تبدأ في التعبير عن نفسها من مراحل النمو المبكرة ويمكن أن تؤثر في النمو الاجتماعي والحركي، وكنتيجة لذلك يكون لها تأثير على التحصيل أو الإنجاز الأكاديمي، ونمو وتطور السلوك الاجتماعي وما يتبع ذلك من الوظائف المهنية. نذكر من بين هذه الاضطرابات التصنيفات الخاصة باضطرابات التعلم النوعية او المحددة (Specific Learning Disorder)، والاعاقات الفكرية، واضطراب طيف التوحد. حيث يتصف كل تصنيف منها اضطراب نوعي في التعلم أو الضبط والتحكمي. ومعظم اضطرابات النموّ العصبي حالات دائمة، ولكن مع الدعم المناسب والتشجيع، فإن كثيرا من الناس من أصحاب هذه الظروف يمكن أن يكتسبوا مهارات عملية واجتماعية حتى ولو استهلك هذا وقتا أطول من الطبيعي. (جراهام دافي، 2016، ص 1061)

✓ اضطراب التعلم النوعي (Specific Learning Disorder):

يشير "اضطراب التعلّم النوعي" إلى عدد من الإعاقات أو أنواع العجز والتي يؤثر كلّ فيها في أداء الفرد على الاختبارات المقننة للقدرات الأكاديمية مثل اختبارات القراءة والحساب أو الرياضيات أو التعبير الكتابي. والأفراد من ذوي الإعاقات لديهم مستويات من الإنجاز منخفضة كثيرًا عن المتوقع بالنسبة لأعمارهم. سواء من الناحية الدراسية أو مستوى الذكاء. كما أن الأفراد من ذوي اضطرابات التعلم النوعية يمكن أن تظهر لديهم العيوب في التنظيم الإدراكي (تنظيم المعلومات)، والإدراك السمعي والبصري، والذاكرة، والانتباه. ودون التدعيم العلاجي الخاص، فإن الأفراد من ذوي هذه الإعاقات سيكون أداؤهم أسوأ في المدرسة، وينظر إليهم على أنهم مخفقون سواء من طرف الزملاء أو الأسرة. وكنتيجة لذلك ينخفض

لديهم مستوى تقدير الذات والدافعية "بجوركلاند وجرين" (1992). وبالمثل فإن معدلات التسرّب من المدارس بالنسبة للأطفال من ذوي إعاقات التعلم مرتفعة، كما يشعرون بالصعوبات في الوظائف المهنية والاجتماعية، و"اضطراب التعلّم النوعي" يتم تشخيصه عندما يكون هناك عيوب أو أنواع من الاضطراب في قدرة الفرد إما على إدراك أو تشغيل المعلومات بكفاءة ودقة، والذي يعبّر عن نفسه في المواقف الأكاديمية في شكل صعوبات القراءة والكتابة او القدرات الحسابية، وقد أدخل كتيب التشخيص الخامس (DSM-5) عددا من الإعاقات المختلفة السابقة (مثل عسر القراءة، وصعوبة العدّ أو الحساب)، ووضعها في "اضطراب التعلّم النوعي"، وحدّد الإعاقات الموجودة في هذا التصنيف كصعوبات في التعلّم واستخدام المهارات الأكاديمية في جانب أو أكثر مثل بطء القراءة وصعوبة فهم معاني الكلام الذي تمت قراءته. صعوبة التهجّي والتعبير الكتابي أو الإنشاء وصعوبة في إدراك حسّ الأعداد، وصعوبة في العمليات الحسابية الاستدلالية.

وإعاقات التعلّم النوعية مثل هذه غالباً ما يتلازم معها مرضياً بعض المشكلات النفسية الأخرى لدى الطفل، وتقترح الدراسات أن إعاقات التعلّم النوعية يمكن تشخيص وجودها لدى (97%) من أطفال "الاضطراب ثنائي القطب"، ونسبة (71%) من ذوي اضطراب نقص الانتباه/ النشاط المفرط (ADHD)، ونسبة (67%) لدى أصحاب اضطراب التوحد. ونسبة مئوية أقل قليلا لدى حالات القلق والاكتئاب (18-19%) "مايز وكالهون" (Mayes & Calhoun)(2006). ومشكلات تعلّم القراءة والكتابة ترتبط بصفة عامة بزيادة الخطورة لكل من الاضطرابات الخارجية والداخلية في الأطفال، وقد يعود هذا إمّا إلى الضغوط المرتبطة بالفشل أو الإخفاق الأكاديمي (يسبب القلق والاكتئاب) أو حقيقة أن أنواعا معينة من العيوب المعرفية (مثل عيوب الانتباه) قد تكون شائعة الوجود في عدد من الاضطرابات المختلفة، بما في ذلك اضطرابات التعلّم النوعية واضطرابات السلوك الفوضوي التخريبي مثا اضطراب نقص الانتباه/النشاط المفرط "ماوفان وكارول" (Maughan & Carroll) (2006) (جراهام دافي، 2016، ص 1063-1064).

✓ معايير تشخيص اضطراب التعلم النوعي (المحدد).

A. صعوبات التعلم واستخدام المهارات الأكاديمية، كما يتبين من وجود واحد على الأقل من الأعراض التالية– التي استمرت لمدة ستة أشهر على الأقل، على الرغم من توفير التداخلات التي تستهدف تلك الصعوبات:

1. قراءة الكلمات بشكلٍ غير دقيق أو ببطء رغم الجهد (مثلاً، يقرأ كلمة واحدة بصوت عال بشكلٍ غير صحيح أو ببطء وبتردد، وكثيراً ما يخمن الكلمات، ولديه صعوبة في لفظ الكلمات).

2. صعوبة في فهم معنى ما يقرأ (قد يقرأ النص بدقة مثلاً ولكن قد لا يفهم التسلسل، والعلاقات، والاستدلالات، أو المعاني الأعمق لما قرأ).

3. الصعوبات في التهجئة (فمثلاً، قد يضيف، يحذف، أو يستبدل أحد حروف العلة أو الحروف الساكنة).

4. صعوبات في التعبير الكتابي (مثلاً، ارتكاب أخطاء نحوية متعددة أو أخطاء في علامات الترقيم وفي صياغة الجمل، صياغة سيئة التنظيم للفقرات، التعبير الكتابي عن الأفكار يفتقر إلى الوضوح).

5. صعوبات التمكن من معنى الأرقام، حقائق الأرقام، أو الحساب (مثلاً، لديه فهم ضعيف للأرقام، قدرها، والعلاقات بينها، الاعتماد على الأصابع لإضافة أرقام من مرتبة واحدة عوضاً عن الاستعانة بحقائق الرياضيات كما يفعل الأقران، يضيع في خضم الحسابات الرياضية وقد يبدل الإجراءات).

6. صعوبات في التفكير الرياضي (مثلاً، لديه صعوبة شديدة في تطبيق المفاهيم الرياضية، والحقائق، أو الإجراءات لحل المشاكل الكمية).

B. المهارات الأكاديمية المتأثرة أدنى بشكلٍ هام ونوعي من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر الزمني للفرد، وتتسبب في حدوث تداخل كبير مع الأداء الأكاديمي أو المهني، أو مع أنشطة

الحياة اليومية، وهو ما أكدته المقاييس المعيارية الفردية والتقييم السريري الشامل. للأفراد في سن 17 عاماً فما فوق، فتاريخ موثق للضعف من صعوبات في التعلم قد يكون بديلاً للتقييم المعياري.

C. صعوبات التعلم تبدأ خلال سن المدرسة ولكن قد لا تصبح واضحة تماماً حتى تتجاوز متطلبات المهارات الأكاديمية القدرات المحدودة للفرد المتأثر (مثلاً، كما هو الحال في الاختبارات المحددة زمنياً، قراءة أو كتابة تقارير مطولة معقدة خلال مهلة محدودة، والأعباء الأكاديمية المفرطة الثقل).

D. صعوبات التعلم لا تُفسر بشكلٍ أفضل كنتيجة لوجود الإعاقة الذهنية، الإعاقات في البصر أو السمع غير المصححة، واضطرابات نفسية أو عصبية أخرى، المحن النفسية والاجتماعية، وعدم الإجادة للغة التعليم الأكاديمي، أو عدم كفاية التوجيهات التعليمية.

ملاحظة: معايير التشخيص الأربعة يجب أن تتحقق استناداً لخلاصة التاريخ السريري للفرد (تاريخ النمو والتاريخ الطبي والأسري والتربوي)، وتقارير المدرسة، والتقييم التربوي النفسي.

ملاحظة للترميز: حدد كافة المجالات والمهارات الفرعية الأكاديمية التي تعاني من الضعف. عندما تنخفض قيمة أكثر من مجال واحد، ينبغي أن يتم ترميز كل واحد على حدى وفقاً للمحددات التالية.

حدد إذا كان:

(F81.0) مع ضعف في القراءة:

- دقة قراءة الكلمات
- معدل القراءة أو الطلاقة

- فهم القراءة

ملاحظة Dyslexia :أو عسر القراءة هي مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من صعوبات التعلم

التي تتميز بمشاكل في دقة أو طلاقة التعرف على الكلمات، وسوء فهم المعاني المستترة، والقدرات الهجائية

الفقيرة. إذا تم استخدام عسر القراءة لتحديد نمط معين من هذه الصعوبات، فمن المهم أيضاً تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة، مثل صعوبات في استيعاب ما يقرأ أو فهم المنطق الرياضي.

(F81.81) مع ضعف في التعبير الكتابي:

- دقة التهجئة
- دقة قواعد اللغة وعلامات الترقيم
- الوضوح أو تنظيم التعبير الكتابي

(F81.2) مع ضعف في الرياضيات:

- المعنى العددي
- حفظ الحقائق الرياضية
- الحساب الدقيق أو السلس
- دقة المنطق الرياضي

ملاحظة Dyscalculia :عسر الحساب مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من الصعوبات التي تتميز بمشاكل في معالجة المعلومات الرقمية، وتعلم الحقائق الرياضية، وتنفيذ عمليات حسابية دقيقة أو سلسة. إذا تم استخدام هذا الخلل لتحديد نمط معين من الصعوبات الرياضية، فمن المهم أيضاً تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة، مثل صعوبات مع المنطق الرياضي أو دقة منطق الكلام.

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: بعض الصعوبات في تعلم المهارات في واحد أو اثنين من المجالات الأكاديمية، ولكن الشدة تكون بحيث أن الفرد قد يكون قادراً على التعويض أو الأداء الجيد عند التزويد بالترتيبات المناسبة أو خدمات الدعم، وخصوصاً خلال سنوات الدراسة.

المتوسط: صعوبات ملحوظة في مهارات التعلم في واحد أو أكثر من المجالات الأكاديمية، وليس من المرجح أن يستطيع الفرد الإتقان دون بعض فترات التدريس المكثفة والمتخصصة خلال سنوات الدراسة. قد تكون هناك حاجة إلى بعض الترتيبات أو الخدمات الداعمة خلال جزء من اليوم على الأقل في المدرسة، في مكان العمل، أو في المنزل لاستكمال الأنشطة بدقة وكفاءة.

شديد: صعوبات شديدة في مهارات التعلم، مما يؤثر على العديد من المجالات الأكاديمية، وليس من المرجح تعلم هذه المهارات دون التدريس الفردي والمتخصص المكثف والمستمر لمعظم سنوات الدراسة. حتى مع وجود مجموعة من الترتيبات أو الخدمات المناسبة في البيت، في المدرسة، أو في مكان العمل، فقد لا يستطيع الفرد استكمال جميع الأنشطة بكفاءة. (ترجمة: أنور الحمادي)(APA.2013, p66-67)

✓ أنواع صعوبات التعلم النوعية:

جدول (4): أنواع صعوبات التعلّم النوعية.

العجز أو الإعاقة (Disability)	الوصف (Description)	أمثلة عن الأعراض (Examples)
مشكلات في التعرّف على الكلمات بدقة ونطق الكلمات، ضعف في قدرات التفسير والتهجيّ (التصنيف السابق باسم "عسر القراءة" (Dyslexia)).	الإنجاز في القراءة أقل من المعيار المرتبط بالعمر الزمني، ومستوى الذكاء والتعليم.	• حذف، ازدواجية، تشتت في صوت الكلمات عند القراءة. • القراءة البطيئة مع الفهم الضعيف.
مشكلات في التعبير الكتابي.	مهارات الكتابة أدنى جوهريا من المتوقع في مثل هذا العمر الزمني، ومستوى الذكاء والتعليم.	• أخطاء متكررة في الهجاء، القواعد، أو علامات الترميز.
صعوبات في التحكم في الحسّ العددي للأرقام، أرقام حقيقية أو العدّ (وتسمى من قبل "عسر الحساب" (Dyscalculia)).	انخفاض القدرات الحسابية بشكل جوهري أدنى من المعايير المرتبطة بالعمر الزمني، الذكاء، ومستوى التعليم.	• صعوبات تذكر الحقائق الحسابية (مثل تكوين الأرقام). • الفشل في إدراك المفاهيم الحسابية.
صعوبات في التعبير اللفظي والمكتوب.	الدرجات على اختبارات نموّ اللغة التعبيرية أدنى جوهريا من تلك المتوقعة مع العمر الزمني نفسه، والذكاء، ومستوى التعليم.	• مفردات محدودة بشكل ملحوظ. • ارتكاب أخطاء في الصيغة الزمنية (Tense). • صعوبة في استدعاء الكلمة الصحيحة.

(جراهام دافي، 2016، ص 1065)

✓ **خطوات تشخيص الأعراض الأساسية لاضطرابات التعلّم النوعية:**

⇦- **التشخيص الأساسي:**

1/- امتحان قراءة (مثال اختبار زيورخ للقراءة).

2/- امتحان كتابة (اختبار كتابَة مُعَيَّر).

3/- قراءة أحرف.

4/- إملاء أحرف.

5/- نقل كلمات ونصوص.

6/- قراءة إعداد.

⇦- **تشخيص إضافي:**

1/- تَشْخِيصْ ذَكاء.

1/- تَشْخِيصْ مجالات إنجاز جزئيَّة أخرى: النُمُو الحركي، الحركي البصري، التَرْكيز.

1/- فحص داخلي وعَصَبيّ مثل: وظَائِف السمع والبصر، استبعاد وجود شلل دماغي..... إلخ.

1/- تاريخ الحياة والسير (دراسة الحالة) (سامر جميل رضوان، 2014، ص 510).

✓ **علاج إعاقات التعلّم النوعية:**

كانت هناك عبر السنوات نوع من التناقض بين محتويات مشكلات التعلّم النوعي والاتصالات الموجودة في كتيب التشخيص والإحصاء عبر طبعاته المختلفة، فكثير منها يرى هذه المشكلات على أنها من مشكلات النموّ والتي تحتاج إلى الانتباه والرعاية التعليمية أكثر من العلاجية، وبالفعل فإن كثيرا من إعاقات التعلم تتم مواجهتها مبدئيا في سياق نموّ التعلّم لدى الطفل "ميشنا" (Mishna) (1996). ومع ذلك فإن صعوبات التعلّم الخاص أو

النوعي كثرا ما ترتبط بمشكلات إكلينيكية علاجية مثل القلق، الاكتئاب والسلوكات الفوضوية التخريبية. ويمكن أن تؤدي إلى مشكلات ملموسة في الوظائف الاجتماعية، والتعليم والأسرة. وكثيرٌ من أنواع العلاج المطلوب بواسطة الأفراد من ذوي اضطرابات التعلّم الخاص أو النوعي، يمكن أن يقدمها الاختصاصي النفسي في مجال التعليم أو اختصاصي السمع والكلام بدلاً من الاختصاصي الإكلينيكي (جراهام دافي، 2016، ص 1074).

وفي كثير من الحالات، فإن أنواع اضطراب القراءة كهذه، يمكن لتعليم القراءة المناسب للأطفال المعرضين لهذه الخطورة أن يمكنهم أن يصبحوا في وضع أفضل من حيث الدّقة والطلاقة في القراءة "ألكسندر" (Alexander) (2004). ومع ذلك ومع الأفراد الأكبر سناً الذين يعانون من صعوبات أو إعاقات القراءة مثل "عسر القراءة"، فهناك منحى عام في أماكن التعليم، ألا وهو تقديم مواد التعلّم في شكل يسمح بأن تكون أسهل لأبعد حد ليتعامل معها التلميذ ذو عسر القراءة. وبالإضافة إلى ذلك من أجل الحقيقة التي تشير إلى أن التلميذ الذي يعاني من عسر القراءة تكوت قراءته أقل آلية وتحتاج لجهود أكبر، لذلك فهناك وقت إضافي يترك للتلميذ عند التقييم باستخدام مثل هذه الاختبارات.

وعلاج اضطرابات الاتصال من الطبيعي أن يكون في نطاق اختصاصي السمع والكلام وما يرتبط بها من تخصصات أخرى، وهناك مجال من برامج العلاجات الناجحة أو الأجهزة المتاحة لتعويض هذه الإعاقات مثل اضطراب الأصوات والتأتأة "سولتكلارجلو وكالينوويسكي" (Saltuklaroglu & Kalinowiski) (2005)، "لو" (Law) (2004)، وعلى سبيل المثال فإن جهازا يعّلق في اليد يمكن أن يقدّم تغذية مرجعية صوتية بديلة (Altered Auditory Feedback) (AAF) مع الذي يعاني من التأتأة، إما بطريقة تأخير التغذية المرجعية الصوتية التي تعطى للفرد وهو يتكلم، أو من خلال التغيير في تكرار الصوت. ومثل هذا الجهاز يبدو أنه ينجح في الحدّ من مستويات التأتأة، ولكن غير الواضح ما هي الآلية التي تؤدي لمثل هذا التأثير أو أن هذه الالية تعمل بنفس الكفاءة مع الجميع من أصحاب مشكلة التأتأة "لنكولن" (Lincoln) (2006)، "لنكولن وجونز" (Lincoln &

(Jones (2010). وهناك قائمة أخرى من التقنيات تستخدم في علاج التأتأة تعرف باسم "تقنية الحديث الممتد"، حيث يتعلم العميل قائمة من أطر الحديث الجديدة والتي تؤدي إلى تغيير في صياغة ونطق الحديث وأطر أو طريقة التنفّس أثناء الكلام لدى هؤلاء "باكمان وفاندوورن" (Packman & Van Doorn) (1994). ومعدّلات النجاح لعلاجات التأتأة مرتفعة ويقّدر بأنها تدور حول (60–80%)، ولكن هذا قد تدحضه حقيقة أن كثيرا من التأتأة في الطفولة سوف تزول تلقائيا بعد سنوات قليلة "سولتكلارجلو وكالينوويسكي" (Saltuklaroglu & Kalinowiski) (2005) (جراهام دافي، 2016، ص 1075).

المحاضرة العاشرة

عسر القراءة (Dyslexie)

عسر الكتابة (Dysorthographie)

✓ **عسر القراءة:**

- **تعريف عسر القراءة.**
- **العوامل التي تساهم في صعوبات القراءة.**

✓ **عسر الكتابة.**

- **تعريف عسر الكتابة (التعبير الكتابي).**
- **العوامل التي تساهم في عسر الكتابة.**

✓ عسر القراءة (Dyslexie):

- **تعريف عسر القراءة:**

عسر القراءة نمط مركب من صعوبات التعلم، يرتبط بوجود صعوبات على الكلمات عند القراءة، وضعف التهجّي وصعوبات في التعبير الكتابي. والقراءة يمكن أن تتصف بوجود تحريف أو تشويه الكلمات، والإبدال أو الإحلال أو الحذف، وعادة ما تكون بطيئة، مع وجود صعوبة الفهم الكامل لدى الطفل لما قد قرأه. وبين (3 إلى 17.5%) من الأطفال في السن المدارس لديهم مشكلات نموّ خاصة في القراءة "دي فرايز وفولكر ولابودا" (DeFries, Folker & LaBuda) (1987)، "شايوتيزوبوف" (Shaywitz & Pugh) (1988). ونحو (60–80%) من هؤلاء ذوي هذا التشخيص من الأولاد "شايوتيز وفلتشر واسكوبار" (Shaywitz, Fletcher & Escobar) (1990). وهذه الفروق في النوع (Gender) قد تعود إلى عدد من العوامل، منها:

1. معدلات تحويل مرتفعة في الذكور لأنهم قد يكونون أكثر فوضى وإزعاجا من الفتيات في بيئة التعلّم.
2. الفتيات يتخلصن جزئيا على الأقل من صعوبات القراءة عن طريق الاستمتاع بالقراءة أكثر من الأولاد "شيو وماكبرايد" (Chiu & McBride) (2006).
3. قد يكون لدى الفتيات أساليب مواجهة أكثر فاعلية من الأولاد في التعامل مع صعوبات القراءة "باس" (Passe) (2006).

تقترح معظم الدراسات الطولية أن مشكلات القراءة يمكن غالبا أن تكون غلاّبة ومزمنة، وهو ما لا يمثل ببساطة ضلوع النمو في القدرة على القراءة، ولكنه دليل على وجود اضطراب تعلّم معين "بروك" (Bruck) (1992)، "سكاريروف" (Scharborough) (1990)، "ستوبنج" (Stuebing) (1996). فعلى سبيل المثال، حتى الأطفال من ذوي مهارات القراءة الضعيفة يظهر لديهم التحسّن بمرور الوقت، وهناك فجوة في القدرة على

القراءة تظل عبر الوقت بين الأطفال من ذوي ضعف القراءة وهؤلاء الذين لا يعانون منها. ففي الأفراد الذين يعانون من مشكلات عسر القراءة، تسقط مهارات الكتابة بشكل ملحوظ تحت أو أسفل المعيار المتوقّع للعمر الزمني لهؤلاء الأطفال، ونسبة الذكاء (IQ) والتاريخ التعليمي، فسوف يجد الطفل صعوبة في تركيب أو تكوين نص مكتوب وسوف تكون لديه أخطاء نحوية واضحة، وأخطاء في علامات الترقيم، وضعف في تنظيم الفقرات، وأخطاء التهجّي والكتابة اليدوية الضعيفة (جراهام دافي، 2016، ص 1066).

- **العوامل التي تسهم في صعوبات القراءة:**

بالإضافة إلى ملاحظة الأخطاء في القراءة وكذلك نمط التعلم، فقد يلجأ المدرس المنظر إلى صعوبات التعلم في الجوانب النمائية التي قد تكبح قدرة الطفل على تعلم القراءة. فإذا لم تكن هناك صعوبة تعلم نمائية (مثل ضعف التركيز في الانتباه، ذاكرة قصيرة المدى ضعف تكوين المفاهيم) عندئذ يتم التدريب المباشر وتصحيح الأخطاء. ولكن إن وجدت صعوبات تعلم نمائية فمن الضروري أن ينظم المدرس برنامجاً علاجياً من شأنه أن يعالج صعوبات التعلم النمائية في مهمة القراءة.

إن البحث عن العوامل التي تسهم في صعوبة القراءة هو بحث عن العوامل التي تعوق قدرة الطفل على التعلم ضمن التعليم المنظم. وسوف يتناول القسم التالي بعض العوامل الجسمية والعوامل النفسية النمائية المهمة التي ثبت أنها ترتبط بصعوبات القراءة لدى بعض الطلاب.

- **العوامل الجسمية:**

يندرج تحت العوامل الجسمية التي تسهم في صعوبة القراءة بعض الحالات مثل العجز البصري، والعجز السمعي واضطراب الاتجاه المكاني، وسوء التغذية، وضعف في

معرفة صورة الجسم وأجزائه المختلفة، وغيرها من العوامل التي تسهم تحت ظروف معينة في إعاقة تعلم الموضوعات الأكاديمية.

كما أنّ العلاقة بين العوامل التي تسهم في صعوبة القراءة والأسباب غير واضحة ولكننا نعلم أن بعض الأطفال ممن لديهم مثل تلك العوامل يعانون من صعوبة في تعلم القراءة.

لقد وجد أن الأطفال الذين يستخدمون يدهم اليسرى يميلون للوقوع في الأخطاء العكسية بدرجة أكبر من الأطفال الذين يستخدمون يدهم اليمني

وكذلك وجد أن كثيراً من الأطفال الذين يبدلوا من استخدام اليد اليسرى إلى اليد اليمني بعد مرحلة الطفولة قد يعانون من بعض المشكلات في الاتجاهات ويميلون إلى عكس الحروف والكلمات. وإذا سألت طفلاً يستخدم يده اليمنى أن يكتب باليد اليسرى فقد يظهر ميلا لعكس المادة المكتوبة بيده اليسرى. وقد تم مناقشة ذلك بشكل أكبر في الفصل الحادي عشر.

- **العوامل النفسية النمائية:**

هي تلك العوامل التي قد تسهم في صعوبات التعلم. وسوف يتناول هذا القسم بعض صعوبات التعلم النمائية والتي قد تسهم في صعوبات القراءة.

- **اللغة:** من الواضح أن الطفل إذا لم يتملك لغة كافية فإنه سوف يعاني من صعوبة في تعلم تفسير المادة المطبوعة وفي فهم لغة الرياضيات. إن بعض الأطفال يفهمون اللغة ولكنهم قد لا يكونوا قادرين على الكلام، وبعضهم قد يكون لديه صعوبة في القواعد والبعض يكون قادراً على الكلام بشكل آلي ولكنه في نفس الوقت يعاني من صعوبة في تنظيم أفكاره.

ويعتبر علاج اللغة أمراً ضرورياً حيث إن العجز في هذا الجانب يعتبر أيضاً عاملاً مساهما في صعوبة القراءة.

- **الانتباه:** من الواضح أن الطفل إذا لم يكن قادراً على التركيز على المادة المطبوعة فإنه سوف يعاني من صعوبة في تعلم القراءة. (شالفنت.، كيرك، 2012، ص 302-307).

✓ عسر الكتابة (Dysorthographie) :

- **تعريف عسر الكتابة (التعبير الكتابي):**

تعد القدرة على التعبير الكتابي عن الرأي أو الحجة مهارة ضرورية للطلاب في سنوات الدراسة المتقدمة. على سبيل المثال، فإن أسئلة المقال في الاختبارات وتكليفات الواجبات المنزلية والأعمال الكتابية في الفصل قد تتطلب تعبيرا كتابيا وليس مجرد حسن الخط ومهارة صياغة الجمل. وللأسف فإن الصعوبات التي يواجهها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم في فهم القراءة واللغة الشفهية قد تتفاعل معا لتنشئ صعوبات في القدرة على التعبير الكتابي الفعال.

وقد بدأ الباحثون مؤخرا في التوصية باستراتيجيات لتحسين كتابة التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. وتعتمد بعض هذه الاستراتيجيات على تكنولوجيا الحاسوب وبرامجه الحديثة، وهي برامج تسمح بتوفير الوقت ومنع حدوث الكثير من أخطاء التهجئة من جانب التلميذ، كما أنها في حالات أخرى عبارة عن تغذية راجعة يتم فيها نطق الجزء المختار من النص بصوت عال بعد كتابته مما يعطي الطالب الفرصة لمراجعة الفقرة التي قام بكتابتها.

وتم أيضا استخدام برنامج لمساعدة الطالب ذي الصعوبات في التركيز على عملية الكتابة وتيسير التواصل مع المعلم فيما يتعلق بالناتج الكتابي للتلميذ. ففي هذا البرنامج يتم تشجيع التلاميذ على تطوير خطط للكتابة تشتمل على التنظيم الكلي وقوائم بالنقاط الأساسية، وبعد ذلك يمكن ترتيب هذه النقاط في تسلسل منطقي معين كي يتم التعبير عنها كتابيا. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مراجعة الناتج الكتابي باستخدام الحاسوب تكون أقل إحراجا للطالب وأقل استهلاكا للوقت مقارنة بطريقة الورقة والقلم، وهناك أيضا العديد من برامج الحاسوب المتوفرة لمساعدة الطالب في أثناء عملية الكتابة (بيندر، 2011، ص 355).

- **العوامل المساهمة في صعوبات الكتابة:**

ولقد أظهرت مناقشة اللغة الوظيفية والقصصية أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات في تتبع المعلومات المقدمة في صورة قصصية وإعادة إنتاج هذه القصة. واتضح أن هذه الصعوبات في اللغة الشفهية سوف تؤثر في قدرة الطفل على التعبير عن القصة نفسها في صيغة مكتوبة. ويؤثر أيضا نوع تكليف الكتابة في التعبير التحريري للأطفال ذوي صعوبات التعلم (بيندر، 2011، ص 354).

المحاضرة الحادية عشر

عسر الحساب (Dyscalculie)

عسر الخط (Dysgraphie)

✓ **عسر الحساب:**

- **تعريف عسر الحساب.**
- **العوامل المساهمة في الصعوبات الخاصة بالحساب.**

✓ **عسر الخط:**

- **تعريف عسر الخط.**
- **العوامل المساهمة في عسر الخط.**

✓ عسر الحساب (Dyscalculie):

• تعريف عسر الحساب:

الملمح الرئيسي في "عسر الحساب" ان القدرات الحسابية تنخفض بشكل جوهري عن المتوقّع من الطفل في العمر الزمني المعيّن. وكذلك بالنسبة للذكاء (IQ) وتاريخ التعليم.

ومهارات الفرد التي يمكن أن تعرض للفساد في "عسر الحساب" هي:

1. فهم وتسمية المصطلحات الحسابية.
2. تفسير المشكلات.
3. التعرّف وقراءة الرموز العددية.
4. تذكرّ إجراء عمليات حسابية معينة (مثل تحميل الأرقام في اللغات الحسابية).
5. تتبع تسلسل الخطوات الحسابية أو الرياضية بالترتيب الصحيح.

ويقدّر أن نحو من (3–4%) من أطفال سن المدارس يعانون من "عسر الحساب الارتقائي"، ونسبة الأولاد إلى البنات (1–4) "ريجوسا وكرسبو وأليماني وليون وتوريس وموسكويرا" (Reigosa, Crespo, Alemany, Leon, Torres & Mosquera) (2013) (جراهام دافي، 2016، ص 1067).

• العوامل المساهمة في الصعوبات الخاصة بالحساب:

هناك أسباب كثيرة للصعوبات التي يواجهها الأطفال في تعلم مهارات الحساب الأساسية ومن ضمن هذه الأسباب التعليم غير الملائم، وضعف المهارات التي تعتبر متطلبات سابقة لتعلم مهارات جديدة، وعدم التكيف – سوء التوافق – الاجتماعي، والإعاقة البصرية والسمعية والاضطراب الانفعالي، والإعاقات الجسمية والصحية، والتخلف العقلي.

- **اللغة:**

لقد وجد بان اللغة تربط بتحصيل المفاهيم الحسابية والعمليات الرياضية والجبر (كالسكي Kaliski (1962) وكوسك Kosc (1974)). ولهذا يجب أن يطور الأطفال مفردات عددية وذلك لفهم واستخدام مفاهيم الحجم. والوقت، والعدد والمحادثة " بترسون" (Peterson) (1973). فالأطفال الذين لم يطوروا نظماً لغوية تظهر لديهم.

- **التمييز البصري – المكاني:**

إن القصور في التمييز البصري– المكاني قد ينتج عن أنواع مختلفة من المشكلات والتي يمكن أن تتدخل في تعلم الحساب والرياضيات، وفي بعض الحالات يقوم الأطفال بتبديل الأعداد مثل **(2)** بدلا من **(6)**، وذلك لأنهم يفشلون في التمييز بين الاختلافات بين العددين السابقين. وفي بعض الحالات قد يعكس الأطفال الأعداد مثل **(21 – 12، 41 – 14)** وذلك لأنهم لا يميزون بين اليمين واليسار. فالأطفال الذين لا يقومون بالتمييز بين اليسار واليمين قد يرتكبون أخطاء عكسية في القراءة من اليمين إلى اليسار (في اللغة الإنجليزية) أو من اليسار إلى اليمين (في اللغة العربية).

- **التكامل الحسي:**

إن كثيراً من المهارات والمفاهيم الحسابية المبكرة تتطلب من الأطفال استخدام سمعهم وبصرهم وحاسة اللمس لديهم في استخدام الأشياء. فأنواع الأنشطة التعليمية تكون في الغالب متعددة الحواس وذلك لأنها تتطلب مدخلات تستخدم حاستين أو أكثر (بلمونت وآخرون 1965 Belmont et al).

مشكلات في تنظيم وتصنيف المعلومات، وكلاهما يعتبر هاماً لتعلم المجموعات والمفاهيم العددية. وعادة ما تظهر مفاهيم الأحجام غير اللفظية مبكراً في مرحلة النمو المعرفي، أما المفردات التي تستخدم للمقارنة مثل الأقل، والأوسط، والأكبر فيتم إتقانها في وقت لاحق.

إن الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الذاكرة السمعية والبصرية ممن لديهم صعوبة فيتذكر ما سمعوه أو شاهدوه غالباً ما تكون لديهم صعوبة في تطوير لغة شفهية. ولقد تمت مناقشة مشكلات اللغة الشفهية.

- **الانتباه:**

قد يتشتت الانتباه بسبب أحداث تقع في بيئة الطفل أو بسبب ظروف الطفل وأحواله الصحية. وقد ينتج ذلك أيضاً لعدد من الأسباب، مثل انخفاض مستوى حدة الابصار أو السمع، والتخلف العقلي، وعدم القدرة على الحصول على معنى مما تم سماعه أو مشاهدته، والاضطراب الانفعالي الشديد، والنشاط الزائد، واستخدام الأدوية، والمثيرات البيئية المشتتة.

إن القصور في الانتباه قد يأخذ أشكالاً عديدة تم وصفها في الفصل الخامس وتتضمن الحركة الزائدة، والخمول والقابلية لتشتت الانتباه، والاندفاع أو عدم التحكم في ردود الأفعال وتثبيت الانتباه.

- **تشكيل المفهوم:**

هناك علاقة قوية ما بين العمر العقلي واكتساب المفاهيم الكمية (جيزل Gesell 1940) (جيزل والج Gesell and Ilg 1946). ولقد وجد بأن العمر العقلي يعتبر عاملاً هاماً في تحديد الوقت الذي سيتم فيه تعليم الطفل مفاهيم معينة. فالأطفال الذين لديهم تلف مخي غالباً ما يكونوا قادرون على تعلم واستخدام مفهوم واحد، ولكن لديهم صعوبة في التحويل إلى مفهوم ثان (سيجل Sigel 1957). فعلى سبيل المثال قد يتعلم الطفل بأن: **1+2=3**، ولكن الطفل نفسه قد يصر على أن **2+1** لا تساوي **3**. وبناء عليه فإن الصعوبة في تشكيل المفهوم يمكن أن تكون معوقاً خطيراً للأداء المناسب في الحساب.

- **حل المشكلة:** يتمثل أحد العوامل المهمة، التي ترتبط بالتقدم الناجح في الحساب في أسلوب حل المشكلة، والذي يستدعي الاستدلال، والتفكير الاستقرائي والتفكير الاستنتاجي، القدرة على فهم المجردات واستخدامها. (شالفنت.، كيرك، 2012، ص397-400).

✓ عسر الخط (Dysgraphie):

• تعريف عسر الخط:

كثيرا ما يظهر التلاميذ ذوو صعوبات التعلم مشكلات في مهام الكتابة المبكرة، وهي تلك التي تشمل نسخ الحروف والكلمات بالإضافة إلى الإنتاج الصحيح للحروف المكتوبة خلال مرحلة رياض الأطفال والصف الأول الابتدائي. ويعتقد بعض الباحثين والمنظرين أن هذه المشكلات في النسخ والكتابة قد تكون أعراضا تدل على مشكلات أعمق في القدرات العصبية أو قدرات المعالجة البصرية، في حين يختارون باحثون آخرون تجاهل هذه الأسباب المحتملة والتركيز على السلوك الدقيق لكتابة الحروف (يميل هؤلاء الباحثون إلى الانتماء للمنظور السلوكي). وبالإضافة إلى أخطاء النسخ هناك أخطاء أخرى وتشمل تناسق الحروف والمسافات بين الحروف والكتابة على السطر والمسافات بين الكلمات.

وتعد الكثير من هذه المشكلات في الخط قابلة للضبط مع التعزيز السلوكي المتزايد لمهارة الكتابة الصحيحة، وهذا قد يعني أن ضعف مهارات الكتابة لدى الأفراد غير ذوي الإعاقات البدنية هو مجرد مسألة انتباه إلى تفاصيل التشكيل الصحيح للحروف والمسافات بينها. وبالنسبة للطلاب ذوي المشكلات الحادة، يجب على المعلم إثابة الطالب على حسن الخط كلمة بكلمة وذلك في كل مرحلة من مراحل الكتابة الصحيحة.

وهناك طريقة فعالة للتعليم الذاتي يتم فيها إعداد بطاقة ذات سبعة أسئلة لفحص الذات وإعطائها للطلاب ذوي صعوبات التعلم. ولقد شجعت البطاقة ذات الأسئلة السبعة التلاميذ على التفكير في أنواع أخطاء الكتابة. وتم تدريب كل تلميذ على استخدام البطاقة قبل تقديم الواجب المكتوب. وأدى ذلك إلى تحسين الخط بشكل ملحوظ، واستمر هذا التحسن لفترة حتى بعد التوقف عن استخدام البطاقة. ومن هنا يتضح ضرورة استخدام هذا المدخل العلاجي عند ظهور مشكلة مستمرة في الخط (بيندر، 2011، ص 350).

- **العوامل المساهمة في عسر الخط:**

لكي يتعلم الطفل الكتابة يجب أن يكون ناضجاً عقلياً بدرجة كافية ولديه الرغبة والاهتمام في تعلم كيف يكتب. بالإضافة إلى ذلك يجب أن يطور الطفل التناسق الحركي والتناسق الحركي – البصري، والتوجه المكاني – البصري، والتمييز البصري، والذاكرة البصرية وصورة الجسم وضبطه بما يخدم الكتابة، ومفهوم الكتابة من اليسار إلى اليمين عند الكتابة باللغة الإنجليزية (ومن اليمين إلى اليسار عند الكتابة باللغة العربية) وتحديد اليد المفضلة في الكتابة.

إن الصعوبات التي يواجهها الطفل في الكتابة قد ترتبط بكثير من العوامل. ولقد أجرت " هيلدرث " (Hilderth) دراسة مسحية لصعوبات الكتابة وأظهرت مصادر كثيرة لهذه المشكلة، وقد قامت بتصنيف هذه الصعوبات إلى مجموعتين كبيرتين:

①- **المجموعة الأولى:** تتألف من الصعوبات التي تنتج عن التدريس الضعيف والبيئة غير المناسبة، ومن العوامل التي تدخل ضمن هذا التصنيف التدريس القهري، والتعليم الجماعي بدلاً من التعليم الفردي، وعدم الإشراف المناسب، التدريب الخاطئ، والانتقال من أسلوب الأخر.

② – **المجموعة الثانية:** تتعامل مع العوامل الناشئة عن وجود مشكلة عند الطفل، مثل عجز الضبط الحركي وعجز الإدراك المكاني والبصري، والعجز في الذاكرة البصرية واستخدام اليد اليسرى في الكتابة. ولقد وجد " هارسون " (Harrison) (1970) عند العمل مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي عوامل كثيرة تتدخل في تطور الكتابة عند هؤلاء الأطفال الذين يعانون من تلف في الدماغ. وقد لاحظ هارسون بأن المشكلات تختلف من طفل إلى آخر ويمكن تصنيفها في الفئات التالية:

1/ الإدراك البصري (معرفة الأشياء والصور) والتمييز البصري.

2/ العلاقات المكانية – البصرية، وتتضمن إدراك الوضع في الفراغ وتجميع الأجزاء إلى الكل.

3/ القدرة الحركية – البصرية، وهي القدرة على معالجة العلاقات المكانية.

4/ التناسق الحركي – البصري، مثل رسم أو إعادة إنتاج ما تم معرفته وإدراكه. (شالفنت.، كيرك، 2012، ص330–331).

المحاضرة الثانية عشر

4-الاضطرابات الحسية الحركية عند الطفل.

- ✓ مفهوم اضطراب حسي حركي.
  - تعريف الاضطرابات النفس-حسية-حركية.
  - عناصر تاريخية.
  - الخلل العصبي الضئيل (DCM).
- ✓ الخلجات.
- ✓ قلع (نتف) الشعر.
- ✓ أكل (قضم) الأظافر.
- ✓ الايقاعات الحركية والتأرجحات.

✓ مفهوم اضطراب حسي حركي:

- **تعريف الاضطرابات النفس–حسية–حركية:**

هي اضطرابات عصبية نمائية (Troubles neurodéveloppementaux) والتي تؤثر على تكيّف الفرد في بعده الإدراكي– الحسي (peceptivomotrice). تعتبر أسبابه متعددة العوامل وتفاعلية تشترك فيها عوامل وراثية، وعصبية بيولوجية ونفسية اجتماعية والتي تؤثر وتعمل بمستويات مختلفة من التكامل والتعبير (expression). غالبا ما تكون هذه الاضطرابات ظرفية وخافتة (discrets) تعرقل وتعيق بصفة أفضلية الميكانزمات التكيفية ممثلة مصدر انزعاج ومعاناة لحامل الاضطراب والمحيط الاجتماعي.

- **عناصر تاريخية:**

لم يتوقف مفهوم الاضطراب النفس–حسي–حركي عن التطوّر منذ ظهوره في بدايات القرن. من جهة مع باروك (Baruk) خاصة، حيث تم دراسة الاضطرابات الحسية الحركية في إطار الطب العقلي للراشد. ويعرفها على أنها اضطرابات الحركية العليا وهي" الإرادية (Motricité supérieure «volontaire») لا تتوقف على وجود إصابة موقعية والتي يمكن للموضوع السليم أن يقلدها جيدًا. كما يعتبر أن الاشتراك مع مرض عقلي أمر لا جدال فيه غير أن الأصل النفسي (psychogenèses) للاضطراب يبقى مرفوض لأن الجهاز العصبي المركزي (SNC) يؤدي الدور الأساسي. إن وجود علاقات بين الاضطراب الحسي– الحركي والاضطراب العصبي والاضطراب العقلي هي متوقعة ولكن هناك نوع من الالتباس وهو الأصل في سوء الفهم اللاحق.

ومن جهة أخرى فإن الملاحظة في سنوات 1920 لآثار الالتهابات الدماغية (Postencéphalitiques) عند الطفل قد أثارت الاهتمام بتظاهرات التي سياعد استئناف البعض منها تحت تسمية الاضطرابات الحسية – الحركية، الفرط في الحركة، اضطراب

الانتباه، اضطرابات التعلم، الاضطرابات العاطفية (affectifs) والسلوكات العدوانية. في فرنسا وضع هنري فالون (Wallon) تصنيف نفسي– حركي من 7 مستويات وهو عبارة عن نقل للطفل للاضطراب العصبي للراشد والذي تم نقده لمرّات عديدة من طرف Koupernick أو حتى Ajuriaguerra و Stambak، وانتهى بالتخلي عن هذا التصنيف.

في حين وقع الكُتاب الناطقون باللغة الإنجليزية في الخطأ المعاكس والذي يتضمن – وذلك بالتفكير بالمماثلة - بالاكتفاء بالنظر إلى هذه التظاهرات على أنها وحدة (كينونة) مرضية والمعروفة تحت تسمية تناذر ستروس (Le syndrome de Strauss) والتي يمكن إيجادها عند أطفال عانوا من إصابات عصبية متنوعة، ولكن أيضا عند الأطفال السليمين يمكن إيجاد هذا النوع من الاضطرابات (affection).

وعليه فإن مصطلح " إصابة عصبية صغرى(ضئيلة)(Lésion cérébrale à minima) المستعملة في البداية تم التخلي عنها تدريجيا لغياب الدليل على وجود إصابة عصبية، كما أصبح يشار لتنوع الجداول العيادية، ضف إلى أن أثر هذا المصطلح على الوالدين أقل ما يقال عنه أنه سلبي.

وعليه فقد تم تغيير هذا المفهوم بـ " **خلل عصبي ضئيل** " (Dysfonctionnement Cérébral à Minima) (**DCM**) والذي كان مرادفا لتناذر إفراط في حركية أحد الأطراف (Hyperkinétique) لمدة طويلة، يغطي **(DCM)** حقلا واسعا ولا يقتصر على الاضطراب عند الطفل.

- **الخلل العصبي الضئيل (DCM):**

إن مفهوم الخلل العصبي الضئيل لا يمكن فصله عن الاضطرابات الحسية الحركية، حيث تتضمن هذه الأخيرة ثلاث خصائص:

– وجود أعراض لخلل (اختلال وظيفي) عصبي.

– وجود مركّب (complexe) نفسي مرضي.

– وتعدد في الأسباب التي نجدها في مختلف الاضطرابات الحسية الحركية.

يمكن تقسيم هذه العلامات الخافتة (Signes doux) التي ترمي إلى وجود اضطراب عصبي إلى مجموعات عديدة:

– العلامات الخاصة والتي تدعى المبهمة (Equivoques) لأنها يمكن أن تنتج أولا عن إصابة عصبية، مثل (Nystagmus) وهي حركات ارتجاجية ولا إرادية لمقلة العين بسبب التعب أو إصابة عصبية...إلخ. وأيضا انحراف السبابتين (Déviations des index) مثلا.

– الانحرافات الخفيفة مقارنة بالعادي، صعبة الكشف مثل عدم توازي المقوية (Asymétrie du Tonus)، المنعكسات غير العادية بصفة ضئيلة (Réflexes légèrement anormaux).

– مؤشرات التأخر في النمو التي يصعب تفسيرها: عدم التناسق الحركي (Incoordination motrice)، تأخر اللغة.

فقد تم التشكيك في وجودها كما أن الاختلافات حول معناها وأسبابها وأصولها لازالت موجودة بقدر ما أنها ترمي إلى عوامل غير متجانسة (إصابة عصبية مبكرة، ظاهرة انتقالية ترجع إلى النضج، أصل وراثي). غير أن هذا لا يمنع من كونها عبارة عن سلسلة من الأدّلة عن اختلالات سلوكية ومعرفية لاحقة مع وجود ثابت نسبيا مع الزمن، ممّا يشير إلى انجراحية للاضطرابات العقلية.

كما نجدها علاوة على ذلك، على نحو أكبر في صعوبات التعلم المدرسي، الأمراض العقلية والاضطرابات المعرفية، وتوافق أغلبية هذه العلامات لأعراض كشف عنها بصفة كلاسيكية من خلال الفحص النفس–حسي–حركي: حركات مضطربة، اضطرابات المقوية والتوازن (Syncinésies, Dysdiadococinésie)، عدم التناسق الحركي عدم التعرّف على الأشياء عن طريق اللّمس (Agnosie digitale)، الجانبية، اضطرابات إدراكية– حركية (Albaret, 2001, P 3-4).

✓ الخلجات:

مجموعة من الحركات العصبية تتم بشيء من المفاجأة والسرعة والتكرار وعدم تدخل الإرادة. وهي تخلو من أن يكون لها هدف كما أنها غير مؤذية ولا تؤدي إلى ضمور في الأعصاب، كرمش العين أو تحريك الكتف، أو تسليك الحلق، وهي عادات منتظمة وتزداد في وجود الآخرين.

كذلك هناك لوازم لفظية، وينبغي أن نميّز بين اللوازم والمشكلات الناجمة عن أسباب عضوية كالرجفة والتشنج فهذه تتكرر مرات كثيرة ومتعددة وهي قهرية أيضا (عوض عباس محمود، 1999، ص 114).

فاللزمة هي حركة فجائية غير إرادية سريعة، ومتكررة، وغير إيقاعية، وتأخذ شكلا نمطيا في السلوك والصوت، وتبدو السيطرة عليها صعبة، ولكن يمكن قمعها لمدة من الوقت (عسكر عبد الله، 2005، ص 70).

وهناك أطفال يعانون من اللوازم إلاّ أنها تكون وقتية وتقع أثناء حالات التوتر، كما أن التوتر في حالة زيادته يؤدي إلى زيادة تكرار مرات اللوازم. ولكن هناك أطفال آخرون يعانون من اللوازم وهؤلاء يتميزون بالقلق وسرعة الاهتياج والعناد وعلى درجة كبيرة من الحساسية. وتظهر الفحوص الاكلينيكية اضطرابات في الموجات الكهربائية على الدماغ.

وفترة العمر التي تتجلى فيها هذه اللوازم عند الأطفال هي ما بين سبع إلى تسع سنوات واستمرارها إلى ما بعد سنوات الرشد ضئيل للغاية.

واستمرار اللوازم في مرحلة الطفولة للقلق دور بالغ فيها، فالقلق تتعدد أسببه منها الواجبات المدرسية، ومواقف المدرسين غير الودية وآثارها الانفعالية المؤلمة، والتوتر الذي يسود علاقة الطفل بأقرانه بيئة خصبة لهذا الاستمرار، كذلك تزمت أحد الوالدين أو كلامهما أو أن يكون لدى أحدهما لازمة معينة يقلدها الطفل.

واللوازم قد تكون تعبيرا عن رغبات جنسية محرمة، فهز الرأس تعبير عن رفض الفكرة أو إبعاد تخيلها، أو نمط من العدوان غير مستحب، على أن هناك من يعتقد بأن اللوازم ناتجة عن نواع من الضعف في الجهاز العصبي المركزي.

ويمكن للطفل الإقلاع عن اللوازم بتكرارها عن عمد، وأن هذا النوع من التدريب يحقق نتائج بالغة الأهمية في القضاء على اللوازم (عوض عباس محمود، 1999، ص 115).

✓ قلع (نتف) الشعر(Trichotillomanie):

- **المعايير التشخيصية لاضطراب قلع الشعر حسب (DMS-5):**

Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) (F63.2)

A. نتف المرء المتكرر لشعره والذي يؤدي إلى فقدانٍ للشعر .

B. محاولات متكررة لإنقاص أو إيقاف نتف الشعر .

C. يسبب نتف الشعر إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

D. لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل من خلال حالة طبية أخرى (مثل حالة جلدية).

E. لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (محاولات لتحسين عطلٍ متصور أو تشوه– بالمظهر باضطراب تشوه شكل الجسد (ترجمة: أنور الحمادي) .(APA.2013)

- **الخصائص التشخيصية:**

تعتبر الخاصية الأساسية لهذا الاضطراب (قلع الشعر) هي القلع (النتف) المتكرر لشعره (المعيار A). يمكن أن يحدث هذا القلع في أي مكان من الجسم الذي ينمو عليه الشعر، المواقع الأكثر انتشارا هي فروة الرأس، الجانبين والجفون يمكن لهذه المواقع أن تتغيّر مع الوقت. يمكن لهذا القلع أن يحدث لفترات قصيرة مبعثرة خلال اليوم أو خلال مراحل أقل تكرارا ولكن أكثر استدامة يمكنها أن تدوم لساعات، كما يمكن أحيانا أن يدوم القلع لأشهر أو لسنوات.

يستدعي (المعيارA) أن يؤدي قلع الشعر إلى فقدان الشعر، حتى وإن كان المصابون بهذا الاضطراب يقومون بقلع شعرهم بصفة متناثرة بطريقة تجعل فقدان الشعر لا يظهر بوضوح. كما يمكن لهؤلاء الأشخاص أن يقوموا بالتناوب بمحاولة إخفاء فقدان الشعر (مثلا باستعمال مساحيق التجميل، الأوشحة والشعر المستعار). الأشخاص الذين يقلعون شعرهم قاموا بمحاولات متكررة من أجل الإنقاص أو التوقف عن قلع شعرهم (المعيار B).

يشير (المعيار C) أن قلع الشعر هذا يسبب محنة معتبرة عياديا أو خلل في التوظيف الاجتماعي، المهني أو في ميادين مهمة أخرى. تضم كلمة محنة (détresse) وجدانات سلبية متنوعة التي يمكن أن يشعر بها الأشخاص الذين يمارسون قلع شعرهم، مثل الشعور بفقدان السيطرة، الإحراج والخزي. يمكن أن يحدث تغيير دال في مختلف ميادين التوظيف (مثل الميدان الاجتماعي، المهني، الدراسي أو في الترفيه)، جزئيا بسبب تجنب العمل، المدرسة والمواقف العامة الأخرى (APA, 2013, p 320).

- **الانتشار:**

يكون الانتشار في المجتمع العام خلال (12) شهرا بالنسبة لاضطراب قلع الشعر لدى الراشدين والمراهقين يقدر من 1 إلى 2%. تتأثر النساء أكثر من الرجال بنسبة تقريبية 1/10. يعكس هذا التقدير بصفة احتمالية التوزيع الحقيقي حسب الجنس، كما يمكنه أن يعكس اختلاف في البحث عن العلاج وفقا للجنس أو المواقف الثقافية التي تخص المظهر الخارجي (مثل تقبل الفقدان العادي للشعر لدى الرجال). من بين الأطفال الذين يعانون من قلع الشعر نجد ان الذكور والبنات ممثلين بصفة متساوية (APA, 2013, p 322).

- **التشخيص الفارقي:**

إزالة والمعالجة (لمس) العادية للشعر. لا يمكن وضع تشخيص قلع الشعر لا يكون القلع في إطار تجميلي (من أجل تعديل المظهر الخارجي). كما أن هناك العديد من الأشخاص يلمسون شعرهم ويلعبون به، غير أن هذا السلوك لا يشير عادة إلى المعايير اللازمة من أجل وضع تشخيص قلع الشعر.

كما هناك أشخاص يقومون بعض الشعر بدل قلعه، وهنا أيضا لا يتوافق هذا السلوك مع شروط تشخيص قلع الشعر.

- **إضطرابات أخرى وسواسية قهرية:**

الأشخاص المصابون بالوسواس القهري (**TOC**) ولديهم انشغالات بخصوص التناظر يمكنهم أن يقلعوا شعرهم في إطار طقوسهم الخاصة بالتناظر، كما أن من يعانون من وسواس تشوه الجسم يمكنهم نزع الشعر من جسمهم الذي يدركونه على أنه بشع، غير متناظر أو غير عادي.

- **إضطرابات نمائية عصبية:**

يمكن أن يوافق قلع الشعر في الاضطرابات النمائية العصبية إلى مفهوم القولبية (مثل الحركة القولبية). في حين إضطراب العرة (**tics**) نادرا ما يؤدي إلى قلع الشعر.

- **إضطراب ذهاني:**

يمكن للأشخاص الذين يعانون من اضطراب ذهاني أن يقلعوا شعرهم كاستجابة لفكرة هذيانية أو لهلوسة، وهنا لا يتم وضع تشخيص قلع الشعر (APA, 2013, p 323).

✓ أكل (قضم) الأظافر:

يعتبر قضم الأظافر أسلوباً من أساليب النشاط الشاذ، الذي لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية، فهو لذلك نمط انسحابي يبعد صاحبه عن مجابهة الواقع ويساعد على الاستغراق في السرحان، وأحلام اليقظة وعدم القدرة على التركيز، وبجانب هذا يشكل منظراً كريها يثير في النفس مشاعر التقزز والاقشعرار وقد يؤدي إلى مضاعفات بدنية تؤثر على الصحة العامة ايضاً ومن ثم اعتبره علماء النفس مرضاً (نفسيا وبدنيا).

والانفعال المصاحب عادة لقرض الأظافر هو انفعال الغضب الذي ينشأ من حالة التوتر القلقي لذلك تزداد هذه العادة حدة كلما قابلت الشخص صعوبات نسبية تتحدى قدرته وكلما واجهته أسئلة محيرة تستنفذ جهوده، فهو على الرغم من أنه أسلوب انسحابي إلا أنه يتميز بالشدة ويتسم بالقوة أما جذوره فإنها ترجع في جملتها إلى أسباب انفعالية قد تكون حادة تعبر عن نفسها بالحركات العصبية التي يصحبها عدم الاطمئنان، وتحركها دوافع الخوف. مما يجعل المصاب في حالة عدم استقرار. وكلما قويت الأسباب الباعثة على القلق من فشل وحرمان ازدادت الحالة حدة وتطرفاً، وأول شيء يجب العمل على إزالته هو العوامل المسببة للعصبية أو (النرفزة) وهذه بدورها تمثل في نظر علماء العلماء مزيجاً مركبا من عناصر عدة أهمها شعور الشخص بفقدان الأمن في البيئة المحيطة.

وهنا يخطر على الذهن أول ما يخطر نوع العلاقات التي تسود الجو الذي يعيش فيه الشخص ولذا تحتم دراسة علاقة الطفل بوالديه ومدرسيه وزملائه، فعلى سلامة هذه العلاقة يتوقف إلى حد كبير شعوره بالسعادة، وتتوفر ثقته فيمن حوله، ومن ثم كان من الضروري تهيئة الجو المناسب الذي يشبع الحاجات الأولية للطفل (معتصم ميموني، 2005، ص384).

وظاهرة قضم الأظافر لا تشيع بين الذكور بالقدر الذي تشيع به بين الإناث. فالإناث يتوفقن في هذه الظاهرة عن الذكور. وقضم الأظافر عادة يصعب تغييرها، فأصحابها يمارسونها في عزلتهم وفي ظروف معززة لهذه العادة.

ويحمى الطفل من الوقوع في براثن هذه العادة بأن تشغل يديه بعمل ما، وأن نعمل على أن تكون حواف أظافره مقصوصة حتى لا تكون هناك حواف لا يجد الطفل أمامه سوى قضمها بأسنانه.

وعندما يقع الطفل في براثن هذه العادة فإن تجنب العقاب اللفظي أو المادي يمنع من تفاقم أو تعزيز هذه العادة، كذلك فإن الطفل إذا بصر بهذه العادة وسجل لنفسه مرات تكرار هذه العادة فإن أمر إقلاعه عنها أو تخفيض معدلات إتيانها، أو القضاء عليها يصبح امرا متوقع الحدوث.

وهذا يتطلب تدخل الآباء بالثناء على الطفل، وبتقديم مكافأة عينية كاصطحابه إلى رحلة أو شراء أدوات للرياضة التي يحبها أو اشباع هواياته. والحرمان من هذه الأشياء يمكن أن يكون عامل ردع لإنهاء هذه العادة. كذلك الحرمان من المصروف بطريقة تدريجية يساعد في هذا المجال شريطة أن يكون العقاب مزامن لإتيان الطفل لهذا الفعل.

وفي حالا القلق والتوتر التي تعتري الطفل القاضم لأظافره فإن تعويده على الاسترخاء العضلي يساعد على التخلص من هذا القلق والتوتر وهما الدافع الكامن لهذه العادة السيئة (عوض عباس محمود، 1999، ص 117-118).

- **العلاج:**

(1) إزالة الأسباب النفسية التي تكمن وراء العصبية بإزالة أسباب الخوف والقلق وبذلك يتهيأ به الجو المناسب لإشباع الحاجات الأساسية للأطفال مثل الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى العطف والحاجة إلى الحرية حتى تتوفر الثقة بينه وبين من حوله.

(2) شغل الطفل بعمل مشوق منتج وذلك بتشجيعه على توجيه أوقات فراغه في ممارسة اللعب أو العمل الذي يشغل يده وفمه أو كليهما، وقد يجد في مزاولة تركيب الأشياء وحلها، وفي المساعدة في الأعمال اليدوية في البيت أو في المدرسة ما يجعله يشعر بقيمة عمله ويتذوق لذة الإنتاج، بدل الاستغراق في حركات آلية لا معنى لها.

(3) تحبيب الطفل في أنواع النشاط الممتعة التي تستوعب بقدر الإمكان وقته ولا تترك له مجالا يتفرغ منه لممارسة هذه العادة.

(4) ابتعاد الآباء وغيرهم من السخرية بالشخص المصاب بمزاولة هذه العادة، وإظهاره بمظهر المنحرف الشاذ، فإن ذلك يضاعف في نفسه شعور الخيبة، ويزيد من استسلامه للعصبية.

(5) يمكن اللجوء مع الوسائل المتقدمة إلى الطريقة المعروفة بطريقة (التذكير) وتتلخص في الاتفاق مع الشخص المريض على تذكيره بالإقلاع عن العادة في حالة النسيان، غير أن هذا التذكير لا يجب أن يأخذ صورة العقاب أو التأنيب.

وأخيرا كلما كان العلاج يتناول إزالة الأسباب النفسية المسببة لهذه الأعراض وفي مقدمتها القلق، كان التخلص من هذه العادة أقرب وأيسر. (معتصم ميموني، 2005، ص385-386).

✓ الايقاعات الحركية والتأرجحات:

- **الايقاعات الحركية:**

تشير المؤشرات الاكلينيكية لهذا الاضطراب إلى وجود خلل دال في ارتقاء التناسق الحركي يحدث في غياب أي خلل عصبي أو تخلف عقلي عام، ولكنه قد يكون مصحوبا باضطراب لبعض المظاهر غير الحركية مثل اضطراب النطق، والتعبير اللغوي، واضطراب اللغة التعبيري والاستقبالي.

معايير التشخيص طبقا لـ DSM:

A. قصور في الأنشطة التي تتطلب تناسق حركي دون مستوى التآزر الحركي المناسب للمستوى العمري والعقلي، وهذا يبدو في تأخر الأنشطة الحركية (مثل: المشي والزحف والجلوس) وإسقاط الأشياء وقصور في الأداء الرياضي وفي استعمال اليد في الكتابة.

B. يؤدي الخلل السابق إلى مشكلات في التحصيل الدراسي والأنشطة اليومية.

C. لا ينبغي أن تكون الحالة بسبب حالة طبية عامة مثل (الشلل الدماغي والشلل النصفي وتحلل العضلات) ولا تقابل معايير تشخيص الاضطراب النمائي المنتشر

D. إذا وجد التخلف العقلي تكون الصعوبات الحركية مرتبطة به وتتزايد في أنواع التخلف العقلي التي تكون مصحوبة بهذه الحالة.

تشمل الأساليب العلاجية برامج للتدريب الإدراكي الحركي واستخدام التربية البدنية الرياضية للتمرين على الاتزان الحركي مع تمارين الاسترخاء، ونظرا لأن الاضطراب قد تصاحبه اضطرابات في التعلم والتواصل فإنه من المفيد أخذ هذه الاضطرابات في الاعتبار ببرنامج تأهيلي شامل لتأهيل المضطربين وتحسين مستويات المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل. ويصلح أسلوب ماريا مونتيسوري مع أطفال ما قبل المدرسة حيث يركز هذا

الأسلوب على الارتقاء بمهارات الحركة مع الأخذ في الاعتبار أن كل التمارين ضرورية وليس هناك تمرين مفضل عن الآخر. مع مراعاة اختيار برامج مناسبة للتعامل مع المشكلات المصاحبة للاضطراب مثل المشكلات الانفعالية واضطرابات التواصل. (عسكر عبد الله، 2005، ص53).

- **التأرجحات:**

هو اضطراب في السلوك الحركي النمطي بدون هدف، وقد يحاول الطفل ضبط نفسه من خلال وضع اليدين تحت القميص، أو في جيوب السروال كمحاولة لمنع جرح نفسه. وإذا فشل ضبط النفس فإنه يعتاد جرح نفسه برطم الجسم، وقضم الأظافر وهز الرأس وعض نفسه وضرب الرأس بعنف مما يستدعي التدخل الطبي، وتنتشر هذه المظاهر في حالات التخلف العقلي والفقدان الحسي. بينما يمكن ملاحظتها في الأشخاص العاديين خاصة في أوقات الإحباط والسأم والتوتر.

وتعود هذه الحالات إلى أسباب وراثية، وبسبب الإهمال أو الحرمان العاطفي والنفسي وأيضا بسبب خلل هرموني. يفيد استخدام فنيات العلاج السلوكي وتعديل السلوك مع بعض حالات الاضطراب الحركي النمطي، وفي بعض الحالات ينبغي التدخل الطبي بمركبات الدوبامين لتقليل سلوك إيذاء النفس، ويمكن استخدام أدوية أخرى مثل مضادات الاكتئاب (عسكر عبد الله، 2005، ص99).

قائمة المراجع:

1. أبو النصر، مدحت. (2005). الإعاقة الحسية، المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية. مجموعة النيل العربية.
2. أحسن جاب الله، حورية. (2010). النمو والاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. الجزائر: Business Xerox Center.
3. بيندر، ويليام. ترجمة: عبد الرحمان سيد سليمان، السيد يس التهامي، ومحمود محمد الطنطاوي. (2011). صعوبات التعلم. الخصائص، والتعرف، واستراتيجيات التدريس. القاهرة: عالم الكتب.
4. جراهام دافين. ترجمة: فيصل "محمد خير" الزراد، محمد صبري سليط. (2016). علم النفس المرضي. البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الإكلينيكي. عمّان: دار الفكر.
5. سامر جميل رضوان. (2014). التشخيص النفسي. جامعة دمشق: منشورات جامعة دمشق.
6. السيد عبيد ماجدة. (2013). الإعاقة العقلية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
7. شالفنت، جايمس.، كيرك، ساموبل. ترجمة: زيدان أحمد السرطاوي، عبد العزيز مصطفى السرطاوي. (2012). صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية. العين، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
8. الشيخلي، خالد خليل. (2009). سيكولوجية الطفولة والمراهقة. غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
9. صالح الإمام محمد.، عيد الجوالده فؤاد. (2010). الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
10. عزيز داود. (2006). الإعاقة من التأهيل إلى الدمج. بيروت: مؤسسة مصطفى قانصوه للطباعة.

11. دبراسو، فطيمة. (2012). اضطراب الجانبية وعلاقته بصعوبات تعلم القراءة والكتابة عند الطفل. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. 1(1)، 317-337.

12. عسكر عبد الله. (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

13. عوض عباس محمود. (1999). علم النفس النمو. الطفولة -المراهقة- الشيخوخة. مصر: دار المعرفة الجامعية.

14. فرج الزريقات إبراهيم عبد الله. (2012). متلازمة داون، الخصائص والاعتبارات التأهيلية. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

15. محمد الدسوقي مجدى. (2006). اضطراب صورة الجسم. الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

16. محمد السيد عبد الرحمن. (2001). نظريات النمو "علم النفس النمو المتقدم". القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

17. معتصم ميموني، بدرة. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

18. ميللر، باتريشا. ترجمة: محمود عوض الله سالم، مجدي محمد الشحات، أحمد حسن عاشور. (2005). نظريات النمو. الأردن: دار الفكر.

19. محمد فيصل خير الزراد. (2001). اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال. الشارقة: منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.

20. Albaret, Jean.-Michel. (2001). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, 4-101-H-30, Psychiatrie, 37-201-F-10(1). DOI :10.1016/S1637-5017(06)74523-9.

21. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. American Psychiatric Publishing.

22. Florent, Vincent. (2021). Le bilan avec les tests psychomoteurs. De l'enfant à l'adulte. DUNOD.

23. Guidetti, Michèle., Tourrette, Catherine. (2002) 2ème édition. Handicaps et développement psychologique de l'enfant. Paris : ARMAND COLIN.

24. Misès, Roger. (2015). L'enfant déficient mentale. Algérie : CREAPSY.

25. Tavris, Carol., Wade, Carole. Trad : Meyer, Pierrette. (1999). Introduction à la psychologie, Les grandes perspectives. Paris, Bruxelles : De Boeck Université.